

## **Mission d'information de l'Assemblée nationale sur les moyens de lutte contre la surpopulation carcérale**

### **Table ronde**

*Les défis posés par le maintien en détention de personnes souffrant de troubles mentaux*  
<http://www.assemblee-nationale.tv/chaines.html?media=3686&synchro=1773949&dossier=12>

**Jeudi 29 novembre 2012**

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

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*

## **AVANT-PROPOS**

Le titre de la table ronde tout en posant la question des défis posés par le maintien en détention de personnes souffrant de troubles mentaux est en lui-même un défi. Faut-il y comprendre que le maintien en détention de ces personnes serait une fatalité à laquelle il faudrait se résoudre et s'y adapter quelles que soient les difficultés rencontrées ? Nous espérons qu'une lecture moins résignée oriente l'étude de cette problématique par les parlementaires.

Ajoutons aussi d'autres défis. Parler des prisons est un premier défi ; parler de psychiatrie est un deuxième défi ; parler de la psychiatrie en prison devient un défi redoutable car il s'agit de deux situations qui sont ou peuvent être à l'origine de privation de liberté et qui paraissent inquiétantes pour l'opinion publique.

Comment en est-on arrivé à la situation actuelle ?

Peu avant que soient créées les premiers services d'examen psychiatrique à la Santé, la Petite Roquette et Fresnes en 1936, un des pionniers des soins psychiatriques en prison, le Dr Paul Hivert, rappelait qu'en 1932, le directeur de la maison d'arrêt de la Santé voyait l'arrivée des psychiatres comme une source de complications avec le risque d'avoir à brefs délais plus de simulateurs que de détenus.

En 1973, plus de dix ans avant la loi légalisant le secteur psychiatrique et créant le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, le docteur Jacques Mérot, psychiatre, s'investissait dans la prise en charge des personnes détenues au centre pénitentiaire de Fleury-Merogis, cet établissement siégeant sur la zone géographique dont son service avait la charge. Il lançait ainsi les premières amarres entre les services judiciaires dont dépendaient alors les soins en milieu pénitentiaire et le ministère de la Santé. Si comme on l'a vu, l'Administration pénitentiaire pouvait se montrer suspicieuse vis-à-vis de la psychiatrie, la venue des psychiatres en prison n'était guère plus prise en compte par les psychiatres eux-mêmes. Paul Hivert remarquait également que de nombreux psychiatres hospitaliers appréciaient peu ces premières expérimentations, y voyant un détournement des moyens du secteur et considéraient (abusivement) que la prison en tant qu'institution répressive devait gérer elle-même les troubles qu'elle secrétait<sup>1</sup>.

En 1985, les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire placés sous tutelle sanitaire voyaient le jour. Leur mission était claire : permettre aux personnes détenues d'avoir accès aux soins de la même façon que la population libre.

### **40 ans après, la situation est toute autre.**

Parallèlement, l'évolution législative contribue largement à détourner la psychiatrie de ces missions de soins au profit d'une mission de contrôle social. La loi de 1998 sur le suivi socio-judiciaire ouvre la brèche en confiant en partie au champ sanitaire la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Ceux-ci se voient imposer un suivi médical sous peine d'emprisonnement. Depuis la tentation a été grande et les tentatives nombreuses d'associer à cette obligation de suivi celle de prendre un traitement hormonal appelé « judicieusement » castration chimique. Les lois de 2005 sur la prévention de la récidive, de 2007 sur la prévention de la délinquance associent davantage encore la délinquance à la maladie mentale en étendant largement le champ d'application du suivi socio-judiciaire susceptible

d'entraîner une injonction de soins. **Le criminel devient fou, il convient de le punir puis de l'obliger à se soigner. Ainsi se développe de manière extensive (et abusive) le suivi socio-judiciaire.**

La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental est à ce jour le point culminant de cette évolution. Elle autorise la comparution devant la justice du malade mental irresponsable pénalement et elle associe largement la psychiatrie à l'enfermement des présumés dangereux ayant purgé leur peine. Enfermement non pas à l'hôpital mais en centre de rétention de sûreté. La confusion est à son comble. On ne sait plus qui punit, qui enferme, qui soigne. Ni pourquoi. Le criminel est fou, il convient de l'obliger à se soigner ET de l'enfermer avant qu'il ne commette un hypothétique acte grave. Ainsi se développent les centres de rétention de sûreté. La proposition de loi du Sénat du 31 juillet 2012 tendant à la suppression de la rétention de sûreté va ainsi dans le bon sens avec toutefois la crainte de « psychiatriser » systématiquement sa substitution par une injonction de soins automatique, d'où l'importance de la nuance du verbe « peuvent », sinon se confirmerait à nouveau le risque de l'analogie automatique crime et maladie mentale : la psychiatrie pour les personnes délinquantes, comme les antibiotiques, ce n'est pas automatique.

