

Le corps incarcéré



Daniel GONIN.
Psychanalyste.
Ancien coordonnateur
des Services de médecine des prisons de Lyon.
Expert Judiciaire.
Institut de médecine légale.
Lyon

Le processus de l'incarcération figure un emboîtement : la première enceinte est celle des murs, puis celle d'un bâtiment, puis d'un étage et se rétrécit à la cellule ; enfin, le corps du détenu est son dernier réduit. Il est coincé dans sa chair, car le monde carcéral ne lui permet plus de sortir de lui-même, au sens propre d'exister (exister : sortir de). Il ne le peut plus parce que l'entrant en détention perd la parole dans le temps même où il passe les portes : il est condamné par le peuple du monde carcéral (détenus et surveillants) au silence, au cri.

La perte du monde extérieur, des objets et des êtres qui faisaient ses repères, le fait chuter dans la confusion. L'étrangeté du monde carcéral lui fait perdre son rapport au temps et à l'espace. C'est ainsi que près du quart des entrants sont pris de vertiges. Le vertige traduit le vide alentour, le "rien" menaçant qui précipite le retrait en soi, le renfermement dans la chair.

Vers une atrophie des sens

L'être enfermé devient prisonnier de sa peau et de ses organes des sens. Ceux-ci atrophient leur fonction d'ouverture au monde extérieur et les sensations, jusqu'à oublier ce qui fait perception venue d'ailleurs. L'odorat est vite nié ou réduit à des perceptions rudimentaires soigneusement censurées pour que la prison, qui est souvent une odeur, ne pénètre pas l'intimité émotionnelle de la chair du reclus. A cette réduction olfactive, se conjugue la limitation du regard. Dans les bâtiments sordides des vieilles prisons ou dans les locaux lisses et standardisés des nouvelles, le champ de vision du détenu est constamment limité. La vue se fait basse et ne cessera de baisser durant l'enfermement. La parole vaine en prison se réduit au verbiage et le regard perd sa fonction d'appui de la parole. L'œil devient errant ou fuyant. Le détenu

est devenu une ombre à courte vue, un malvoyant. Comme le malvoyant, il se guide au son. Il doit repérer et interpréter les moindres bruits même si c'est toujours sur les mêmes registres : serrures, grilles, chasses d'eau, pas, vaisselles métalliques, cris, appels... fatras sonore exacerbant l'acuité auditive. L'incarcéré manque de tact. Il n'a pas ou peu d'objets, de surface... comme la peau de l'autre à toucher. La surface du corps en prison ne fait pas plus tact que contact. La vraie surface cutanée du détenu est celle du dedans, celle qui délimite l'étendue interne du moi. Ce cuir fait barrage à toute incursion d'autrui qui viendrait gêner la réorganisation du monde des images intimes où l'être s'est retiré. La face cutanée externe ne sert plus que de signal d'alarme, de détection d'une présence étrangère.

La peau, objet de tous les affichages

La peau, ce mur de l'ultime enfermement, est souvent l'objet présenté à l'attention des autres et spécifiquement au médecin. Sans bien le savoir, le prisonnier privé de moyens d'expression l'utilise comme plan où viennent se former les images révélatrices de son état d'incarcéré. Les émotions, l'angoisse, la désespérance vont faire rougeurs, boutons, ulcères... Deux jours après l'entrée en détention, parfois moins, des dos couverts d'acné viennent se montrer au médecin. Certains dos, voire certains visages, sont des plaies. En détention, les allergies, eczémas, urticaires... prennent une importance primordiale dans la tête de celui qui les porte. Certains matins, des jeunes viennent affolés de découvrir sur leur traversin des mèches entières de leur chevelure ("ils se sont fait des cheveux"). Leurs angoisses laissent des plaques d'alopécie. Ce n'est pas alors tant la peur de devenir chauve qui les travaille, mais leur conviction d'être un galeux : plutôt tout raser que garder cette tignasse irrégulière qui leur donne cet aspect de bagnard. Ce mur cutané est le lieu de tous les affichages, démonstration supplémentaire de cette limite d'enfermement. L'affichage officiel est celui des tatouages. Dans ces dessins sur la peau, il est exceptionnel de ne pas trouver le signe d'un "taulard" dramatiquement blessé par l'incarcération : libéré, le détenu continuera à porter sur lui les traces des murs de la prison. L'affichage officieux est celui de la peau martyrisée. Les stries sanglantes, faites à la lame de rasoir, lacèrent le bras et l'avant-bras jusqu'au poignet, ou s'enchevêtrent dans tous les sens, zébrant la poitrine. Ces entailles n'ont pas toujours de sens suicidaire : au plus clair, c'est une sorte de "tagage" de la peau où se lisent destruction et mort. La peau est le lieu de toutes les inscriptions, de toutes les traces qui n'ont pu être gravées dans la chair. En ce cas, il s'agit d'une cellule personnelle où se contiennent angoisse, désespoir et résurgence mortifère. Le mur de l'incarcération personnelle est alors définitivement édifié.

