

Cet article est disponible en ligne à l'adresse :

http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=ETU&ID_NUMPUBLIE=ETU_026&ID_ARTICLE=ETU_026_0751

Psychiatrie et prison

par Docteur Betty BRAHMY

| SER-SA | *Études*

2005/6 - Tome 402

ISSN 0014-1941 | ISBN | pages 751 à 760

Pour citer cet article :

— Brahmy D., Psychiatrie et prison, *Études* 2005/6, Tome 402, p. 751-760.

Distribution électronique Cairn pour SER-SA.

© SER-SA. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Psychiatrie et prison

BETTY BRAHMY

POSER la question des soins psychiatriques en prison et de l'importance de la population pénale concernée par ces soins psychiatriques constitue déjà un débat de société. En effet, derrière ces simples thèmes se pose la question du fonctionnement de la psychiatrie publique dans son ensemble, de la façon dont notre société considère et soigne ses malades mentaux et, plus généralement, les personnes exclues, et celle de la place de la prison dans ce domaine.

Tous s'accordent à dire qu'un nombre croissant de personnes détenues présentent des troubles psychologiques ou psychiatriques. Une enquête de 1997 a évalué à 20 % chez les hommes et 30 % chez les femmes la présence de ces troubles. Une enquête en cours de réalisation, réalisée par un organisme spécialisé ¹ à la demande de l'Administration Pénitentiaire et de la Direction Générale de la Santé, avance des chiffres provisoires très inquiétants sur le nombre de personnes détenues présentant des états dépressifs graves (45 %) et des troubles psychotiques aigus (27 %). On doit, bien sûr, ajouter à ce tableau le nombre de personnes qui se suicident en prison ².

1. CEMKA-EVAL.

2. 104 en 2001, 122 en 2002, 120 en 2003.

**Médecin chef du Service Médico-Psychologique Régional
de la Maison d'Arrêt de Fleury-Mérogis**

Par ailleurs, un grand nombre de personnes détenues présentent d'autres symptômes psychiatriques tels que l'insomnie, l'anxiété, qui nécessitent également une prise en charge spécialisée.

Ces troubles psychiatriques sont soit préexistants à l'incarcération, soit induits par celle-ci.

Face à ce constat, il faut tenter de comprendre pourquoi il y a tant de malades mentaux dans les établissements pénitentiaires français et décrire le dispositif de prise en charge des personnes détenues.

Pourquoi tant de malades mentaux dans les prisons françaises ?

On peut évoquer quatre facteurs qui expliquent le nombre croissant de personnes incarcérées dans les établissements pénitentiaires français, alors qu'elles présentent de graves troubles psychiatriques : 1. le fonctionnement de la Justice ; 2. la pratique en matière d'expertise psychiatrique ; 3. les conditions d'incarcération ; 4. le fonctionnement actuel de la psychiatrie publique.

Le fonctionnement de la Justice. – De nombreuses personnes sont incarcérées à la suite d'un jugement en comparution immédiate (les anciens flagrants délits). Chaque affaire jugée en comparution immédiate est le plus souvent traitée très rapidement ; or, les personnes souffrant de troubles mentaux ont souvent des difficultés pour s'exprimer. Il leur est difficile, notamment, d'évoquer le fait qu'ils font l'objet d'un suivi psychiatrique intensif, dans un contexte peu favorable à l'expression et encore moins à l'expression de la souffrance psychique. La procédure est très rapide : l'avocat est souvent désigné d'office et n'a pas la possibilité d'étudier complètement le dossier ; il peut parvenir à demander une expertise psychiatrique devant des troubles psychiatriques patents ; si celle-ci est acceptée, elle n'est pas suspensive, c'est-à-dire que la personne est quand même incarcérée en attente des conclusions de l'expertise psychiatrique. Il s'agit de peines relativement courtes, correspondant à des délits mineurs ; cependant, ces personnes effectueront leur peine, alors que leur état clinique et le délit en rapport avec celui-ci

aurait nécessité des soins psychiatriques ambulatoires ou en hospitalisation plutôt qu'une incarcération.