Depuis la loi du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines, l'obtention d'un aménagement de peine et/ou de remises de peine supplémentaires sont soumises au respect de la proposition de soins faite par le juge de l'application des peines, notamment de suivre **une thérapie pour limiter les risques de récidive** (art. 721-1 du code de procédure pénale), ce qu'aucun traité de médecine ne connaît. Aucune expertise psychiatrique n'est requise pour que les soins soient proposés par le magistrat (injonction de soins encourue) et le psychiatre doit en attester le bon déroulement par la rédaction d'un certificat trimestriel ce que l'ASPMP a regretté lors de son audition par la commission des lois de l'Assemblée nationale en décembre 2011<sup>2</sup>. Ainsi le magistrat prescrit des soins et le psychiatre contribue à la libération en prodiguant des soins, que la personne concernée soit ou non malade. **Le délinquant présumé fou doit être enfermé et se soigner pour sortir de prison.**

Ainsi, quarante ans après ses glorieux débuts, la psychiatrie en milieu pénitentiaire, bardée de bonnes intentions, s'est-elle fourvoyée dans ses missions. A vouloir proposer un accès aux soins de qualité aux personnes détenues, elle a fini par organiser la prise en charge des malades mentaux incarcérés en substituant les murs de la prison à ceux de l'hôpital. Elle n'a dans son mouvement été freinée ni par une justice soucieuse de soigner les victimes d'infraction ni par une psychiatrie occupée à faire régner l'ordre social sous la pression toujours plus forte de la société civile.

Alors convient-il réellement de relever les défis posés par la présence en détention de personnes souffrant de troubles mentaux ou d'en lancer un autre plus difficile à remporter mais ô combien plus noble, celui de **restituer aux personnes souffrant de maladie mentale leur place dans la société.**

## 1. Pensez-vous que les magistrats reconnaissent trop peu souvent l'irresponsabilité pénale ?

Même si les magistrats ne sont pas tenus par les avis des experts, ils en tiennent le plus souvent compte, surtout lorsque les avis sont concordants.

Le nombre de non lieux est plutôt stable au fil des ans : environ 200/250 non lieux par an pour irresponsabilité pénale due à un discernement aboli.

L'incarcération des malades mentaux qui devrait relever d'une irresponsabilité pénale est souvent la conséquence des comparutions immédiates qui n'ont pas permis de diligenter une expertise psychiatrique, d'autant plus que la pénurie d'experts psychiatres n'incite pas les magistrats à demander des expertises avec le risque de voir les délais de procédure s'allonger. C'est dans ce sens que l'irresponsabilité pénale peut ne pas être reconnue par les magistrats. Il faut toutefois signaler que de nombreux cas de troubles mentaux sont identifiés au niveau des enquêtes préliminaires et conduisent à des classements sans suite et souvent à des hospitalisations d'office devenues soins psychiatriques sur la demande du représentant de l'Etat (SPDRE) avec la loi du 5 juillet 2011.

Jusqu'à la parution du nouveau code pénal en 1994, le malade mental auteur d'infraction pouvait échapper à la sanction pénale si son **discernement était aboli** (article 64 du précédent code pénal) et pouvait, quand son état l'exigeait être contraint à des soins en milieu hospitalier.

L'apparition dans le nouveau code pénal de l'article 122-1 et tout particulièrement de son 2<sup>ème</sup> aliéna consacrant l'irresponsabilité pénale partielle pour altération du discernement ou du contrôle des actes tout en conservant la punissabilité, entraîne la condamnation des malades mentaux à des peines plus lourdes que s'ils avaient été sains d'esprit. Cette situation maintenant bien connue et contestée par personne a conduit les sénateurs à déposer une proposition de loi en 2010<sup>3</sup> ayant rencontré un consensus dépassant les clivages politiques mais ce texte n'a jamais été étudié par les députés. Plus récemment, la loi de programmation relative à l'exécution des peines de mars 2012 a reposé le problème mais n'a pas été retenue par la sensibilité politique qui l'avait pourtant proposé en 2010.... Il s'agissait de diminuer le quantum de la peine d'un tiers pour les auteurs d'infraction pénale ayant une altération du discernement. Cette disposition est une première étape importante pour contribuer à diminuer le temps d'incarcération des personnes perturbés psychiquement.

Un mot sur l'expertise psychiatrique pénale qui rencontre de nombreuses difficultés de niveaux différents : démographie en baisse et surcharge de travail pour les experts « survivants », complexités réglementaires, entraves pratiques à leur réalisation, conditions d'exercice laborieux, missions de plus en plus extensives etc. Malgré l'audition publique de janvier 2007 sur l'expertise psychiatrique pénale, la situation de l'expertise ne s'est non seulement pas améliorée mais s'est aggravée.