Notes

Daniel GONIN est l'un des premiers à avoir attiré l'attention sur les effets de l'incarcération sur la santé des détenus. Cf. La Santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention, Lyon, L'Archipel, 1991. Rééd. 2000.

Les atteintes sur soi en prison : un moyen de défendre ses droits



Nicolas BOURGOÏN.

Expert Démographe.

Maître de Conférence.

Université de Franche-Comté.

Laboratoire de Sociologie et d'Anthropologie.

Besançon

Notre étude porte sur un corpus de 200 lettres de suicide laissées par les 621 détenus s'étant suicidés de 1982 à 1991.

Durant cette période, le taux de suicide était 7 fois plus élevé en prison comparativement à la population générale. Pour ce qui concerne les automutilations, les tentatives de suicide et les grèves de la faim, nous ne disposons pour le milieu libre que de données partielles. L'étude de Caroline Girard en 1998 suggère que les écarts de fréquence avec la prison sont encore plus élevés que pour le suicide. [1] Lors d'une recherche précédente [2] nous mettions en évidence l'un des aspects liés au suicide de détenus : la défense de leurs droits. En contrepoint, les motifs des auto-agressions non létales (grèves de la faim et automutilations) perpétrées sur la période 1992-1998 (respectivement 11 332 et 6 495) rendent compte de violences contre soi dont l'enjeu est plutôt de tenter de «faire pression» sur l'institution.

L'analyse des lettres montre que le suicide est un moyen de protester contre des décisions prises par la justice et donc de défendre ce que le détenu considère être ses droits (13 % des lettres).

Le thème de l'innocence

Il peut d'abord, de façon radicale, contester la réalité même de son infraction et défendre alors son droit à la liberté. Le suicide est alors, après l'épuisement d'autres démarches, l'ultime recours pour prouver son innocence : 40 % des lettres dans lesquelles l'innocence est proclamée sont adressées à des représentants ou à des auxiliaires de la Justice ; une proportion équivalente est adressée à l'entourage carcéral, souvent sans destinataire précis, et la part restante (20 %) à des proches.

Le thème de l'innocence apparaît en revanche très minoritaire dans le cas des conduites non létales, les grèves de la faim entreprises pour ce motif étant toutefois plus longues que la moyenne : 17,2 jours contre 16,7 jours. Mais cette catégorie de grévistes est la plus suicidaire : (47 %) des grèves de la faim s'achevant par un suicide au cours de la période 1982-1991 étaient motivées par une volonté de prouver son innocence. Le

déclencheur le plus fréquent est d'ordre judiciaire (près de la moitié des cas) alors que ce motif ne concerne qu'un peu plus de 10 % des auto-mutilants. La grève de la faim est alors destinée à appuyer une demande de mise en liberté provisoire, à protester contre les modalités de l'arrestation, le chef d'inculpation, une décision du juge, les lenteurs de l'instruction... Dans ces cas, le partenaire-cible privilégié est le juge d'instruction.

Les automutilations servent plutôt à attirer l'attention sur les problèmes touchant au régime de la détention ou à l'autorité pénitentiaire : 19,6 % des automutilations contre 13,1 % des grèves de la faim. Les partenaires-cible sont alors le juge de l'application des peines, l'Administration Pénitentiaire ou la direction de l'établissement concerné.

Le détenu peut aussi tenter de nier sa propre responsabilité en invoquant des circonstances atténuantes, à l'origine de l'acte délictueux (5 % des lettres). Sont évoqués le hasard, la société, la drogue, l'alcool... Cela renvoie au "processus de neutralisation" qui consiste, pour le délinquant, à utiliser à son profit l'humanisme de la justice pénale qui prend en compte diverses circonstances atténuantes.

Le problème du droit à la sécurité des détenus

Dans la défense de leurs droits, deux "stratégies" sont repérées : l'identification à un collectif et l'engagement conditionnel ou la menace. La première tend à donner au suicide une portée collective, voire politique. Elle est relevée dans 6 % des lettres. Il s'agit le plus souvent de lettres sans destinataire précis. Le suicide peut être présenté comme un cas exemplaire d'une catégorie homogène, prolonger des actions menées précédemment par d'autres, s'appuyer sur des principes généraux (par exemple les Droits de l'Homme), servir à soutenir un discours général sur la prison dénonçant certaines pratiques. La seconde apparaît sous la forme d'une menace de suicide. Dans 6 cas toutefois, le suicide était précédé de l'envoi de lettres dans lesquelles le détenu faisait part de sa détermination à l'Administration. Ces cas mettent en évidence un aspect problématique du fonctionnement de l'institution, probablement en rapport avec la banalisation des conduites auto-agressives en prison, souvent liées pour le personnel à des motivations utilitaires : l'absence de prise en compte des revendications du détenu alors qu'elles sont assorties d'une menace de suicide. Il en est de même en ce qui concerne la demande de protection de détenus qui s'étaient sentis menacés par des codétenus (2 cas sur la période étudiée) ce qui pose la question du droit à la sécurité des détenus.

