



Prison et psychiatrie : à la difficile recherche d'un équilibre entre sanitaire social et judiciaire

Senon Jean Louis¹, Lafay Nicolas, Papet Nathalie, Manzanera Cyril

Grande oubliée de la démocratie depuis la réforme Armor de 1947², la prison a rarement a rarement autant été sous le feu de l'actualité avec, dans le sillage de la sortie du livre de Véronique Vasseur³, deux rapports parlementaires : celui du Sénat présidé par Jean Jacques Hyst et ayant comme rapporteur Guy Pierre Cabanel⁴ et celui de l'Assemblée Nationale, présidé par Louis Mermaz et ayant comme rapporteur Jacques Floch⁵.

Il est important de noter que le regard jeté sur la prison a été d'emblée très centré sur les problèmes de santé : le témoignage d'un médecin a révélé l'insupportable, comme si un des droits les plus élémentaires de notre démocratie était celui de l'accès aux soins dans le respect de la dignité du détenu-malade⁶. Le problème des soins médicaux, tels qu'ils ont été mis en place par la loi du 18 janvier 1994⁷, semble être cependant quelque peu passé au second plan derrière celui de l'intervention psychiatrique : nombre de détenus ne seraient-ils pas en fait des malades mentaux récusés par les hôpitaux et l'insupportable de la prison ne trouverait-il pas sa source dans l'évolution de l'hôpital psychiatrique ? Les travaux parlementaires pourraient sûrement être lus dans ce sens. Le rapport Cabanel évoque ainsi « la prison-hôpital » pour les toxicomanes, « la prison-asile... dernier maillon de la chaîne pour accueillir les malades mentaux », ou encore la « prison-hospice » quand il constate que les détenus de plus de 60 ans sont cinq fois plus nombreux qu'il y a 20 ans. Il insiste sur la « mission impossible » de la prison face aux mineurs devant lesquels les intervenants, notamment psychiatriques, sont démunis. Le rapport Floch rappelle que 10% des entrants en prison déclarent avoir eu un suivi psychiatrique, que les médecins indiquent que 30% des détenus avaient des antécédents psychiatriques et que la moitié d'entre eux ont des troubles psychologiques. Le rapport Floch met directement ces constatations en rapport avec le fait que le nombre de cas d'irresponsabilité en application de l'article 122-1 est « extrêmement faible et toujours en baisse régulière », en rappelant que tout un courant de la psychiatrie considère « qu'il est thérapeutique de responsabiliser les patients souffrant de troubles mentaux ». Pour les rapporteurs, on « confère ainsi à la prison une vocation asilaire que l'hôpital psychiatrique n'a plus ».

Ces constatations posent le problème du difficile équilibre dans une société démocratique entre les champs sociaux, sanitaires et judiciaires, mais aussi celui de pressions démocratiques contradictoires. Il est indispensable de réfléchir à la confrontation des courants d'idées qui agitent notre société républicaine, qui tout à la fois, se fait le porte-drapeau de la défense des libertés individuelles (elle s'en prend alors à une psychiatrie qui « interne le malade mental ») et développe dans le même temps un discours sécuritaire qui identifie le délinquant au malade

¹ Professeur de Psychiatrie et de Psychologie médicale, Université de Poitiers, ancien médecin chef du SMPR de Poitiers

² Amor P. (1947) : La réforme pénitentiaire en France, Rev. Sci. Crim., 1, 1-30

³ Vasseur Véronique (2000) : Médecin-chef à la prison de la santé, Le Cherche Midi

⁴ Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, Président : Jean Jacques Hyst, Rapporteur : Guy Pierre Cabanel

⁵ Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation des prisons françaises, Président : Louis Mermaz, Rapporteur : Jacques Floch

⁶ Gonin D. (1991, 2000) : La santé incarcérée, l'Archipel

⁷ Senon J. L. (1998) Réglementation et structure de l'intervention psychiatrique en milieu pénitentiaire, Revue de science criminelle et de droit pénal comparé, 3, 509-522

mental et le contraint aux soins, autant d'injonctions paradoxales qui agitent actuellement la psychiatrie publique⁸.