Il faut aussi prendre en compte le populisme pénal de ces dernières années qui a conduit à faire croire aux victimes de délits ou de crimes qu'elles trouveraient un soulagement dans un procès. Les exigences de sécurité associées à l'exploitation des faits divers à des fins politiciennes, la démission d'une partie de la psychiatrie assortie de la défiance de la société à l'égard de la psychiatrie hospitalière, le lobby des victimes incitant à demander la comparution et la condamnation des malades mentaux à des fins de réparation psychique contribuent largement à envoyer en prison les malades mentaux que la crise a jeté à la rue et condamné à une délinquance de survie. Il s'en est suivi la loi du 25 février 2008 traitant à la fois de la rétention de sûreté et de la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (déplorable amalgame entre rétention de sûreté et maladie mentale, entre crime et folie)

qui conduit à ce que des personnes malades reconnues irresponsables et donc non punissables pour leur crime ou leur délit demeurent punissables (jusqu'à deux ans d'emprisonnement) s'ils ne respectent pas certaines mesures de sûreté.

**2. Quelle est la part de personnes détenues souffrant de troubles mentaux ? Quelle est la part de ces personnes qui devrait être hébergée au sein d'établissements spécialisés ? Quelles sont les principales pathologies dont souffrent les personnes détenues ?**

Les données sur ce sujet relèvent essentiellement de l'étude épidémiologique réalisée par F. Rouillon et al. en 2003/2004 et qui a été exposée au cours de l'Audition publique consacrée à l'expertise psychiatrique pénale en janvier 2007<sup>4</sup>.

Globalement les résultats obtenus sont impressionnants : 8 hommes sur 10 et 7 femmes sur 10 présentent un trouble psychique avec la répartition suivante pour les principales pathologies : Troubles anxieux 56% ; Troubles dépressifs : 40% avec un risque suicidaire repéré pour 40% des détenus ; Près de 40% des détenus présentent une dépendance aux substances illicites et 30% à l'alcool et les **troubles psychotiques représenteraient 21% des détenus dont 7 % de schizophrénies** (soit 7 fois plus que dans la population générale). Evidemment, il faut moduler ces 80% de troubles mentaux car présentés ainsi globalement, notamment en direction de l'opinion publique, on peut se demander ce qui différencie la prison de l'hôpital psychiatrique et la confusion peut être rapide entre délinquant et malade mental. Il faut bien avoir à l'esprit que dans une classification psychiatrique internationalement reconnue, la CIM-10, une insomnie est un trouble mental au même titre que la schizophrénie. En outre, faudrait-il s'étonner de la présence de trouble anxieux ou dépressif dans ce milieu particulièrement stressant qu'est la prison ? En étant quelque peu provocateur, il faudrait plutôt s'étonner de l'absence de troubles mentaux chez 20% des détenus. L'enquête s'est également efforcée, pour mieux préciser ces nuances, d'apprécier la gravité des troubles présentés. **35%** des détenus interrogés ont été considérés par les enquêteurs comme manifestement malades et gravement malades. Pendant cette étude, un entretien sur cinq a débouché sur une procédure de signalement auprès de l'équipe soignante de l'hôpital.

On peut donc penser que 35% de détenus devraient bénéficier de soins hors de la prison et pas spécialement dans des établissements spécialisés (certains pourraient relever de suivis ambulatoires) car il ne s'agit pas pour lutter contre la surpopulation carcérale d'opérer un simple transfert de la prison dans des « établissements spécialisés ». Les personnes détenues souffrant de maladie mentale doivent pouvoir bénéficier des alternatives à l'emprisonnement de la même manière que les personnes ne souffrant pas de troubles mentaux, telles qu'elles sont étudiées par la présente mission d'information.

### 3. Quelle est la part des personnes détenues pour lesquelles des psychotropes sont prescrits ?

Il existe peu d'études sur la consommation de psychotropes en prison bien qu'intuitivement, on puisse envisager une consommation supérieure à celle de la population générale. Une étude sociologique<sup>5</sup> très intéressante avait été faite en 1991, avant la réforme de 1994 rattachant les soins au système hospitalier et dont on peut craindre que ses avancées remarquables puissent être remises en question par les préoccupations sécuritaires<sup>6</sup>. A l'époque, la « fiole » était distribuée aux détenus, mélange de médicaments dilués ne satisfaisant pas aux normes de distribution actuelle. Selon les établissements, entre 15 et 45% des détenus consommaient des psychotropes. Le professeur Edouard Zarifian préfaçant l'ouvrage remarquait : « *La prison, et l'utilisation que l'on y fait des médicaments psychotropes, ont valeur de verre grossissant les réalités qui se déroulent sur une autre scène.... La souffrance psychique, quelles qu'en soient sa cause et ses conditions de survenue, est insupportable à tous et doit être gommée. S'agit-il exclusivement de l'intérêt de l'individu, tel que le médecin prescripteur peut légitimement le justifier, ou s'agit-il aussi, d'une manière moins défendable de garantir la paix sociale en étouffant des revendications ou des rebellions gênantes pour le groupe ?* », tout en concluant sa préface par un problème constant qui traverse la psychiatrie : « *Si tout comportement de désespoir est psychiatrique, alors c'est que la psychiatrie sert à définir la norme sociale* ».