Le suicide en prison et les autres actes de violence contre soi peuvent constituer une forme de résistance ouverte contre l'emprise institutionnelle. L'inégalité des rapports de force qui caractérise la situation de détention et plus généralement tous les rapports de violence symbolique rendent plus probable l'adoption de ces conduites, ce qui contribue à en expliquer leur fréquence particulièrement élevée en prison.

Bibliographie

[1] Automutilations et grèves de la faim en prison : approche socio-démographique, document ronéotypé, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, juillet 1998.

[2] Nicolas BOURGOÏN, Le suicide en prison, Paris, L'Harmattan, 1994. Voir également : Nicolas BOURGOÏN, Caroline GIRARD, Les automutilations et les grèves de la faim en prison, Revue de Science Criminelle et de Droit Pénal Comparé, (3), juillet-septembre 2000, 657-666.

Les malades mentaux en prison



Betty BRAHMY.
Médecin Chef de Service.
Service Médico-Psychologique
Régional (SMPR).
Maison d'Arrêt de Fleury-Mérogis. Essonne

De nombreuses personnes présentant des troubles psychiatriques graves se trouvent aujourd'hui dans les prisons françaises. Il est difficile de donner un chiffre global mais les enquêtes faites sur les entrants en maison d'arrêt révèlent que 17 % ont été suivis en psychiatrie, pourcentage qui ne tient pas compte des personnes qui décompensent de manière grave durant leur incarcération. La prison constitue le dernier maillon de la prise en charge sociale, le lieu où l'on arrive quand tous les liens sociaux sont brisés. Elle est le dernier asile de notre société et on y rencontre beaucoup de personnes qui avaient antérieurement leur place dans les autres asiles que constituaient les hôpitaux psychiatriques avant leur restructuration.

Ceci concerne les patients présentant des troubles de la personnalité entrant dans le cadre des psychopathies, mais aussi beaucoup de schizophrènes authentiques, sans domicile ni liens familiaux, et incarcérés pour des délits mineurs. Ils sont généralement jugés en comparution immédiate où ils ne parviennent pas à expliquer leur itinéraire et leur passage en psychiatrie et ils ne font l'objet d'aucune expertise psychiatrique avant leur jugement. Par ailleurs, un grand nombre de sujets reconnus comme étant d'authentiques psychotiques ne bénéficient pas de l'irresponsabilité pénale telle qu'elle est prévue par l'article L122-1 1er alinéa du Code Pénal.

L'irresponsabilité pénale est de plus en plus rarement prononcée

L'expertise psychiatrique est obligatoire pour les faits criminels et à la discrétion du magistrat instructeur pour les faits relevant du Tribunal Correctionnel. Les psychiatres experts doivent éclairer les magistrats sur l'existence d'un trouble psychique ou neuropsychique abolissant ou altérant le discernement ou le contrôle des actes chez la personne mise en examen. En pratique, ils se prononcent très souvent dans le sens de l'altération, ce qui permet la sanction du sujet. Il faut souligner que cette tendance qui s'accroît au fil des ans repose sur deux éléments : d'abord, une position « idéologique » qui préconise la responsabilisation des malades mentaux pour les aider à travailler dans la réalité leur passage à l'acte, certes délictueux ou criminel, mais aussi fou... ; ensuite, il faut rappeler que pour les sujets bénéficiant de l'article 122-1 1er alinéa (ancien article 64) un non-lieu est prononcé et ils sont admis en hospitalisation d'office (HO) dans le service de secteur. Or ces services, bien humanisés depuis quelques années mais aussi dotés de moyens humains insuffisants, ne paraissent pas convenir à ces patients vécus dangereux, ingérables dans un service de secteur banal où leur présence générerait de plus la prise en charge des autres patients. Ceci explique le nombre peu élevé de cas où l'irresponsabilité pénale est prononcée par les psychiatres experts.

Une prise en charge trop lourde pour les services de secteur

D'autres sujets n'ayant jamais fait l'objet d'un suivi psychiatrique avant leur incarcération peuvent décompenser sur un mode psychotique grave en prison. Peu importe si on doit authentifier là une « psychose carcérale » ou rapporter ces troubles à une pathologie psychiatrique relevant de l'habituelle nosographie : ces sujets sont véritablement des malades psychiatriques nécessitant un suivi approprié. Lorsqu'il s'agit de la première décompensation ou ultérieurement d'accès aigus, ils peuvent bénéficier de l'article D398 du Code de Procédure Pénale qui dispose : « les détenus atteints de troubles mentaux ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire ». Le psychiatre traitant établit un certificat médical décrivant les troubles et demandant une HO dans l'hôpital psychiatrique du département d'implantation de l'établissement pénitentiaire. Le problème se situe là encore sur les possibilités des collègues de secteur à assurer une telle prise en charge : la présence policière n'existe pas car on considère que l'HO est en elle-même une mesure sécuritaire et l'équipe doit non seulement prodiguer les soins, mais aussi le cas échéant respecter les mesures prises par le magistrat (si le patient est prévenu) telles qu'interdiction de communiquer avec ceux des détenus mis en examen sur la même procédure, de visites... Les services de secteur se plaignent de ne pas être en mesure d'assurer de telles prises en charge. Ceci explique la difficulté rencontrée parfois dans la mise en œuvre de l'article D398 et la durée souvent insuffisante de l'hospitalisation psychiatrique.