Un débat indispensable peut se faire sur la base de plusieurs questions :

- Quelle a été l'évolution des hôpitaux psychiatriques durant ces deux dernières décennies, notamment en ce qui concerne la prise en charge des psychotiques ?
- Existe t'il une réelle augmentation des détenus présentant des troubles mentaux dans les prisons françaises ou ne constate t'on pas plutôt une demande accrue d'intervention des équipes psychiatriques vis à vis de détenus présentant des troubles du comportement situationnels en dehors de toute pathologie ?
- Qu'en est-il de la diminution de l'application de l'article 122-1 du Code pénal ?
- La réforme de la loi de 1994, qui rapproche par des conventions hôpital et prison, est-elle opérante ?
- Comment punir et soigner tout à la fois ?

1. L'évolution des pratiques psychiatriques va dans le sens de la pression démocratique en incitant à une diminution des hospitalisations en psychiatrie

1.1. De l'hôpital-asile à la décentralisation des soins : la création du secteur de psychiatrie publique

La politique de santé mentale a connu en effet bien des évolutions depuis la mise en place de la loi du 30 juin 1838 qui a été à l'origine de la création des « asiles d'aliénés » en établissant deux modalités d'hospitalisations contraignantes : le service fermé et le placement d'office. La loi de 1838 a été très liée dans sa genèse comme dans son fonctionnement au Code pénal de 1810 dont l'article 64 définissait l'irresponsabilité en rapport avec un état de démence au moment des faits⁹. Reconnaître l'auteur d'un crime comme dément au moment des faits au sens de l'article 64, imposait la création des asiles pour la mise en place de mesures d'internement ayant clairement un double objet : la mise en place des soins bien sûr, mais aussi le maintien durable du malade dans un lieu fermé (para-carcéral) pour protéger la société. C'est ainsi que le siècle qui a suivi l'application de la loi de 1838 a été marqué par un concept thérapeutique qui a eu la vie dure, celui selon lequel « l'isolement seul guéri »¹⁰, avec comme corollaires la contention et la clinothérapie. Il faut remarquer que les psychiatres ne disposaient en thérapeutique d'aucun médicament actif et que seules les méthodes physiques pouvaient atténuer les troubles comportementaux secondaires à la maladie mentale. Dans les années 1950, c'est la conjonction de la sortie de psychotropes actifs (neuroleptiques et antidépresseurs) mais aussi du poids des courants sociaux et politiques de désinstitutionnalisation de l'après guerre qui a définitivement brisé la représentation de « l'hôpital-asile » comme lieu de soins par la contention¹¹. C'est l'époque de la prise en compte de l'aliénation secondaire à l'hospitalisation prolongée et du développement de la

⁸ Senon J. L., Richard D. (1999) : Punir ou soigner : histoire des rapports entre psychiatrie et prison jusqu'à la loi de 1994, Revue Pénitentiaire et de Droit Pénal, 1, Janvier-Mars 1999

⁹ Senon J.L. (1998) : Histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, de Pinel à la loi du 18 janvier 1994, Ann Med Psychol, 1998, 156, 3, 161-178

¹⁰ Reynaud M., Gallot A. M., Lefèvre L. (1999) : La politique de santé mentale en France, in Kovess V., Lopez A., Pénochet J. C., Reynaud M. : Psychiatrie années 2000, Flammarion, Médecine-Sciences

¹¹ Palazzolo J., Lachaux B., Chabannes JP. (2000) : Isolement, contention et contrainte en psychiatrie, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, Masson

déchronicisation et de la resocialisation dans les hôpitaux psychiatriques. En 1960, la création du secteur de psychiatrie dotait notre pays d'un instrument thérapeutique moderne et original visant à apporter des soins au plus près du domicile du patient en assurant aussi une mission de prévention. Il s'agissait bien dans l'esprit des pères fondateurs du secteur, qu'ils soient psychiatres des hôpitaux ou responsables du ministère de la Santé, de décentrer la mise en œuvre des soins de l'hôpital psychiatrique vers des structures communautaires de proximité pouvant proposer à tous, d'un département à l'autre, des soins d'égale qualité¹².

1.2. La pression démocratique, matérialisée par l'incitation réglementaire, va dans le sens de la diminution de l'hospitalisation temps complet

La dimension partenariale du travail de secteur psychiatrique a été très vite affirmée jusqu'à la circulaire du 14 mars 1990, rappelant les orientations générales de la politique sanitaire en santé mentale : travail partenarial, notamment avec le champ social, délocalisation du travail psychiatrique dans les institutions socio-éducatives, recherche d'alternatives multiples à l'hospitalisation à temps complet... Il s'agit bien de faire de l'hospitalisation à temps complet l'exception au profit de toute alternative de soins ambulatoire avec incitation au développement d'actions partenariales notamment avec le champ social.