Une étude plus récente<sup>7</sup> relativise la problématique de la consommation de psychotropes en prison (Tableau 1). Les établissements pénitentiaires concernaient la centrale de Saint-Martin de Ré (450 détenus) et la maison d'arrêt de Saintes (67 détenus) où la consommation de psychotropes représentait 20 à 25% du budget pharmaceutique des établissements hospitaliers (ce qui n'est pas étonnant car il s'agit d'une prescription sur de longues durées).

Psychotropes	St Martin de Ré	Saintes
Anxiolytiques	16%	20%
Hypnotiques	16.3%	25%
Antidépresseurs	14%	13%
Antipsychotiques	2%	1%
Neuroleptiques	9.2%	7%
Buprénorphine	1%	1%

Tableau 1. Pourcentage de personnes détenues consommatrices par catégorie de psychotropes

Les auteurs de l'étude pensent que « *L'usage excessif de psychotropes nous paraît concerner certaines personnalités qui, dans cette perspective, seraient sensiblement les mêmes à l'extérieur qu'à l'intérieur, avec des caractéristiques communes : transgression, manque, utilisation du corps, recours à l'agir, vécu dans l'immédiat* » et relativisent l'importance des malades mentaux en prison car « *suggérer, comme ont tendance à le répéter certains médias, que bon nombre de détenus seraient des malades mentaux, conduit à vouloir médicaliser ou psychiatriser les troubles du comportement et de la personnalité. La psychiatrie ne devrait-elle pas réaffirmer plus clairement une certaine modestie, voir une impuissance face aux difficultés comportementales de certaines personnalités psychopathiques ou antisociales ?* ».

Une évaluation réalisée par l'un d'entre nous en Guadeloupe relevait environ 20% de personnes détenues sous traitement psychotropes au centre pénitentiaire de Baie-Mahault (environ 600 détenus). Une constatation intéressante est relevée sur la maison d'arrêt de Basse-Terre dont les députés lors la commission d'enquête sur la situation des prisons françaises en 2000 ont dénoncé les « *conditions d'enfermement proprement inhumaines* »<sup>8</sup>. De 2008 à fin 2011, une comptabilité précise de la consommation de psychotropes (totale et par catégorie : antidépresseurs, anxiolytiques, neuroleptiques, neuroleptiques à action prolongée) a été notée avec l'intérêt qu'il s'agissait d'un unique prescripteur, gommant ainsi des possibilités de prescription différente. La maison d'arrêt de Basse-Terre est un de ces établissements vétustes qui devrait être détruit ou fortement rénové et n'en finit pas d'attendre l'attention des pouvoirs publics. Il y existe encore des « dortoirs » (la vie, y compris diurne, se déroule presque à plein temps dans des « dortoirs »...) de 24 places pour une superficie d'environ 20 m<sup>2</sup>. En 2008, la surpopulation était importante avec environ 220 détenus pour un effectif théorique de 123 places. 20% de détenus étaient alors concernés par une prescription de psychotropes. En 2011, la population carcérale était redescendue près de l'effectif théorique (environ 150) et seulement 10% de détenus se voyaient prescrire des psychotropes.

Il faut aussi préciser qu'il avait été mené à Baie-Mahault dans le cadre des évaluations des pratiques professionnelles (EPP), une méthodologie de prescriptions des hypnotiques, s'efforçant de se cantonner à la prescription réglementaire de 28 jours et de la renouveler après une nouvelle évaluation, afin de limiter la prescription de somnifères, tout en proposant d'autres approches thérapeutiques pour éviter la surconsommation de benzodiazépines (entretiens infirmiers, psychologiques, relaxation). Le plus souvent, après une courte période de « sevrage », il fallait reconduire la prescription. Le bruit, les mauvaises conditions de vie obligent souvent de nombreux détenus à demander des somnifères que, pour nombre d'entre eux, ils ne consomment pas à l'extérieur.

Il n'y a pas lieu d'insister sur le fait que la prescription de psychotropes plus importante qu'en milieu libre est due aux piètres conditions de vie en milieu pénitentiaire, surtout en maison d'arrêt. Un autre point est aussi à signaler : « l'effet anxiolytique par procuration des psychotropes ». Il s'agit de l'effet anxiolytique des médicaments sans les consommer pour soi. De nombreux détenus sans ressources en milieu pénitentiaire trouvent avantage à demander la prescription d'anxiolytiques (en alléguant des

troubles du sommeil ou une anxiété) pour pouvoir troquer les médicaments contre d'autres biens de consommation ou d'autres avantages, minorant ainsi leur état d'infériorité.