Exclu parmi les exclus

Concrètement, le patient revient en détention, au mieux stabilisé, mais dans des conditions inadéquates à son état. Par ailleurs, lorsque les patients sont stabilisés (mais encore psychotiques !), ils ne font que rarement l'objet d'un placement en psychiatrie. Ils restent en prison, qui n'est pas un lieu de soins (même s'il y a du temps psychiatrique en milieu carcéral) et qui peut être un lieu au contraire où le patient va "s'abîmer". Durant leur séjour en prison, les patients vivent mal : ils sont soit l'objet de racket de la part de "caïds", soit dans un isolement social total, exclus de la vie quotidienne carcérale du fait de leur état mental. Ils sont mal perçus par les autres détenus, mais aussi par le personnel de surveillance qui se sent souvent dépassé par leur comportement bizarre et imprévisible.

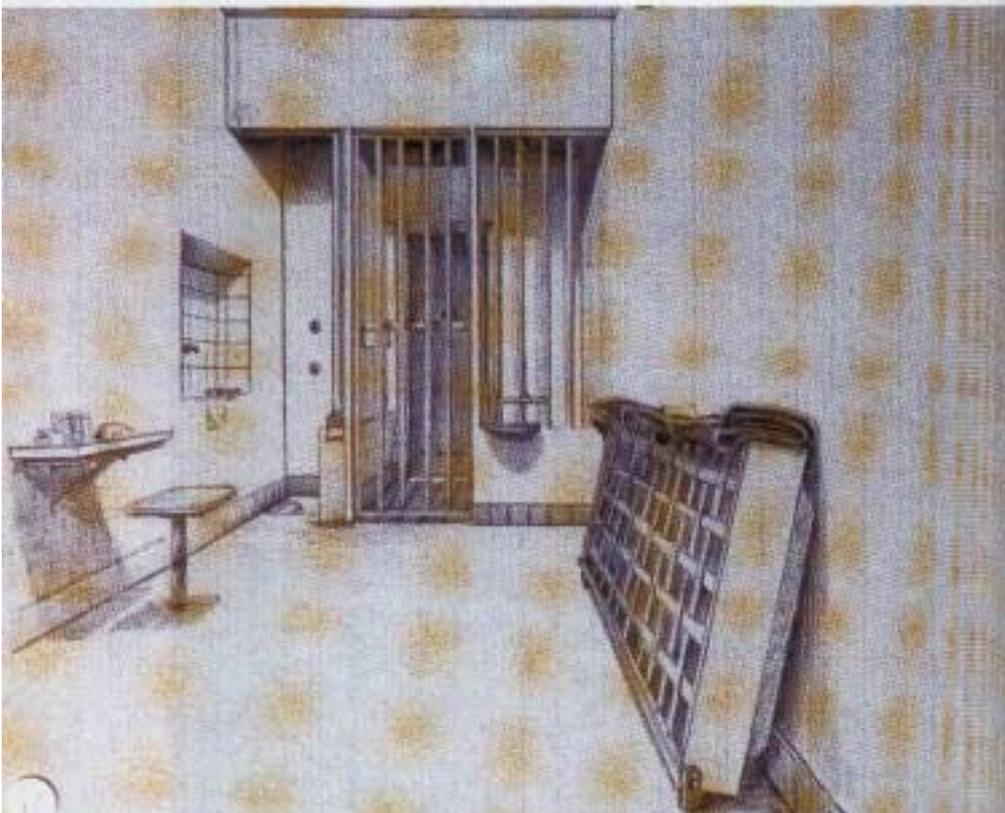
La question se pose également du devenir de ces patients à leur sortie de prison. Stabilisés par le cadre et les traitements, souvent sans projet de sortie car sans soutien familial, il faudra négocier une prise en charge avec un secteur. Encore faut-il savoir lequel, lorsque cette personne a été incarcérée de longues années...

Quant aux moyens actuels de prise en charge, il existe 26 SMPR répartis sur l'ensemble du territoire (4 en région parisienne, 19 en province et 3 dans les DOM). Ils assurent un suivi psychologique et psychiatrique des détenus de l'établissement pénitentiaire où est implanté le SMPR, mais aussi de ceux de

leur secteur de compétence (défini par un arrêté de mai 1995). Dans les prisons non dotées de SMPR, c'est le secteur de psychiatrie qui est compétent. Parfois, les moyens sont très limités, ailleurs ils peuvent correspondre aux besoins les plus pressants. Mais il existe une disparité de moyens, notamment pour pouvoir effectuer un vrai travail psychothérapeutique en prison. On a vu que le recours à l'article D398 est parfois difficile et seulement possible pour les cas aigus. Parfois l'hospitalisation en Unité pour Malades Difficiles (UMD) est nécessaire, mais les délais d'admission peuvent être longs.