La dernière circulaire du 14 mars 1993 sur la planification hospitalière en psychiatrie établit clairement les grands objectifs pour une décennie :

- Développement de l'extra-hospitalier (au détriment de l'intra-hospitalier et notamment de l'hospitalisation à temps complet qui voit son nombre de lits diminuer et une incitation à la limitation de la durée de séjour),
- Développement des programmes de réhabilitation et de réinsertion sociale,
- Intensification de la psychiatrie à l'hôpital général,
- Meilleures prises en charges des enfants et adolescents,
- Rééquilibrage des moyens dans le département comme dans la région sanitaire.

La loi du 27 juin 1990 qui réforme la loi de 1838 est aussi le témoin de ces orientations en se situant d'emblée comme loi de protection du malade mental hospitalisé (à l'encontre des internements arbitraires...) ¹³. Claude Evin, alors ministre de la santé, présentait le projet de loi en avril 1990 en rappelant ses deux objectifs :

- Promouvoir les libertés publiques dans le domaine particulièrement sensible des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux. Comme le soulignent Jérôme Palazzolo et Bernard Lachaux, il s'agit bien là d'une volonté politique de limiter le poids de l'hospitalisation publique, notamment sous la contrainte, dans la mesure où plusieurs enquêtes avaient bien souligné que les placements abusifs étaient exceptionnels dans les hôpitaux publics. ¹⁴
- Harmoniser la législation française avec les recommandations du Conseil de l'Europe qui réaffirmaient, là aussi, la primauté de la liberté individuelle.

En se déterminant comme protectrice des droits du malade, la loi de 1990 met en œuvre tout un dispositif pour limiter l'hospitalisation sous la contrainte : double certificat initial, certificat de 24h, contrôle par la commission départementale des hospitalisations... Ces orientations sont bien celles de la politique sanitaire actuelle pour la psychiatrie et tout est fait

12 Fourquet F., Murard L. (1975) : Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible ?, Recherches, n° 17

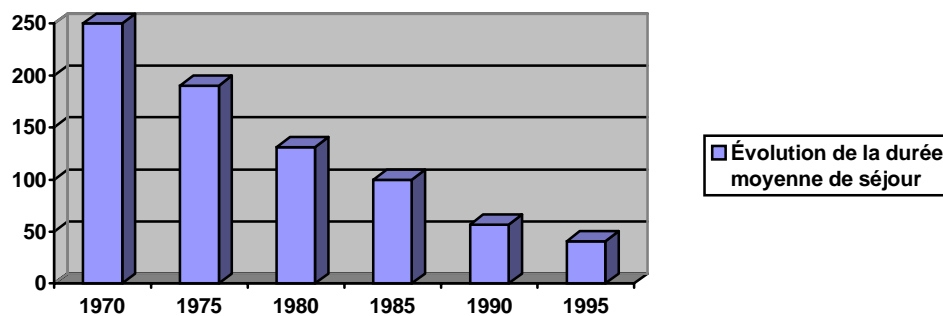
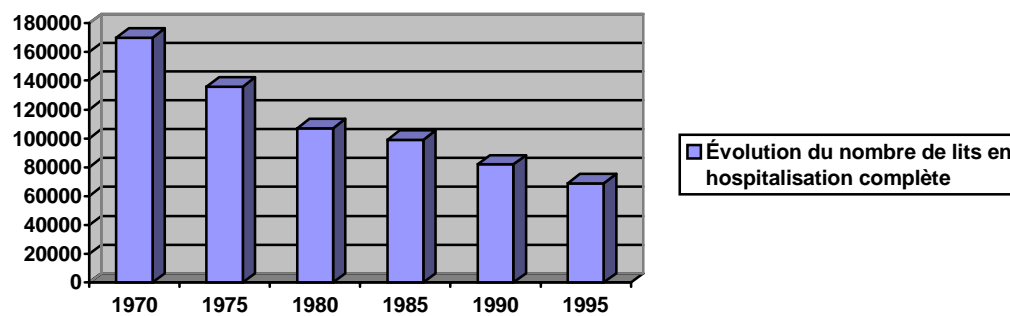
13 Giudicelli-Delage G. (1993) Regard sur la loi du 27 juin 1990, Forensic, 2, 23-27