#### **4. Quelles sont les principales difficultés posées par la cohabitation des personnes souffrant de troubles mentaux avec le reste de la population carcérale ?**

Une des principales difficultés peut être celle vécue par la personne souffrant de troubles mentaux qui présente une **vulnérabilité** parfois importante, cause d'une « *probabilité accrue de handicap et de mort prématurée, de stigmatisation et de discrimination, d'exclusion sociale et de paupérisation* »<sup>9</sup>. En milieu pénitentiaire, elle peut être victime de maltraitances, de racket, de discriminations de nature diverse tout en étant parfois démunie pour se défendre ou demander de l'aide.

Evidemment, la cohabitation est plus délicate car certains comportements peuvent ne pas être compatibles avec une vie communautaire, rendue parfois insupportable par la surpopulation carcérale. L'exiguïté des cellules a souvent été évoquée au cours des auditions de votre mission. La cohabitation déjà difficile à plusieurs sans troubles mentaux dans un espace réduit ne peut qu'ouvrir à des conflits si la personne montre des comportements atypiques. Dans des cellules à plusieurs, elle peut devenir le souffre-douleur du groupe.

#### **5. Quelles sont les principales conséquences de la présence de personnes souffrant de troubles mentaux sur le travail des personnels de surveillance ?**

Les malades mentaux sont avant tout des personnes en souffrance et le personnel pénitentiaire n'est pas formé à leur prise en charge. Elles peuvent par ailleurs être à l'origine de situations plus ou moins déroutantes, l'adaptation du personnel de surveillance à ces situations dépend de multiples facteurs : l'importance de la surpopulation carcérale qui accroît et complexifie la charge de travail ; la sensibilité du surveillant à ces problématiques ; le niveau de formation et d'expérience acquis ; l'atmosphère globale de l'établissement pénitentiaire (équipements, vétusté ou au contraire hyper modernisme « froid », le type d'établissements : maisons d'arrêt, maisons centrales ou centres de détention, établissements pour mineurs ; spécialisation éventuelle de la population carcérale etc.).

Les surveillants affectés dans les SMPR, en général volontaires, perçoivent assez rapidement les particularités inhérentes aux personnes souffrant de troubles mentaux et savent s'y ajuster avec pertinence.

Evidemment, ces situations demandent une attention (et une patience) accrue car il faut gérer des demandes souvent intempestives et répétitives, procéder à des changements fréquents de cellules. Par-



fois, il peut y avoir une appréhension forte face à certains comportements qui se montrent inquiétants et suscitent un malaise (compréhensible) chez les surveillants.

**6. Y a-t-il une prise en charge spécifique, par les surveillants, des personnes les plus fragiles dans les établissements pénitentiaires classiques ? De la même manière, les services pénitentiaires d'insertion et de probation proposent-ils des programmes propres à ces personnes ?**

La présente question découle de la précédente mais elle peut se compléter d'une réflexion souvent faite dans certains lieux. Certains SMPR n'ont pas ouverts de cellules d'hébergement permettant d'accueillir, généralement en leur sein des patients relevant d'une prise en charge plus intensive que ceux qui bénéficient de la simple activité de consultation et mal nommés « hôpitaux de jour ». La demande pressante et itérative de l'administration pénitentiaire pour l'ouverture de ces places traduit une volonté d'y affecter les personnes posant le plus de problèmes en détention classique. Ces espaces deviennent alors des zones bis de détention pour population dérangeante. Il convient d'insister sur le fait qu'en aucun cas les murs de la prison ne sauraient se substituer à ceux de l'hôpital. De plus en plus d'équipes de SMPR se demandent si elles ne devraient pas purement et simplement supprimer cet espace d'hébergement en limitant leur activité à la consultation comme en milieu libre. Lorsqu'un patient nécessite des soins hospitaliers, sa place n'est plus en prison.

Par ailleurs, l'administration pénitentiaire a tout loisir de développer des quartiers de détention pour personnes plus fragiles nécessitant une attention particulière. Mais l'activité d'un SMPR ne saurait être de développer un espace permettant de rendre apte à la prison ceux qui ne le sont pas. Dans les SMPR non dotés d'hôpital de jour, il est fréquent d'entendre le personnel pénitentiaire et leur représentation syndicale revendiquer « l'ouverture du SMPR » c'est-à-dire l'ouverture de l'hôpital de jour qui restera une activité extrêmement minoritaire quantitativement. Cette demande pressante et insistante est révélatrice de la volonté de sortir de la détention ordinaire les personnes détenues les plus perturbatrices. On voit ici en œuvre, les prémices des actions ségrégatives à l'origine de la création des UHSA afin d'y accueillir des personnes malades qui ne sont souhaitées ni en prison ni à l'hôpital public.

Nous n'avons pas connaissance de programmes propres à ces personnes développés à large échelle par les SPIP. On rencontre souvent une appréhension de la part des SPIP concernant ces personnes et la tendance est forte de laisser à la psychiatrie la charge de l'ensemble des problématiques, y compris sociales.

