LA PSYCHIATRIE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

Cyrille CANETTI

Depuis qu'elle existe, la psychiatrie a toujours entretenu des relations plus ou moins étroites avec la justice. Les rapports entre hôpital et prison, malades mentaux et criminels, soin et punition ont toujours été aussi complexes qu'incontournables. Nourri par vingt-cinq ans d'exercice de la psychiatrie à la prison de Fresnes, puis à celle de Fleury-Mérogis et enfin à la prison de la Santé à Paris, cet article expose la perception d'une évolution coercitive de la pratique de la psychiatrie en milieu pénitentiaire.

l'hôpital général, lieu d'enfermement du milieu du XVII^e siècle, où cohabitent mendiants, malades mentaux et délinquants, succède l'asile, endroit où la rencontre du fou est possible et le soin envisageable. La volonté de distinguer les aliénés des criminels se traduit progressivement dans la loi. L'article 64 du Code pénal de 1810 indique qu'il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu est en état de démence au temps de l'action. La loi de 1838 sur les aliénés consacre l'internement psychiatrique à la demande de l'entourage du malade ou sur décision préfectorale. Ainsi les psychiatres font-ils leur entrée en prison. Avec un statut d'experts, ils viennent repérer ceux qui ont leur place à l'asile et séparer le fou du délinquant ou du criminel. Toutefois, certains prisonniers, bien que présentant des troubles mentaux, n'étaient pas, au moment de l'action, dans un état leur permettant de bénéficier de l'article 64. Il existe donc une population incarcérée qui, sans être reconnue irresponsable, présente des troubles mentaux justifiant une prise en charge psychiatrique au sein même des prisons.

La deuxième moitié du XX^e siècle voit se développer la psychiatrie de secteur, centrée sur l'intérêt du patient et la désinstitutionnalisation. Ce n'est plus le malade qui va à l'asile mais l'hôpital qui va au plus près du malade. Les hospitalisations à temps complet sont limitées dans le temps au profit de soins ambulatoires, d'un travail en réseau en partenariat avec le champ social. Le secteur de la psychiatrie générale est institué par la circulaire du 15 mars 1960 et légalisé par la loi du 25 juillet 1985. Ainsi, toute la France est découpée en zones géo-démographiques qui dépendent d'un service de psychiatrie publique : tous les habitants du pays peuvent donc obtenir des soins psychiatriques de proximité. Les établissements pénitentiaires n'échappent pas à cette règle et sont rattachés au secteur sur lequel ils sont implantés. Toutefois, vingt-six secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire sont créés dans des grandes villes, ils ne prennent en charge que les personnes détenues et coordonnent les soins dans les différentes prisons autour de l'établissement pénitentiaire qui les accueille. Cela se traduit par le détachement d'équipes psychiatriques hospitalières au sein de ces établissements. Leurs missions premières sont la prévention des affections mentales en · prison et la mise en œuvre des traitements psychiatriques nécessaires aux personnes détenues, à l'exception de celles dont l'état justifie une hospitalisation. La naissance de ces secteurs a deux conséquences fondamentales : d'une part, les soignants exerçant en prison ne sont plus rattachés au ministère de la Justice mais à celui de la Santé ; d'autre part, les soins sous contrainte relèvent exclusivement de l'hospitalisation et ne sauraient être imposés en prison.

la pi

prot

créa

met

con

injc

ress

my

d'a

D

da

οť

ex

in

p١

Sŧ

d

c

t:

La loi du 18 janvier 1994 définissant la prise en charge sanitaire des personnes détenues marque un tournant dans la qualité des soins dispensés en prison. Elle est votée à la suite des épidémies du sida et de l'hépatite C qui lèvent le voile sur l'état catastrophique de la santé des personnes détenues. Chaque prison est alors rattachée par une convention à un hôpital de proximité. L'ensemble des professionnels de santé exerçant en prison passent sous l'autorité du ministère de la Santé.