Les magistrats connaissent l'existence du dispositif de soins psychiatriques dans les prisons et prennent parfois la décision d'incarcérer la personne en raison de ces possibilités de soins en milieu pénitentiaire (et aussi parfois du fait des délais de prise en charge psychiatrique à l'extérieur...!).

Les pratiques en matière d'expertise psychiatrique. – Il s'agit ici d'un point crucial, puisqu'il concerne la possibilité pour une personne mise en examen d'être déclarée irresponsable pour les faits qui lui sont reprochés, en application des dispositions de l'article 122-1, 1^{er} alinéa du Code pénal. Celui-ci dispose que « n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ». Concrètement, l'expertise psychiatrique est obligatoire en matière criminelle (faits relevant de la Cour d'Assises) et à la discrétion du magistrat instructeur pour les affaires relevant du Tribunal correctionnel; on a vu plus haut le cas des comparutions immédiates.

Lorsqu'un expert psychiatre est désigné par le magistrat en charge du dossier, il doit répondre à plusieurs questions concernant les anomalies mentales éventuellement présentées par le sujet, leur lien éventuel avec les faits commis, la possibilité pour le sujet d'être curable ou réadaptable, sa dangerosité potentielle et sa responsabilité pénale. Si l'expert se prononce en faveur de l'application de cet article 122-1, 1^{er} alinéa du Code pénal, il l'indique dans le rapport remis au magistrat. Il s'agit, en France, d'un avis et non d'une décision qui s'impose à l'autorité judiciaire comme dans d'autres pays. L'autorité judiciaire (si elle ne demande pas de contre-expertise) informe le Préfet de cette situation, et celui-ci prend un arrêté d'Hospitalisation d'Office. Il y a non-lieu pour l'affaire pénale. Concrètement, le sujet va faire l'objet de soins psychiatriques en Hospitalisation d'Office (HO) dans l'établissement hospitalier correspondant à son adresse, pour une durée non déterminée.

La mesure d'HO ne pourra être levée qu'après avis concordant de deux psychiatres experts. On constate que la durée de ces HO est souvent très longue, notamment lorsque

les faits commis avaient été vécus comme très graves. De ce fait, un lit d'hospitalisation est bloqué de manière durable. A l'époque où les secteurs de psychiatrie disposaient d'un grand nombre de lits d'hospitalisation, le fait de soigner durant une longue période un patient « médico-légal » posait moins de problèmes qu'aujourd'hui, où le manque de lits est patent. Par ailleurs, les secteurs de psychiatrie acceptent difficilement de recevoir un patient potentiellement dangereux — puisque provenant du système judiciaire et pénitentiaire — dans une structure hospitalière considérablement allégée, dans le cadre de la modernisation et de l'humanisation de la psychiatrie publique.

L'on a vu apparaître dans certaines expertises une nouvelle analyse : le sujet mis en examen pour des faits criminels et présentant effectivement de graves troubles mentaux pourrait rester en prison, afin que cette analyse lui « redonne le sens moral » ou « lui permette de se resituer par rapport à la loi ». Une telle perspective montre la méconnaissance des experts concernant le milieu pénitentiaire et ses conditions de vie quotidienne pour un sujet malade mental ; à moins qu'on ne soit là devant l'habillage, par des motifs pseudo-théoriques, de considérations nettement plus pratiques.

Au total, on constate que les psychiatres experts (qui sont le plus souvent des psychiatres hospitaliers) prononcent de moins en moins d'irresponsabilités pénales. Ils ne souhaitent pas mettre en difficulté leurs collègues en leur imposant ce type de patients difficiles. Ils se prononcent pour le deuxième alinéa du même article 122-1, qui dispose que « la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou 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 ».

En théorie, le sujet bénéficie donc d'une appréciation différenciée de son crime ou délit du fait de sa maladie mentale ; or, pratiquement, on observe exactement le contraire : du fait de sa présentation ou du contenu de son discours, d'une attitude totalement liée aux symptômes de sa maladie, le schizophrène va impressionner défavorablement le jury de la Cour d'Assises ; et la peine prononcée pourra être supérieure à celle demandée par l'avocat général. On peut donc dire que la juridiction tient compte de cette circonstance, mais dans le sens inverse !