**7. Dans quelle catégorie d'établissements pénitentiaires (maison d'arrêt ou établissement pour peines), la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux pose-t-elle le plus de problèmes ? Pour quelle(s) raison(s) ?**

Plus qu'une hiérarchie quantitative des problèmes, il conviendrait plutôt de caractériser des problématiques différentes.

Dans les maisons d'arrêt, là où la surpopulation est fréquente, les difficultés relationnelles posent des problèmes constants. Le choc carcéral, notamment lors des premières incarcérations ou les angoisses dans l'attente d'un jugement ou à l'annonce du verdict mettent sous tension personnel soignant ou pénitentiaire afin de prévenir les tentatives de suicide. La problématique du suicide, du point de vue des professionnels, et les actions qui sont menées autour d'elle sont une source de tensions fortes, y compris pour appliquer certains dispositifs de prévention du suicide.

Dans les maisons centrales ou les centres de détention, les décompensations psychotiques peuvent être délicates à gérer, surtout si l'équipement sanitaire est insuffisant. Il faut s'ajuster pendant de longues années avec des personnes peu adaptées au monde carcéral du fait de leurs problèmes mentaux. Le problème peut se situer non vraiment du côté des professionnels, mais plutôt du côté de la personne détenue, notamment dans les cas de troubles mentaux où la souffrance psychique s'exprime par le repli, le silence, l'isolement. Certains détenus peuvent ainsi être « oubliés », végétant dans une suspension du temps, ritualisé dans un espace immuable, sans surprise et sans relief.

**8. Êtes-vous favorable à la construction de nouvelles unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) ? Est-ce la réponse adaptée pour les hospitalisations programmées de plus de 48 heures ?**

Cette question est laissée à nos collègues somaticiens.

**9. Êtes-vous favorable à la construction de nouvelles unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ? Est-ce la réponse adaptée pour les hospitalisations psychiatriques avec ou sans consentement**

La psychiatrie subit depuis le milieu des années 90 un profond remaniement. La crise économique a fait émerger une symptomatologie sociale qui a progressivement envahi le champ du soin psychiatrique. La société française s'est désintéressée des malades mentaux tout en demandant à en être protégée. Le malade mental est passé alors de la position vulnérable à la position d'agresseur. Le fou n'est

plus celui qui souffre mais celui qui fait souffrir. Privée de moyens et en proie à une crise identitaire, une partie de la communauté psychiatrique s'est détournée à son tour des malades mentaux au profit de la santé mentale.

Le secteur psychiatrique a vécu alors une véritable désinstitutionalisation. Le nombre de lits d'hospitalisation a été réduit en deçà du strict minimum. Longtemps accusée d'interner abusivement, la psychiatrie a laissé les malades en errance, bien souvent par manque de structures d'aval qui ne sont pas venues suppléer à la fermeture drastique des lits. La maladie mentale est devenue facteur d'exclusion. Le fou est un exclu sans asile. Ainsi, peu à peu, les services de psychiatrie en milieu pénitentiaire ont vu augmenter leur charge de travail. Il leur a été confié la prise en charge de ceux que la société rejette. Débordés, ils ont demandé des moyens et les ont parfois obtenus, améliorant leur prestation et créant un appel d'air.

L'ASPMP a été opposée à la création des UHSA, craignant la constitution d'une filière ségrégative (Sur ce sujet, se référer à l'intervention du Dr Evry Archer, ancien président de l'ASPMP<sup>10</sup>). Les psychiatres intervenant en milieu pénitentiaire ont fini par se résoudre à leur création comme un moindre mal après constat fait des conditions déplorables d'accueil à l'hôpital psychiatrique, souvent en chambre d'isolement, parfois sous contention pendant toute la durée des séjours, le plus souvent très courts, insuffisants pour permettre une amélioration satisfaisante de l'état psychique des patients. Il est toutefois indéniable que les expériences des trois premières UHSA (Lyon, Nancy et Toulouse) indiquent que l'on peut y faire un travail de qualité mais ce constat interroge sur les raisons qui rendent impossible un tel travail en hôpital psychiatrique, du moment qu'on y affecterait les moyens nécessaires. Inversement, on remarque des difficultés encore majorées pour orienter les fins de peine à partir d'une UHSA vers un secteur de psychiatrie générale en milieu ouvert, l'UHSA semblant péjorer le « CV » de la personne détenue. En outre, des dispositions de la loi du 5 juillet 2011 qui concernent les personnes détenues<sup>11</sup> confirment une discrimination par rapport aux patients non détenus : pas de SPDT ; en cas de mainlevées d'une hospitalisation sans consentement suite à une décision de mainlevée du JLD, le détenu ne peut rester à l'UHSA en soins libres et doit regagner son établissement pénitentiaire d'origine, même s'il consent aux soins, entravant ainsi la poursuite du traitement.