Psychiatres et autres professionnels de santé prennent leurs quartiers en détention. C'est l'ère de la volonté de bien soigner et de marquer son indépendance par rapport à la justice et à l'administration pénitentiaire. Hélas, cette période est de courte durée. Deux phénomènes concourent à l'inversion de la tendance à cette autonomie : la rédaction du nouveau Code pénal en 1994 et le développement de la criminologie qui prend son essor dans la loi du 17 juin 1998 relative à

la prévention et à la répression des infractions sexuelles, ainsi qu'à la protection des mineurs. Alors que le premier reformule l'article 64 en créant une autre qualification que l'irresponsabilité pénale qui permet de condamner des malades mentaux dont la responsabilité est considérée comme partiellement conservée ; la seconde instaure les injonctions de soins pour les auteurs d'infraction à caractère sexuel, resserre les liens entre psychiatrie et justice et donne naissance à une myriade de vocations de professionnels de santé criminologues avides d'apporter leur concours à la justice.

Des malades mentaux incarcérés plus nombreux

Sans que cela soit documenté de façon récente (la dernière enquête date de 2004), il suffit de se promener dans les coursives d'une prison ou de s'entretenir avec n'importe lequel des professionnels qui y exercent pour se convaincre que la proportion de malades mentaux incarcérés est non seulement très importante mais également en perpétuelle augmentation. À titre indicatif, le nombre moyen d'hospitalisations psychiatriques au départ de la prison de la Santé à Paris était de dix à douze par an au début des années 2010 ; il était autour de trentecinq, dix ans plus tard. Certes, des facteurs de politique de service participent de cette évolution mais ils ne sauraient à eux seuls expliquer cette explosion dont nous allons tenter d'explorer les origines.

Comme mentionné précédemment, le nouveau Code pénal de 1994 a remplacé l'article 64 de l'ancien Code pénal par l'article 122-1 qui contient deux alinéas. Le premier dispose qu'une personne dont l'état psychique ou neuropsychique abolit son discernement ou le contrôle de ses actes ne peut être tenue responsable pénalement, ce qui n'est qu'une reformulation moderne de l'article 64. Mais le second alinéa introduit une nuance dont il est vraisemblable que le législateur n'avait pas pris la mesure des conséquences sur le quantum des peines prononcées. Lorsque l'état psychique ou neuropsychique de cette personne au moment des faits ne fait plus qu'altérer le discernement ou entraver le contrôle de ses actes, elle reste pénalement responsable mais la juridiction doit en tenir compte au moment où elle détermine la peine et en fixe le régime. Cette distinction a largement contribué à augmenter le nombre de personnes malades incarcérées et la durée de leur peine. À cela, au moins deux explications.

Tout d'abord les experts psychiatres se sont rués sur ce second alinéa. Fourre-tout de la conclusion d'expertise, le « un peu malade mais pas trop » s'est rapidement imposé comme la solution la plus simple pour ne pas trancher. On a vu fleurir dans les expertises des recommandations de soins en prison, d'obligation ou d'injonction de soins à la libération avec, en filigrane, la notion d'une condamnation à vertu thérapeutique. Certains experts psychiatres se sont ainsi mis à recommander la prison, tout en développant la prise en charge à y mettre en place.

L

1

d

1

Ensuite, forts d'un diagnostic de maladie mentale favorisant le passage à l'acte, les tribunaux ont prononcé pour ces condamnés des peines dépassant celles qu'ils auraient prononcées s'ils avaient été jugés sains d'esprit, s'appuyant à la fois sur la défiance à l'égard des hôpitaux psychiatriques incapables d'empêcher les malades de s'enfuir et sur le développement des soins en milieu pénitentiaire, garantissant ainsi le traitement et l'enfermement.