Il nous paraît indispensable de repenser la prise en charge des malades mentaux en milieu carcéral. Il nous paraît nécessaire d'augmenter considérablement les possibilités d'hospitalisation en milieu psychiatrique, en mettant fin au leurre de "lits de SMPR" pouvant tout prendre en charge. Pour ce faire, peut-être faudrait-il créer des lieux intermédiaires entre l'hospitalisation classique et celle en UMD. Ces structures pourraient recevoir à la fois les patients relevant de l'article 122-1 1er alinéa (et on peut penser qu'alors, ils seraient plus nombreux) et ceux relevant de l'article D398 pour une durée correspondant à leur état. C'est peut-être à ce prix qu'on modifiera une situation actuellement inacceptable et indigne de notre société.

Non signé
Cellule, encre sur papier
photo Christian Dao



In "Création et prison",
Editions de l'Atelier.
Paris

Vivre l'hépatite C en prison : une enquête nationale des pratiques sur 85 établissements pénitentiaires



André-Jean REMY*

Serge BENHAIM**

Faïza KHEMISSA***

***Cancérologue-Hépatogastroentérologue.**

*****Hépatogastroentérologue.**

Centre Hospitalier Maréchal Joffre et Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA)

de la Maison d'Arrêt de Perpignan.

****Hépatogastroentérologue libéral et UCSA de la Maison d'Arrêt des Baumettes à Marseille.**

Problème de santé publique par sa prévalence élevée dans la population générale, l'hépatite C est un problème important en prison en raison de la forte proportion de toxicomanes incarcérés, et parmi eux le fort taux -60 à 90 %- de personnes contaminées. La prison peut être un temps « idéal » d'accès aux soins a priori facilité par les UCSA.

L'objectif de cette étude était d'évaluer la prise en charge de l'hépatite chronique virale C en prison et de faire des propositions pour améliorer cette prise en charge. Il s'agit d'une enquête indépendante des administrations concernées ainsi que de l'industrie pharmaceutique, initiée par deux praticiens du "terrain".

[1] 185 maisons d'arrêt et centres pénitentiaire (CP), dont 13 centres de Semi-Liberté (CSL) dépourvus d'UCSA, ont reçu une Lettre type et une Fiche d'enquête (élaborée par les Dr Remy et Benhaim). L'analyse des résultats porte à l'exclusion des CSL sur 172 prisons, DOM inclus. Les données relatives à la biopsie hépatique sont présentées avec et sans le CP de Fresnes, Centre

hospitalier facilitant en tant que tel la réalisation des biopsies. 85 établissements ont répondu au questionnaire. Toutefois, pour des raisons de calendrier, les résultats sont détaillés pour les 81 premiers, ce qui correspond à un nombre de 24 045 détenus, environ la moitié des personnes incarcérées.

Dans 79 établissements sur 81 (97,5 %), l'UCSA prend en charge l'hépatite C.

Le total des sérologies positives par mois était de 135 pour 48 établissements, soit 2,8 en moyenne (extrêmes 0-15).

Le nombre de biopsies réalisées en 1999 est de 509, soit 6 par an/CP ou 10 par an/CP si on réduit l'analyse aux CP en ayant effectué au moins une. Il est seulement de 8 par an/CP si le CP de Fresnes est exclu (96 biopsies à lui seul !). Cela aboutit à un rapport nombre de biopsies/malades connus comme porteurs de l'hépatite C de 36 % (33 % si Fresnes est exclu). Le délai moyen d'attente est de 5 semaines (extrêmes 3 jours-7 mois). La biopsie est réalisée en hôpital de jour (52 %) et en hospitalisation traditionnelle (48 %).

Le nombre de malades traités en 1999 est estimé à 153. Dans 44 % des établissements, aucun malade n'a été traité. La monothérapie (Interféron) concernait 23 patients et la bithérapie (Interféron et Ribavirine) 120 patients. Ainsi, le traitement antiviral ne concernait que 3,9 % des malades à sérologie positive (2,7 % sans le CP de Fresnes).

Le nombre des UCSA ayant répondu à cette première recherche nationale est très élevé pour une enquête sans rappel.

La moitié des patients « échappe à la biopsie »

L'étude fait apparaître que le dépistage est systématique ou systématiquement proposé aux détenus sur 71 % des établissements (tableau 1).