Les parlementaires ont également pu contribuer à la création de cette filière ségrégative puisque les sénateurs ont même proposé de créer des UHSA de long séjour<sup>12</sup> et d'y maintenir pendant deux ans après leur fin de peine certaines personnes (alors que les UHSA n'admettent que de personnes sous écrou). Cette tentation pourrait être forte aussi du côté du ministère de la Justice si l'on en croit les propos d'un procureur de la République lors de l'audition publique relative à l'expertise psychiatrique pénale : « *Les magistrats du Parquet confronté sur la problématique de l'irresponsabilité pénale pour cause de troubles mentaux s'interroge toujours sur le point de savoir si le maintien de la personne, dans le cadre d'une alternative répressive aménagée, n'est pas de nature à avoir une portée signifiante, même minimale pour l'individu. Il s'agit là d'une question difficile débattue tant par les criminologues que par les écoles de psychiatrie. Pour le ministère de la Justice, un élément de*

*réponse pourrait sans doute être trouvé avec la mise en chantier des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), qui seront de nouvelles structures destinées à prendre en charge, à l'hôpital, des personnes détenues atteinte de troubles mentaux avec le concours du personnel pénitentiaire »<sup>13</sup>.*

Le constat que les UHSA accroissent l'écart entre la psychiatrie en milieu pénitentiaire et le secteur de psychiatrie générale devient de plus en plus partagé comme en témoigne encore une publication toute récente : « *Le développement actuel des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) suite à la loi du 9 septembre 2002 semble en particulier aller dans ce sens, celles-ci constituant désormais une filière spécifique de prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiques, accessible avec ou sans leur consentement. Si ces unités sont localisées au sein de l'hôpital, elles y sont cependant situées dans une enclave pénitentiaire et coupent pour ces personnes tout lien avec leurs secteurs psychiatriques d'origine, en faisant prévaloir leur statut de détenu sur celui de malade. Elles font ainsi obstacle aux échanges dynamiques entre psychiatrie générale et justice en figeant les structures, et remettent donc en question l'objectif de continuité des soins du modèle intégratif. Toute idée de réinsertion des patients est alors encore compliquée par cette rupture avec le secteur. Ces UHSA semblent de plus accroître le risque d'un clivage entre psychiatrie générale et psychiatrie exercée en milieu pénitentiaire en introduisant entre elles une concurrence financière et en se réservant la prise en charge d'une clinique médico-légale des troubles psychiques »<sup>14</sup>.*

L'ASPMP n'est donc historiquement pas favorable aux UHSA et demande au minimum une évaluation sérieuse du programme UHSA avant le lancement de la deuxième tranche<sup>15</sup>, d'autant plus qu'il reste difficile de recruter du personnel motivé et formé pour travailler dans ces unités. L'évaluation doit porter sur plusieurs points : le déroulement des projets (négociation tendues entre la Santé et la pénitentiaire, notamment sur les normes de sécurité, le choix d'implantation des sites et les capacités des établissements de santé à être porteur de ces projets etc.) ; les recrutements de personnels sensibilisés à ces conditions d'exercice ; les coûts ; les difficultés de fonctionnement (les hospitalisations en urgences de manque de place, les applications de la loi du 5 juillet 2011) ; les effets sur le plan sanitaire etc.

## **10. Êtes-vous favorable à la présence de surveillants pénitentiaires au sein de ces structures ou pensez-vous qu'elles ne devraient comprendre que du personnel médical ?**

La présence du personnel pénitentiaire dans les UHSA (et les UHSI) se cantonne à la zone périmétrique de surveillance. Leur présence dans la zone de soins se fait sur demande du personnel soignant. On remarque une différence avec l'hospitalisation en milieu psychiatrique ordinaire où les surveillants pénitentiaires ne sont évidemment pas présents. La présence périmétrique n'est pas anodine. La prison à l'hôpital reste ainsi proche. D'où l'appellation médiatique et appréciée de certaines personnalités politiques d'« **hôpital-prison** ». Evidemment, après l'entrée de soins en prison, il n'est pas neutre, au niveau sociologique et « philosophique », de constater que la pénitentiaire entre à l'hôpital (puisque les

UHSA sont implantées sur l'emprise foncière d'un établissement de santé). Il s'agit d'une extension de la mission de contrôle, voire de défense sociale, attribuée au domaine sanitaire, soit surveiller, punir et soigner. La réponse à cette question découle donc de la précédente et n'aurait plus lieu d'être posée s'il n'y avait pas d'UHSA.