L'évolution de la prise en compte des victimes au cours du procès pénal participe également à l'inflation de l'incarcération des malades mentaux. Longtemps laissées de côté, sinon méprisées, les victimes d'infractions pénales ont eu, pendant de nombreuses années, peu d'influence sur le prononcé des peines. La justice se faisant entre un procureur garant de l'ordre public, un accusé et un magistrat disant la justice. Mais la reconnaissance de la souffrance des victimes s'est progressivement imposée, elle a fini par modifier la fonction même de la justice. La peine prononcée n'a plus seulement la vocation de rétablir l'autorité du droit mais également de réparer les victimes d'infraction, en consacrant leur souffrance. Le prononcé du non-lieu semble annuler non pas l'infraction mais sa victime, de la même façon que l'énoncé de l'article 64 commençant par « il n'y a ni crime ni délit » paraissait faire disparaître l'acte et non la volonté de son auteur de le commettre. Il ne peut y avoir d'infraction quand l'acte déraisonné empêche d'engager la responsabilité de son auteur. La reconnaissance de l'irresponsabilité pénale entraîne l'absence d'infraction et il ne peut y avoir condamnation sans infraction. Or, depuis plusieurs années, il semble que la réparation d'un préjudice et le dépassement d'un traumatisme ne puissent s'envisager sans la désignation d'un responsable. Ainsi, la justice, craignant de se voir reprocher de négliger les victimes, s'est-elle dotée d'une mission thérapeutique et entretient l'idée qu'il n'y a pas de restauration psychique sans condamnation. Elle condamne non plus tant pour dire le droit que pour permettre aux victimes de se réparer.

La prison, un lieu de soin?

La paupérisation de la psychiatrie publique contribue également à l'augmentation de l'incarcération des malades mentaux. Le nombre de lits d'hospitalisation ne cesse de décroître depuis des décennies,

réduisant la durée de séjour des patients. Or la psychiatrie est une spécialité qui demande du temps. Il faut des mois pour guérir d'une dépression et par-

Criminologie et contrôle social sont les nouveaux astres de la psychiatrie

fois des années pour stabiliser et apaiser un malade psychotique. La réduction drastique des places contraint les professionnels de santé à réduire les temps de séjour hospitalier et à faire sortir des patients à peine stabilisés et toujours très fragiles. De nombreux malades dans une situation sociale très précaire finissent à la rue sans ressources. Amenés à pratiquer une délinquance de survie, ils se retrouvent fréquemment en comparution immédiate, jugés pour des faits qui ne sont pas forcément directement en rapport avec leur maladie mais avec la désocialisation et l'appauvrissement qu'elle engendre. Il faut assister à des comparutions immédiates pour croire ce qui s'y joue. Jugements à la chaîne en un temps très court, succession d'avocats commis d'office n'ayant pas le temps d'étudier le dossier, enquêtes de personnalité bâclées ne permettant pas de mettre en évidence une pathologie mentale, magistrats désabusés et lassés de voir comparaître certains délinquants d'autant plus multirécidivistes qu'ils sont malades et incapables de retrouver un semblant d'équilibre en sortant d'une peine de prison qui vient immanquablement sanctionner l'affaire jugée. Car l'incarcération semble être la seule peine que beaucoup de magistrats soient en mesure de prononcer, même pour de très grands malades, soit parce qu'ils ne se sont pas donné le temps de repérer le trouble psychique, soit parce qu'ils sont convaincus que la prison est un lieu de soin comme un autre, sans avoir la moindre idée des conditions de détention en France.

Enfin, la pratique de la psychiatrie a fondamentalement évolué depuis le courant qui a donné naissance à la politique de secteur. Les neurosciences ont pris le pas sur une discipline au service de l'individu, de son environnement social et affectif. Criminologie et contrôle social sont les nouveaux astres de la psychiatrie qui indiquent le nord. Depuis une vingtaine d'années, de nombreux psychiatres se sont mis

au service du maintien de l'ordre, d'une société avide de sécurité et du risque zéro. Pour ceux-là, il ne s'agit plus de soulager la souffrance du malade mais de rendre conforme et inoffensif un élément dangereux dont il faut se prémunir. Certes, il existe encore de nombreux endroits où la personne est au centre de la prise en charge mais, pour beaucoup, si l'on veut bien encore s'occuper des fous, il faut qu'ils soient obéissants, sinon honnêtes. Il est un homme à Paris, au lourd passé psychiatrique, hospitalisé au long cours pendant son adolescence, qui a été incarcéré huit fois entre 2019 et 2021, a comparu dix fois devant la chambre correctionnelle, a été hospitalisé également huit fois, magistrats et psychiatres se renvoyant la responsabilité de son état, la justice préconisant des soins et les psychiatres réclamant son incarcération.