Tableau 1 : données concernant le dépistage

Sérologie de l'hépatite C systématique à l'entrée

Oui	29	36 %
Non	24	29 %
Systématiquement proposée	28	35 %

Nombre de malades connus VHC positif début/2000

Nombre total	1 408	sur 71 CP
Nombre par établissement	20	(extrêmes 0-200)
% de détenus	6,3 %	sur 71 CP (extrêmes 0-20 %)

Présence d'une consultation spécialisée

Hépatologie	36	(44 %)
Infectiologie	12	(15 %)
Consultation extérieure	41	(51 %)

Pour la prise en charge médicale, 44 % seulement des UCSA assurent une consultation d'hépatologie et la moitié (51 %) font appel à une consultation extérieure, ce qui constitue une contrainte

par les déplacements et l'escorte qu'elle nécessite. Si l'on prend comme fréquence minimale une consultation mensuelle (renouvellement et suivi des traitements), cela ne concerne plus que 28 UCSA. Le nombre de biopsies réalisées (tableau 2) est faible (à l'exception notable de l'hôpital de Fresnes). Si l'on exclue les sujets à virémie négative (moins de 20 %), la moitié des malades « échappe » à cet examen. Les refus de l'examen, transfert du détenu, temps de détention « court » ne suffisent pas à expliquer cet échec car c'est le temps moyen d'attente pour la réalisation de la biopsie, 5 semaines (maximum : 7 mois) qui en est responsable. Un séjour, même de courte durée, en hôpital fait intervenir quatre acteurs : le détenu, l'Administration Pénitentiaire, l'escorte policière, le Centre hospitalier ; si l'un fait défaut, la biopsie ne se fait pas.

Tableau 2

Nombre de biopsies hépatiques par an

0 biopsie	30 CP
Moins de 12	30 CP
Plus de 12	21 CP (extrêmes 1-8/mois)

Insuffisance de traitement pour beaucoup de détenus

Un très faible nombre de malades sont traités (153), soit **moins de 4 % des détenus ayant une sérologie positive**. Même en y ajoutant les 20 % de malades sans hépatite chronique active, les contre-indications au traitement (rares dans une population jeune), les refus de traitement et les détenus traités

antérieurement, nombreux sont les détenus malades ne bénéficiant pas d'une prise en charge optimale, probablement faute de biopsie. Le traitement, dans son organisation, semble poser moins de problèmes : il est initié majoritairement au sein du CP et fait surtout l'objet d'un suivi intra-muros entre le médecin généraliste et le spécialiste (Tableau 3).

Tableau 3

Suivi thérapeutique

Traitement initié en prison	41
en milieu hospitalier	12
Mode de suivi en prison	51
en milieu hospitalier	17
pas de suivi régulier	13
Suivi par un médecin généraliste	34
un médecin spécialiste	44 (21 en commun)

L'étude révèle qu'en prison : le dépistage de l'hépatite C est effectif ; les consultations spécialisées doivent être développées ; les traitements sont insuffisants en raison d'obstacles à la réalisation de la biopsie hépatique.

Notes

[1] Enquête réalisée avec le soutien, pour la logistique, du Centre Hospitalier de Perpignan, et pour l'analyse des résultats, du Réseau Hépatite C de Catalogne et du pays d'Oc (Médecin coordinateur : André-Jean REMY). Voir également : D. CAPRON, A. HERMANT, G. BABANY, L'infection par le virus de l'hépatite C en milieu carcéral : dépistage, information, prévention et prise en charge. Gastroenterol. Clin. Biol. 2000, 24 (2bis) : A111.



Photo d'une cellule de détenu

Art-Thérapie en prison : une forme de prise en charge des adolescents incarcérés

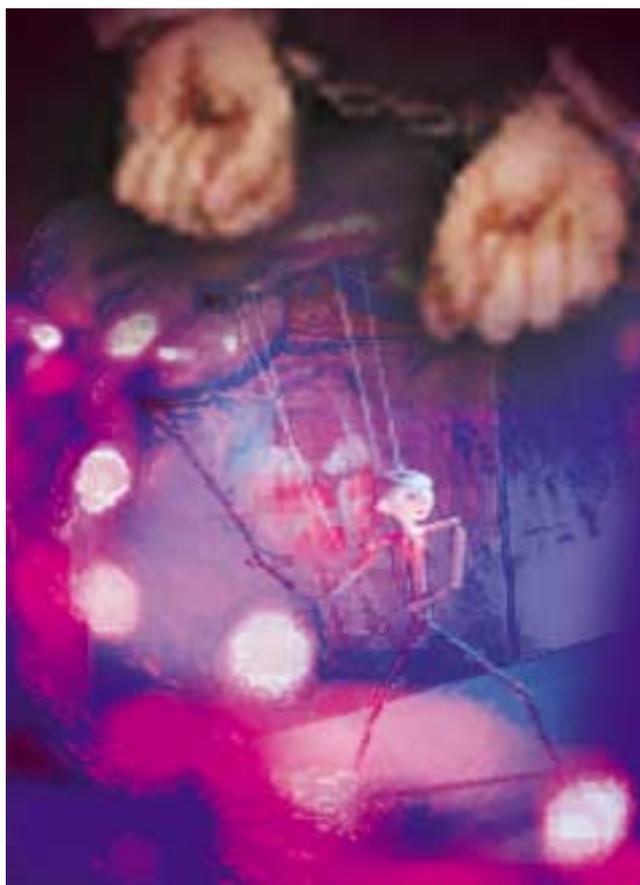


Caroline LEGENDRE.
Psychologue spécialisée en art-thérapie.
Expert Judiciaire.
Hôpital Maison-Blanche.
Neuilly sur Marne



est auprès de condamnés longues peines de la Maison Centrale de Château-Thierry [1] et de mineurs du Centre de Jeunes