Par ailleurs, il n'existe pas aujourd'hui d'établissements pénitentiaires spécialisés pour ce type de condamnés.

Les conditions d'incarcération. – Les conditions actuelles d'incarcération, l'allongement de la durée des peines, la diminution des aménagements de peine peuvent avoir aussi des effets sur l'état mental des personnes incarcérées. En effet, certaines personnes, peut-être déjà fragiles antérieurement à l'incarcération, peuvent ne pas supporter les conditions de la vie quotidienne en prison : surpopulation, promiscuité, absence d'hygiène, rupture des liens affectifs familiaux et conjugaux, déresponsabilisation, violences, rackets, attente du jugement puis du transfert en établissement pour peines... On observe ainsi des décompensations psychiatriques sur le mode de bouffées délirantes aiguës chez des sujets qui n'avaient jamais été repérés comme malades mentaux à l'extérieur. Ces personnes peuvent faire un épisode psychotique unique ou, au contraire, refaire d'autres bouffées délirantes signant l'entrée dans la schizophrénie. Ces personnes ne seront pas déresponsabilisées (article 122-1, 1^{er} alinéa du Code pénal), puisque les symptômes psychiatriques sont apparus à distance des faits reprochés et qu'ils ne sont pas reliés à eux. Ils auront donc à purger leur peine dans des conditions souvent inappropriées à leur état mental. Et l'on doit rappeler que ces conditions de vie en prison sont parfois à l'origine de tentatives de suicide ou de suicides.

La situation de la psychiatrie publique. – La situation de la psychiatrie publique explique aussi pour partie l'augmentation du nombre de malades mentaux incarcérés. En effet, la politique de sectorisation, à partir des années 1960, avait mis en place un dispositif extrêmement performant, reposant notamment sur un travail important de prévention et la prise en charge des malades mentaux en ambulatoire pour éviter l'hospitalisation psychiatrique.

Depuis quelques années, les secteurs de psychiatrie ont recentré leur activité sur les consultations, du fait de l'augmentation constante des demandes de soins, souvent au détriment des visites à domicile, par exemple. Par ailleurs, un très grand nombre de postes de psychiatres publics (environ 800) demeurent vacants du fait des problèmes de démographie médicale.

De plus, pour harmoniser les textes régissant la profession d'infirmière au regard des normes européennes, on a cessé de former des infirmiers spécialisés en psychiatrie. Il y a maintenant des infirmiers diplômés d'Etat dont la formation en psychiatrie est réduite, ce qui fragilise les secteurs de psychiatrie.

D'autre part, le nombre des lits d'hospitalisation en psychiatrie a été massivement réduit pour des raisons budgétaires; or, ces lits pouvaient non seulement accueillir des malades mentaux en décompensation aiguë, mais aussi des personnes en détresse psychologique et sociale. La réduction du nombre de lits a conduit nos collègues à renoncer à cette indication d'hospitalisation, sous prétexte qu'il s'agissait de problèmes à régler sur le plan social.

De tels patients se sont retrouvés plus ou moins en rupture de soins, faute souvent d'hébergement: il n'y a pas eu de création de foyers spécialisés, et les autres centres de réadaptation et de réadaptation sociale³ ne sont guère favorables à l'accueil de ces malades mentaux, d'autant moins que les résidents de ces foyers sont considérés comme sans domicile fixe (domicile considéré comme provisoire) et ne relèvent pas de la prise en charge du secteur.

L'on constate donc que de nombreux facteurs contribuent à l'augmentation du nombre de malades mentaux incarcérés dans les prisons françaises.

Le dispositif de soins psychiatriques dans les prisons

Face à cet accroissement relativement récent, mais constant, du nombre de malades mentaux dans les prisons, quelles sont les modalités de prise en charge psychiatrique dans les prisons françaises?