Le sens de la peine

Les prisons françaises regorgent de très grands malades mentaux. Elles sont parfois le théâtre de scènes dignes de l'asile de la fin du XIXº siècle. Cellules grottes où s'amassent objets et détritus alimentaires, rideaux suspendus aux barreaux de la fenêtre pour que la lumière grise devienne une pénombre jaune sale dans une atmosphère pestilentielle. Homme accroché aux barreaux de sa fenêtre, vociférant nuit et jour. Individu demi-nu, pantalons à mi fesses, bavant et criant dans les couloirs, se masturbant en cour de promenade ou badigeonnant ses excréments sur les murs de sa cellule. Il faut lire le livre de Catherine Herszberg, Fresnes, histoires de fous¹, pour comprendre quelle population accueillent les prisons françaises. Mais plutôt que de se féliciter de l'engagement et du professionnalisme des équipes psychiatriques qui y exercent, il faut s'interroger sur les mécanismes qui font que de telles personnes puissent être incarcérées et se demander quel sens peut avoir la peine, pour elles2. L'état psychique au moment des faits ne saurait être le seul critère à retenir pour prononcer une peine de prison. Il faut également que la personne soit accessible à la sanction pénale, que la peine ait un sens pour elle, qu'elle puisse s'en saisir pour travailler son retour à la vie libre. Un vieil homme totalement responsable de ses actes au moment des faits peut avoir

^{1.} C. Herszberg, Fresnes, histoires de fous, Seuil, 2006.

^{2.} Thierry Jean (dir.), * Faut-II juger et punir les malades mentaux criminels ? *, Journal français de psychiatrie (JFP), n° 13, Érès, 2009.

développé au moment du procès une maladie d'Alzheimer. Faut-il l'envoyer en prison ? Quel sens revêtira la peine pour lui ? Sera-t-elle utile à la société ? Ce sont aussi ces gens que l'on croise en prison.

∮et du

nce du

ereux

droits

coup,

béis-

chia-

a été

.nt la

agis-

stice

m.

IUX.

du

en-

ila ère

ant on-

de

ire

ue

es

es

n-

lu

21

le

æ

Certains courants psychiatriques ont longtemps soutenu l'idée que la condamnation et l'incarcération des malades mentaux recouvraient une dimension thérapeutique car elles représentaient une confrontation à la réalité et permettaient aux intéressés d'être considérés comme des citoyens à part entière. Mais c'est méconnaître les conditions de détention en France, les effets délétères de la surpopulation carcérale, le règne de l'arbitraire, la violence potentielle de l'ensemble des acteurs, personnes détenues bien sûr mais également surveillants, médecins, avocats, enseignants... par la possibilité qu'ils ont d'abuser de leur pouvoir. La prison est un catalyseur, elle majore toutes les pathologies et toutes les souffrances, elle est le lieu de toutes les violences, au point qu'envisager de s'y suicider ne saurait être à coup sûr le signe d'une pathologie mentale. Telle qu'elle existe aujourd'hui, la prison rend les gens plus pauvres, plus malades et plus esquintés qu'à leur arrivée. Loin d'être un outil de la réinsertion, elle est une fabrique de la récidive.

La psychiatrie en prison, un pari dangereux

La pratique de la médecine en prison, et sans doute de la psychiatrie plus encore, est un exercice de funambule où l'on s'expose à chaque instant à basculer ou, plus sournoisement, à glisser dans l'abus de pouvoir.

Exercer la psychiatrie en prison, ce devrait être afficher la volonté de proposer des soins ambulatoires de la même qualité qu'à l'extérieur, sans jamais se servir de la captivité pour forcer les patients à se rendre à leur consultation ou pour vérifier la bonne prise du traitement, pouvoir qui n'existe pas dehors. Pratiquer l'écoute et le conseil bienveillant, tenter de responsabiliser et de considérer les personnes malades pour leur permettre de s'approprier leur pathologie ou leur souffrance afin que, une fois dehors, elles puissent poursuivre les soins volontairement. Ne pas faire mieux qu'à l'extérieur, sous prétexte qu'on sait où trouver les personnes malades. Accepter qu'elles cessent leur traitement en les informant du risque de rechute et ne pratiquer la contrainte que lorsque la loi nous y oblige : un état pathologique tel que la personne est suscep-

tible de s'en prendre aux autres ou à elle-même. S'efforcer au quotidien de respecter l'éthique et la déontologie médicale, répondre à chaque sollicitation par un courrier, informer chacun de la date de la prochaine