Détenus de Fleury-Mérogis qu'est issue notre approche qui rend compte, par le biais de l'art-thérapie, du paradoxe de l'enfermement carcéral et de l'acte créatif.



L'approche thérapeutique d'adolescents incarcérés est complexe, notamment du fait qu'ils formulent rarement de demande de soutien psychologique et verbalisent peu leurs affects et leur souffrance interne. Pour un adolescent qui, par son histoire, n'a comme issue que le recours à un acte destructeur, traduction d'un vécu psychologique menaçant, la confrontation à la situation thérapeutique duelle classique représente une grande difficulté. Il n'y a pas d'élaboration possible des traumatismes qu'ils ont, pour la plupart, subi, sources de violence et d'effraction en eux, et qui se répètent et se traduisent dans leurs actes.

L'acte est désamorcé par le dessin

Notre dispositif thérapeutique -l'Atelier d'art-thérapie- associe entretiens individuels et expression picturale en groupe. Des sensations nouvelles, des affects... peuvent s'extérioriser et être verbalisés car nous proposons un «recours à l'acte» mais créatif pictural : «Le dessin, c'est pour éviter que je m'exprime par les gestes» (Karim, 15 ans). Pour certains d'entre eux, l'énergie pulsionnelle se met à l'œuvre dans le cadre contenant de l'Atelier (le groupe), de l'espace (la feuille sur laquelle peindre), de la temporalité (l'élaboration picturale). Une parole peut alors émerger, liée à l'élaboration d'éléments de leur vécu interne, parole qui se différencie de la décharge pulsionnelle : le passage à l'acte. L'explosivité est contenue, mentalisée et l'acte désamorcé est mis en mot.

Le but de la séance, l'une des spécificités de cette approche d'adolescents incarcérés, est d'obtenir qu'ils figurent sur la feuille blanche leurs mouvements pulsionnels (sans les exprimer de façon débridée sur les murs, le visage ou le corps des membres du groupe !). Parfois, des dizaines de croquis se remplissent de façon effrénée de «tags», puis d'éléments plus élaborés en rapport avec le surnom, le nom, l'identité... Ces adolescents sont alors le plus souvent surpris de découvrir qu'il existe en eux "quelque chose" qu'ils peuvent traduire sous une forme créative et structurée. Ce dispositif s'avère particulièrement opérant pour des adolescents auteurs d'infractions sexuelles car il rend possible l'accès à leur fonctionnement le plus inconscient, à l'origine du passage à l'acte : la représentation du félin, chez un mineur auteur de viols, a ainsi servi de support l'amenant à une représentation particulière de l'image maternelle et à une prise de conscience du sens sur ses actes.

L'objet pictural constitue un outil thérapeutique que complètent des entretiens individuels. Il permet l'émergence du jeu, de la rêverie, des fantasmes c'est-à-dire de l'élaboration psychique en lieu et place du passage à l'acte.

Bibliographie

[1] Le premier Atelier d'art-thérapie en prison a été créé il y a une quinzaine d'années sur cet établissement.

Caroline LEGENDRE, Serge PORTELLI, Olivia MAIRE, Christian CARLIER, Création et prison, Paris, Editions de l'Atelier, Coll. Champ Pénitentiaire, 1994 ; Caroline LEGENDRE (ouvrage collectif sous la dir. de C. BALIER et A. CIAVALDINI), Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire, Paris, Masson, 2000.

La première Unité spécialisée pour le traitement intensif des dépendances en prison : une « Unité sans drogues » à la française



Jérôme PETITDIDIER.

Directeur Médical.

Programme 13000 Ouest.

SIGES. Yvelines

N Le Centre de Détention d'Argentan (Orne) relève depuis 1990, par Convention entre l'Administration Pénitentiaire et le groupe privé SIGES, du Programme 13000. Y sont affectés des détenus hommes condamnés à des peines inférieures ou égales à 5 ans. Le nombre de patients présentant ou ayant présenté une consommation excessive de drogues, d'alcool et, sans réelle indication, de médicaments psychotropes et/ou antalgiques, est élevé. Ce constat est confirmé par l'enquête réalisée auprès des entrants en prison (interrogatoire médical systématique). [1]