14 Palazzolo J., Lachaux B., Chabannes J. P. : op cité

pour que la contrainte de l'hospitalisation à temps complet soit l'exception. Comme le rappelle Carol Jonas « seul un consentement de qualité permet des soins de qualité, ce consentement n'existe que chez le sujet responsable ». ¹⁵ Si tout est fait dans une nouvelle relation au patient pour l'amener à comprendre et donc accepter les soins, les laissés pour compte sont donc ceux qui sont trop instables et immatures pour s'inscrire dans une démarche de soins ou ceux dont la pathologie est en voie de constitution, quand le diagnostic n'est pas encore confirmé, dans cette période initiale de la maladie où le patient ne peut pas se reconnaître comme malade et s'astreindre à des soins.

Les chiffres confirment les effets de l'incitation réglementaire :

- Le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet est passé de 170.000 en 1970 à 69.000 en 1995, la capacité moyenne en lits de chaque secteur, de 94 lits en 1989 à 69 lits en 1995,
- Plus encore, la durée moyenne de séjour en hospitalisation à temps complet est passée de 250 jours en 1970, à 86 jours en 1989, puis à 59 jours en 1995,
- Mais la part relative des hospitalisations à la demande d'un tiers est en augmentation de 8% en 1985 à 10% en 1995, celle des hospitalisations d'office restant stable à 2%. ¹⁶



1.1.3. Les commissions de réforme de la loi de 1990 proposent de rendre encore plus exceptionnelle l'hospitalisation sous la contrainte

Dès sa promulgation, la loi du 27 juin 1990 était prévue pour 10 ans et devait faire l'objet d'une réévaluation et d'une réécriture. Plusieurs commissions ont travaillé dans ce domaine ; elles sont composées de représentants syndicaux, politiques, des familles... Le groupe

¹⁵ Jonas C. (1994) : Entre consentement et contrainte, le poids des réformes, Forensic, 2, 28-31

¹⁶ Reynaud M. et al : op cité

national d'évaluation, en prenant notamment en compte l'absence de diminution de la part des hospitalisations à la demande d'un tiers, propose la suppression du critère de « trouble à l'ordre public » comme motif de l'hospitalisation sans consentement, la mise en place d'une observation supplémentaire de 72 heures, le développement des soins extrahospitaliers, le renforcement des droits des malades et l'alignement du régime en application de l'article D 398 CPP sur le droit commun..., autant de mesures visant à limiter fortement les hospitalisations en psychiatrie sous la contrainte.¹⁷

L'hôpital psychiatrique est donc bien depuis trois décennies mis en cause dans sa pratique comme disposant de trop de lits d'hospitalisation, ne développant pas assez les alternatives extra-hospitalières et utilisant beaucoup trop l'hospitalisation sous la contrainte. Il se trouve dans ce domaine en position d'accusé et la réglementation ne pourra qu'être plus rigoureuse pour limiter l'hospitalisation sous la contrainte des malades mentaux. Il ne faudra pas dans ce contexte s'étonner des difficultés pour faire hospitaliser un détenu-malade mental.

2. Une croissance des troubles mentaux en détention ne peut être niée, elle a comme témoin l'augmentation des incidents collectifs et individuels

La prison, comme tous les lieux fermés où la communication verbale est limitée, voit tout malaise individuel comme groupal s'exprimer par le passage à l'acte. L'administration pénitentiaire rend compte d'une partie de ces passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs dans son rapport annuel sous le sigle de « incidents collectifs et individuels en détention ». Même si les chiffres apportés sont discutés, surtout en ce qui concerne la définition différentielle d'une tentative de suicide, d'une automutilation et d'un simple incident, l'étude épidémiologique et clinique de ces passages à l'acte est un excellent témoin des psychopathologies pénitentiaires et du mal-être de l'institution carcérale. Seront ainsi abordés, suicides et tentatives, automutilations, grèves de la faim et agressions des personnels dont la croissance relative est préoccupante en dépit du dispositif de soins hospitaliers mis en place par la loi de 1994 qui n'a pas infléchi la croissance des passages à l'acte¹⁸.