(Ne jamais accepter que les murs de la prison se substituent aux murs de l'hôpital)

consultation, se lever de sa chaise pour aller au-devant des patients et les raccompagner, fixer des rendez-vous plutôt que convoquer, s'excuser d'annuler une

rencontre plutôt que de la reporter au lendemain sans prévenir, au motif que le patient est là à disposition. Ne jamais accepter que les murs de la prison se substituent aux murs de l'hôpital. Mais c'est aussi être attentif à ses réactions de contre-transfert négatif, à ses attitudes de rejet qui pourraient conduire à des comportements inadaptés, se surveiller sans cesse pour repérer les inévitables tendances à dériver de ses objectifs initiaux, tant la prison est un milieu de violence qui incite à endosser tantôt le rôle de l'avocat, tantôt celui du procureur.

De la même façon que lorsque, en sortant de l'eau, à la plage, on est surpris de constater qu'un courant latéral imperceptible nous a éloigné de notre serviette qu'on croyait à portée de vue, il faut sans cesse se méfier des courants insidieux susceptibles de nous éloigner de nos objectifs initiaux. C'est bien cette dérive qui menace l'ensemble des professionnels exerçant en prison.

Malheureusement, confusion des rôles, conditionnement du soin au comportement de l'individu quand ce n'est pas aux actes à l'origine de l'incarcération, connivence entre personnel soignant et surveillants, jugements de valeur, entretiens portes ouvertes en présence du personnel pénitentiaire, conduite méprisante ou infantilisante sont des pratiques trop fréquentes et si peu dénoncées.

Surveiller et punir, une maladie contagieuse?

Bon objet par excellence car se consacrant à la santé et au bienêtre, le médecin attend de son patient qu'il se montre obéissant, docile, soumis et reconnaissant. C'est aussi ce à quoi aspire l'administration pénitentiaire avec les personnes détenues (sans toutefois prétendre à la reconnaissance). Ainsi une attente commune crée-t-elle la confusion dans les tâches et il n'est pas rare de voir les médecins s'approprier les moyens sinon les missions de l'administration pénitentiaire. C'est ainsi que, pendant le premier confinement, des médecins ont pris la décision d'interdire aux personnes placées en semi-liberté (aménagement de peine permettant d'être incarcéré la nuit mais de sortir le jour) de profiter de l'heure de sortie accordée à toute la population confinée, sous prétexte qu'elles risquaient de ne pas rentrer et de contribuer ainsi à la propagation du virus.

lien

que

iine

aise

ents

des

vo-

ıne

otif

e la

ıtif

qui

ıns

:ifs

ser

oη

ns

de

ıle

in 1e

lυ

ıt

Les soins sous contrainte en détention, les injections forcées, les préconisations de mise en pyjama au quartier disciplinaire ou de placement en cellule d'isolement (outils réservés à l'administration pénitentiaire pour lutter contre le suicide) sont légion et créent la confusion entre soigner et punir³.

Les rapports du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) foisonnent d'exemples de psychiatres utilisant la contrainte morale et physique pour soigner les prisonniers, le cas du centre pénitentiaire de Château-Thierry (Aisne) étant sans doute le plus emblématique. On peut y lire que des injections sont faites en toute illégalité et sans même que la personne ait rencontré un médecin. De nombreuses personnes détenues craignent les psychiatres et pensent qu'ils dirigent l'établissement. Le rapport conclut que l'exercice de la psychiatrie au centre pénitentiaire de Château-Thierry est plus coercitif que soignant et contraire à la déontologie médicale. C'est l'exclusion au carré.