Ces conduites addictives sont de plus aggravées par le contexte carcéral, marqué par une certaine promiscuité où les toxicomanes recréent généralement leurs conditions habituelles de vie à l'extérieur (trafics divers, racket, violences...). Les patients alcool-dépendants constituent un cas particulier : leur relative discrétion, une fois sevrés, ne facilite pas leur prise en charge pour diverses raisons et notamment parce que l'alcool n'entrant pas, ou pratiquement pas, en prison (contrairement à la drogue) ils ne sont pas, ou peu, confrontés au produit. Ils peuvent ainsi se croire "guéris" alors que leur libération s'accompagne fréquemment d'une rechute à court terme. Ces patients sont également beaucoup moins « demandeurs » de traitements médicamenteux que les toxicomanes et donc moins « présents » au sein des services médicaux. Enfin, les équipes médicales ne vont pas systématiquement à leur rencontre pour leur proposer une prise en charge.

Les difficultés de prise en charge des dépendances chez les détenus

Par ailleurs, la prise en charge des dépendances peut rencontrer certaines difficultés : les traitements de substitution ont permis de récents progrès, mais ils ne s'adressent qu'aux dépendants aux opiacés ; la relation thérapeutique liée au suivi des toxicomane est

quasi-systématiquement basée sur l'entretien individuel au détriment des thérapies de groupe, peu répandues en France ; le cloisonnement des équipes est fréquent (celles chargées de l'alcoolisme ne traitent pas les autres toxicomanies et il n'y a pas d'intervenants spécialisés dans le suivi des toxicomanies médicamenteuses) ; enfin, on observe souvent une rupture de la relation thérapeutique en raison des transferts de détenus vers un autre établissement, après quelques mois en maison d'arrêt, ce qui ne favorise pas l'instauration de liens durables avec l'équipe thérapeutique.

Un certain nombre d'équipes à l'étranger (notamment en Espagne, Italie, Suisse, Grande Bretagne, Pays Nordiques, USA) ont mis en place des modèles de prise en charge complémentaires à l'offre de soins existante. En Hollande, le concept de « Prison sans drogues » ou d'« Unités sans drogues » repose sur un suivi thérapeutique spécifique axé pour le détenu sur son engagement à respecter la règle d'interdiction de toute consommation de produit. Au Centre de Détention de Nashville (USA) où nous nous sommes rendu, nous avons pu constater l'efficacité de cette méthode à visée thérapeutique (traitement des addictions) et éducative (ré-apprentissage des règles de vie en société). Le programme s'étale sur 6 mois, et est essentiellement basé sur des techniques de groupe selon le modèle proposé par les mouvements d'entraide (ALCOOLIKES ANONYMES, NARCOTIQUES ANONYMES).

L' "Unité sans drogues" à la française

Compte tenu de l'ampleur des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme en prison, nous avons mis en place un programme s'inspirant de ces "Unités sans drogues". Consciente de ces problèmes, l'Administration Pénitentiaire a d'emblée appuyé notre démarche, tant au niveau de l'Administration Centrale qu'au plan local avec le soutien du directeur de la prison et de son encadrement. Ce dernier point est important en raison des modalités particulières de ce programme. Le projet est en place depuis le 11 mai 1998 et s'adresse à des détenus volontaires, polytoxicomanes, alcool-dépendants. Le nombre de places est actuellement de 15 (soit une file active annuelle de 60). Il s'agit d'une prise en charge en rupture avec ce qui se fait traditionnellement en France, tant dans sa forme (thérapie de groupe), son intensité (temps plein durant 3 mois) que du lieu de son déroulement (dans une Unité de vie spécifique sur la détention). La thérapie est assurée par des thérapeutes spécialisés (Association APTE). Des prélèvements urinaires sont réalisés afin de vérifier l'absence de consommation de produits. Pour la période du 11 mai 1998 au 1er décembre 1999, 86 patients sont passés par l'Aile thérapeutique.

S'il est encore tôt pour en mesurer l'efficacité, divers constats peuvent néanmoins être établis : on observe une diminution sensible des demandes de prescription médicamenteuse alors que la plupart de ces patients étaient auparavant fortement médicalisés, notamment par benzodiazépines ; parallèlement, un changement de leur comportement (moins d'agressivité) est constaté ; certains apprentissages sont manifestes (meilleure expression des idées et extériorisation des affects), autre conséquence de cette thérapie où les patients doivent s'exprimer en groupe.

Par ailleurs, la liaison avec les différents Services (médical, d'insertion et de probation, personnels de surveillance...) est efficace et constante. Toutefois, des difficultés demeurent. Elle sont liées au fait de proposer une action relativement nouvelle surtout dans ses modalités d'exécution. Nous pensons que cette approche novatrice est de nature à améliorer de façon significative la prise en charge des patients à conduites addictives. Elle se situe en complémentarité avec les autres modalités de suivi et d'aide à la réinsertion de ces patients. Il serait souhaitable de pouvoir la mettre en place sur d'autres prisons.

Bibliographie

[1] La santé des entrants en prison en 1997, DREES, Coll. Etudes et Résultats, Paris, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, (4), 1999.