L'offre de soins psychiatriques dans les prisons présente une grande disparité. En effet, il existe vingt-six services médico-psychologiques régionaux (SMPR) implantés dans les plus grandes Maisons d'Arrêt (quatre en Région parisienne, trois dans les DOM, dix-neuf dans le reste de la France). Il s'agit de secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, créés comme les autres secteurs par une loi de 1985 et rattachés à un établissement hospitalier (CHU, CHR⁴ ou hôpital psychiatrique). Ils sont composés d'une équipe pluri-

3. CHRS.

4. Centre Hospitalier Régional.

disciplinaire : psychiatres, psychologues, infirmiers, assistantes sociales, éducateurs spécialisés, secrétaires médicales. Leur mission consiste, notamment, à revoir systématiquement toutes les personnes arrivant dans l'établissement pénitentiaire d'implantation, à assurer le suivi durant l'incarcération et la mise en place du suivi postpénal, à prendre en charge les personnes présentant un problème avec les produits psycho-actifs.

Ils disposent, pour la plupart, de « lits d'hospitalisation » permettant le suivi plus intensif, durant la journée, des détenus ayant des pathologies psychiatriques et consentant aux soins. Il s'agit, en fait, d'une hospitalisation de jour dans un quartier spécifique, situé au sein de la détention, mais permettant cependant une bonne prise en charge avec des entretiens individuels ou de groupe, des activités de médiation et d'expression...

La mission du SMPR est régionale, c'est-à-dire que celui-ci peut accueillir des détenus provenant des établissements pénitentiaires placés sous sa compétence et définis dans un arrêté de 1995. Par exemple, le SMPR de Rouen est compétent pour la Maison d'Arrêt de Rouen (au sein de laquelle il se trouve), mais aussi pour celles du Havre et d'Evreux, ainsi que pour le Centre de détention de Val-de-Reuil). Par ailleurs, certains SMPR ont ouvert une antenne de leur service dans un autre établissement pénitentiaire : par exemple, le SMPR de Toulouse au Centre de détention de Muret.

Lorsqu'il n'existe pas de SMPR (c'est-à-dire dans un très grand nombre d'établissements pénitentiaires — il y en a 187 en France), c'est l'équipe du secteur de psychiatrie dont dépend l'établissement pénitentiaire qui doit assurer les soins psychiatriques. Des moyens ont été alloués à ces secteurs pour assurer cette mission, mais sont rarement suffisants pour assurer une prise en charge diversifiée et de qualité ; souvent, seuls les soins psychiatriques urgents sont assurés, au détriment des prises en charge psychothérapeutiques.

En outre, comme de nombreux postes de psychiatres et d'infirmiers sont budgétés, mais non pourvus, le responsable du secteur doit faire des choix, et c'est souvent l'activité à la prison qui va être sacrifiée. Ainsi, il existe des établissements pénitentiaires où les soins psychiatriques ne sont assurés que par l'équipe en charge des soins somatiques⁵.

Un psychiatre exerçant dans un établissement pénitentiaire dépourvu de SMPR peut adresser un patient consentant aux soins dans les « lits du SMPR auquel il est rattaché » ; mais seuls 20 SMPR disposent de « lits ».

Lorsqu'une personne détenue présente des troubles psychiatriques rendant impossible son maintien en détention, on applique l'article D 398 du Code de procédure pénale, qui dispose que « les détenus atteints de troubles mentaux 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 ». Il n'est pas fait application à leur égard de la règle posée dans l'article D 394 du Code de procédure pénale concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie durant leur hospitalisation.

Concrètement, l'Hospitalisation d'Office (HO) peut être demandée par un psychiatre de SMPR ou un psychiatre intervenant dans un établissement pénitentiaire ; l'HO peut concerner aussi bien un prévenu qu'un condamné, en début ou en fin de peine. S'il s'agit d'un prévenu, le magistrat instructeur doit être informé de la mesure d'Hospitalisation d'Office. Durant son hospitalisation, le patient reste sous écrou et peut même bénéficier des réductions de peine s'il est condamné.