## **PROPOSITIONS**

Lutter contre la surpopulation carcérale en se focalisant sur la situation des personnes souffrant de troubles mentaux peut trouver comme leviers les points suivants qui sont plus des questions que des réponses :

1. Limiter l'entrée en prison en évaluant de manière serrée la compatibilité de l'état mental avec la détention en tenant compte des problématiques posées par l'expertise psychiatrique pénale.
2. Limiter l'offre de soins en prison qui crée des motifs d'opportunité pour incarcérer sans état d'âme des personnes malades (le psychiatre comme soulagement de l'angoisse de juger du magistrat comme le relevait M. Foucault). Les soins psychiatriques en prison devraient-ils se limiter au niveau 1 récemment développé par le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice<sup>16</sup>. Le guide prévoit trois niveaux de soins : le niveau 1 est équivalent au centre médico-psychologique centré sur la consultation ou les activités de groupe ; le niveau 2 est l'hôpital de jour ; le niveau 3 est l'hospitalisation en UHSA.

Pour synthétiser en simplifiant, deux « tendances » se dégagent :

- La prison ne peut être un lieu de soin ordinaire. 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<sup>17,18</sup>. La participation d'une majorité de psychiatres éviterait le clivage, voire l'affrontement<sup>19</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.
- 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 récent du guide méthodologique énoncé 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>20</sup>, c'est-à-dire d'une organisation des soins à trois niveaux en s'efforçant de se rapprocher au maximum du dispositif de soin en milieu ouvert.

3. Entrevoir une possibilité de suspension de peines pour les troubles psychiatriques selon une modalité équivalente à celle qui existe pour les pathologies somatiques, notamment pour certaines pathologies psychiatriques chroniques graves dont l'état ne peut qu'empirer, surtout dans les établissements pour peine. **Ce point a été largement débattu récemment lundi 26 novembre 2012 au cours d'un colloque organisé au ministère de la santé** où il a été énoncé sans ambiguïté le caractère discriminatoire que représente l'impossibilité d'obtenir une suspension de peine dans le cas d'une maladie mentale grave.

## CONCLUSION

La psychiatrie, dans son ensemble, s'interroge sur ses conditions d'exercice, encore plus depuis la loi du 5 juillet 2011 et demande que la refonte radicale de la loi du 5 juillet 2011 s'articule avec une loi d'orientation pour l'ensemble de la psychiatrie en considérant la particularité d'exercice de cette discipline qui peut priver une personne pour raisons thérapeutiques du droit fondamental de la liberté d'aller et venir.. Si tel était le cas, les relations entre la psychiatrie en milieu pénitentiaire et la psychiatrie générale devraient être l'occasion d'un débat fructueux et probablement nourri, voire rugueux d'autant plus qu'un développement séparé depuis un quart de siècle tend à isoler les professionnels, en quelque sorte, un effet peu étonnant de la carceralité....

## BIBLIOGRAPHIE SUCCINCTE

- 
- <sup>1</sup> Hivert P, Les CMPR, Aspects historiques, *L'Information psychiatrique*, 59, n°2, 1983, 155-159
  - <sup>2</sup> ASPMP, Note sur le projet de loi de programmation relatif à l'exécution des peines, [aspmp.contact@gmail.com](mailto:aspmp.contact@gmail.com)
  - <sup>3</sup> Proposition de loi relative à l'atténuation de responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré son discernement au moment des faits, Sénat, 12 janvier 2012
  - <sup>4</sup> 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.
  - <sup>5</sup> Monceau M, Jaergoins M, *Consommation de médicaments psychotropes en prison*, Eres, 1996
  - <sup>6</sup> 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
  - <sup>7</sup> Cleirec P et al, Prescriptions des psychotropes en milieu carcéral, *L'Information psychiatrique* 2005 ; 81 : 437-40
  - <sup>8</sup> Assemblée nationale, *Rapport sur la situation dans les prisons françaises*, 28 juin 2000
  - <sup>9</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Les risques pour la santé mentale : aperçu des vulnérabilités et des facteurs de risque*, 27 août 2012, [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/risks\\_to\\_mental\\_health\\_FR\\_27\\_08\\_12.pdf](http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_FR_27_08_12.pdf).
  - <sup>10</sup> 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,

- 
- Lyon, [iu.ens-lyon.fr/evenements/psychiatrie-et-prison-la-question-du-soin-aux-personnes-detenues-109974.kjsp?STNAV=&RUBNAV=#29](http://iu.ens-lyon.fr/evenements/psychiatrie-et-prison-la-question-du-soin-aux-personnes-detenues-109974.kjsp?STNAV=&RUBNAV=#29)
- <sup>11</sup> 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, [asmp.contact@gmail.com](mailto:asmp.contact@gmail.com)
  - <sup>12</sup> 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.
  - <sup>13</sup> 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.
  - <sup>14</sup> 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
  - <sup>15</sup> ASPMP Communiqué, *L'ASPMP demande aux candidats aux élections présidentielles et législatives de faire respecter 10 mesures relatives aux soins psychiatriques en milieu pénitentiaire*, [asmp.contact@gmail.com](mailto:asmp.contact@gmail.com)
  - <sup>16</sup> 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
  - <sup>17</sup> Senon JL, *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire*, coll. Médecine et société, PUF, 1998.
  - <sup>18</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>19</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
  - <sup>20</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.