Le mauvais traitement des détenus à l'hôpital

Malheureusement, ces mauvais traitements ne sont pas l'apanage des professionnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire. Lorsqu'un prisonnier présente des troubles tels qu'il doit être hospitalisé, son psychiatre doit en première intention l'adresser à une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), service psychiatrique prévu par la loi de programmation et d'orientation de la justice de septembre 2002, implanté au sein d'un établissement public de santé et entouré d'une enceinte pénitentiaire. Ces unités ont vocation à prodiguer aux personnes détenues des soins de la même qualité que ceux existant en milieu libre. Elles contribuent cependant à normaliser la présence des

^{3.} C. Canetti, « Surveiller et punir, une maladie contagieuse ? », dans Isabelle Fouchard et Daniele Lorenzini (dir.), Sociétés carcérales. Relecture(s) de Surveiller et punir, Mare & Martin, « Collection de l'Institut des sciences juridique et philosophique de la Sorbonne », novembre 2017.

malades mentaux en prison, constituant un pas supplémentaire vers le retour à l'hôpital général au point que, lors de leur création, un sénateur a suggéré qu'elles permettent la suppression du principe d'irresponsabilité pénale, des établissements de santé existant désormais en milieu pénitentiaire. Au nombre de neuf actuellement, elles devraient être dix-sept au terme de la seconde tranche de construction prévue par la loi.

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) déplore que, dans certaines d'entre elles, le placement en chambre d'isolement soit systématique en début de séjour et regrette que les admissions en urgence ne soient pas toujours possibles, ce qui oblige les établissements pénitentiaires à conserver entre leurs murs, parfois pendant plusieurs semaines, des personnes en état de crise. Lorsque aucune place n'est disponible, l'autre possibilité consiste en une hospitalisation en service de secteur classique sur décision préfectorale, comme c'était la règle avant l'avènement des unités hospitalières spécialement aménagées. L'accueil réservé aux personnes détenues hospitalisées est alors plus souvent sécuritaire que sanitaire, les responsables du service se sentant soudain investis d'une mission de garde pénitentiaire. Éviter l'évasion devient alors la priorité, au détriment du soin et du respect de l'individu. Le recours à la chambre d'isolement, à l'injection sous contrainte, voire à la contention est régulièrement dénoncé par les patients. Les abus de pouvoir peuvent être sans limite, à tel point que, dans un service psychiatrique renommé de la capitale, un tout jeune détenu, dont l'état clinique au terme de la prise en charge était jugé tout à fait satisfaisant et dont le retour en prison était envisagé, s'est vu infliger, pour un simple comportement d'opposition, une injection et la contention, la responsable de service revendiquant le droit d'user de la contrainte librement tant que la mesure d'hospitalisation n'était pas levée par la préfecture.

On le voit, la vague libertaire de la psychiatrie centrée sur le bienêtre de l'individu a fait long feu face au reflux sécuritaire qui l'a renvoyée dans les cordes du maintien de l'ordre et du contrôle social. Dans ce contexte se pose la question de savoir à quoi ont contribué ceux qui, comme moi, se sont engagés pendant un quart de siècle pour améliorer l'accès aux soins en prison. N'était-ce pas dîner avec le diable que de défendre l'idée que le soin est possible partout, même dans les endroits les plus coercitifs et les plus déshumanisés ? En respectant le principe que la prison n'est qu'un lieu de privation de liberté, les soins ne devraient-ils pas simplement se dérouler hors les murs, chaque prisonnier étant extrait de la prison pour consulter en milieu libre? Bien évidemment, cette suggestion n'est que pure utopie mais peut-être cette utopie devrait-elle être le cap inaccessible que se fixe chaque professionnel de santé exerçant en détention.

Car, à punir les fous en les emprisonnant et en prétendant aller les soigner là où il ne s'agit que de cautériser une jambe de bois, en dehors de toute considération humanitaire, notre société avide de sécurité se trompe de cible. Nous ne pourrons faire l'économie d'une réflexion à long terme sur le sort que nous voulons réserver aux malades mentaux, l'approche actuelle, répressive et sécuritaire étant de toute évidence contre-productive.

Cyrille CANETTI



e vers

n, un

d'ir-

mais

elles

truc-

LPL)

mbre

ie les

blige

rfois sque

ospirale, spéospi-

ponarde nent soleèresans le la rise son porensure

enial,
oué
our
le
me
esité,

Retrouvez le dossier « Justice et prison » sur www.revue-etudes.com