Si le patient présente un état de dangerosité psychiatrique, l'HO sera demandée dans l'une des quatre Unités pour Malades Difficiles (UMD). Les UMD sont situées à Villejuif (94), Cadillac (33), Sarreguemines (57) et Montfavet (84). Cette demande est faite par le psychiatre demandant l'Hospitalisation d'Office. Mais on compte peu de places dans les UMD (au total 450) et le délai d'admission est souvent long, faute de places disponibles.

Dans les faits, plusieurs problèmes se posent : les secteurs, du fait de la diminution du nombre de lits, n'ont souvent pas de lits disponibles et les délais d'admission peuvent être longs. Durant cette période d'attente, le détenu reste dans la prison, alors que son état n'est vraiment pas compatible avec ce lieu de vie. De plus, comme on l'a vu, les patients hospitalisés en HO ne bénéficient pas de garde policière (comme c'est

le cas pour les hospitalisations en médecine ou chirurgie), car on considère que l'HO est une mesure d'ordre public et que les services doivent assurer l'absence d'évasion pour les patients hospitalisés d'office (détenus ou non). Or, la plupart des services de psychiatrie sont « ouverts » ; l'humanisation voulue il y a plusieurs années a parfois contribué à supprimer le caractère contraignant de l'internement. De ce fait, les responsables des secteurs ont de fortes réticences à accepter les patients détenus, et parfois n'acceptent de les garder que pour une période trop courte, qui permet au mieux une légère amélioration des symptômes, mais non la stabilisation de la pathologie à l'origine de la demande d'hospitalisation. De plus, les services de psychiatrie ne se sentent pas en mesure de vérifier les instructions ordonnées par les magistrats en ce qui concerne les courriers, les appels téléphoniques, les visites...

Pour toutes ces raisons, souvent parfaitement légitimes, la personne détenue revient en prison à l'issue d'une Hospitalisation d'Office, alors que son état clinique ne le permettrait pas. Elle aura cependant à continuer à vivre dans la prison avec ses troubles mentaux.

Pour remédier à tout cela, la Loi d'orientation et de Programmation pour la Justice du 9 septembre 2002 (dite loi Perben I) prévoit, dans son article 48, que l'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux soit réalisée en établissement de santé au sein d'unités spécialement aménagées (UHSA).

Ces UHSA seront donc des services de soins psychiatriques dans un établissement hospitalier, mais gardé par un personnel pénitentiaire ; ces UHSA seront rattachées aux SMPR. Le choix des sites d'implantation sera réalisé par les Agences régionales de l'Hospitalisation⁶, en concertation avec les directeurs régionaux des services pénitentiaires⁷.

Une première tranche d'UHSA devrait concerner les régions Ile-de-France, Provence/Alpes/Côte-d'Azur et Nord/Pas-de-Calais du fait de l'importance de la population pénale résidant dans les établissements pénitentiaires de ces régions. Les autres tranches n'ont pas encore fait l'objet d'une programmation.

Le nombre d'UHSA et de lits devrait permettre la fluidité du système, en vue du transfert rapide d'un détenu de n'importe quel établissement pénitentiaire vers l'UHSA.

6. ARH.

7. DRSP.

L'admission dans l'UHSA pourra être demandée par un psychiatre de SMPR ou exerçant au sein d'une prison. Les indications de l'admission en UHSA sont les mêmes que celles de l'hospitalisation en psychiatrie : états psychotiques aigus, états dépressifs sévères avec risque suicidaire important.

En attendant la mise en place de ces UHSA, les modalités d'hospitalisation restent celles définies par l'article D 398 du Code de procédure pénale, avec toutes les difficultés évoquées plus haut.



En conclusion, si l'on veut vraiment diminuer considérablement le nombre de détenus malades mentaux, il faudrait réformer des points délicats de la procédure judiciaire, mais aussi améliorer le dispositif de psychiatrie publique, ses liens avec la psychiatrie en milieu pénitentiaire, notamment en ce qui concerne le suivi postpénal et... créer rapidement les UHSA.

Les points à réformer ou sur lesquels il faudrait innover sont considérables, mais une réelle volonté politique pourrait modifier très vite la situation.

Docteur BETTY BRAHMY