2.1. Suicides et tentatives de suicide en augmentation

Une sur-suicidalité est toujours retrouvée en détention, en particulier dans les pays industrialisés. On se suicide quatre à onze fois plus en prison que dans la population générale dans l'ensemble des pays industrialisés : 103 suicides pour 100.000 (versus 16 pour 100.000 en population générale) en Grande Bretagne, 185 pour 100.000 au Canada et 340 pour 100.000 (versus 44 pour 100.000 en population générale) au Québec, souvent cité en exemple ! Ces constatations sont souvent expliquées par la réorganisation spatiale, temporelle et surtout relationnelle, d'autant que l'individu doit faire face à ce que lui renvoie sa mise en examen, et que sa personnalité est immature, fragile ou pathologique¹⁹. En France, la sursuicidalité pénitentiaire avait été soulignée dès les années 1960 par des auteurs comme P. Hivert ou J. C. Chesnais²⁰. N. Bourgoïn en étudiant l'ensemble des suicides dans les

¹⁷ Bourcet S., Tyrode Y. (1999) : Les modifications prévisionnelles de la loi de 90, *Forensic*, 1, 9-10 et Bodon-Bruzel, Godfryd M. : La loi du 27 juin 1990, Ces lois qui passeront le siècle, *Forensic*, numéro spécial 2000, 34-37

¹⁸ Senon J. L., Méry B., Lafay N. (1999) : Incidents collectifs et individuels en détention : étude des relations avec les psychopathologies pénitentiaires, *Ann. Méd. Psychol.*, 157, 7, 441-455

¹⁹ Bénézech M., Rager P. : (1987) : Suicide et tentative de suicide en milieu pénitentiaire, *Psychol. Med.* 145, 329-339

²⁰ Hivert P. : Psychiatrie en milieu carcéral, *Encycl. Med. Chir., Psychiatrie*, 37-889-A-10, 1982-1-6 et Chesnais : Le suicide dans les prisons, *Populations*, 1, 1976, 73-85

établissements pénitentiaires français entre 1982 et 1991 (soit 621 décès), tentait de dégager un profil du suicidant : jeune adulte (50% des suicidés ont entre 25 et 39 ans), célibataire et sans enfants (64%), homme incarcéré pour la première fois (64%) et souvent sans emploi (37%). Pour lui, la sur-suicidalité carcérale, corrigée en prenant en compte la sous déclaration en milieu libre, est égale à 4 sur la période de référence. Il constatait des différences notables par rapport au milieu libre dans le mode de perpétration du suicide : pendaison pour 92% des décès, suivies puis sections veineuses et artérielles (3%).²¹

A. Kensey²², dans une analyse de 404 suicides de 1992 à 1995, retrouvait 85% de décès en maison d'arrêt, le risque augmentant notablement dans deux cas : placement en cellule de punition et famille est très à distance. 91,6% de ces suicides étaient faits par pendaison, puis par automutilation et spoliation sanguine (2,7%), prise de toxiques (1,7%) et projection dans le vide (1,5%). Ces suicides impliquent essentiellement des hommes pour 94%, mais les femmes connaissent en fait une sursuicidalité dans la mesure où elles représentent 4% de la population pour 6% des décès. Les détenus âgés sont très exposés : différence de 44 points entre les 16-18 ans et les plus de 60 ans. Les étrangers sont plus exposés, la menace d'expulsion semblant majorer le risque. Les prévenus sont deux fois plus nombreux que les condamnés. Ils passent à l'acte souvent dans la période initiale de la détention, le risque diminuant par exemple lors de la période d'attente d'appel et se majorant en cas de rejet, après celui-ci. Sur le plan criminel, les suicides concernent surtout les crimes contre les personnes et les vols aggravés. Les détenus polytoxicomanes se suicident plus que le reste de la population pénale. De la même façon, le passage à l'acte suicidaire est annoncé par des incidents en détention plus fréquents dans les jours précédant le passage à l'acte : évasions (facteur 14), automutilations (facteur 6), et grèves de la faim (facteur 3). Les passages à l'acte sont à redouter chez les individus vulnérables, le plus souvent incarcérés pour la première fois, très culpabilisés, dans les premiers jours de la détention ou à chaque événement de la procédure qui la rythme, comme en cas de dislocations familiales ; ils sont à prévenir notamment chez les plus de 60 ans, en particulier quand ils sont impliqués dans une criminalité sexuelle. Une attention est à porter à ceux qui ont déjà fait des tentatives, les suicides réussis étant souvent marqués par des passages à l'acte antérieurs répétitifs.

Le nombre de suicides et de tentatives augmente depuis 1992 dans l'ensemble des établissements pénitentiaires. Le taux de suicides est passé de 12,5 pour 10 000 en 1990 à 19,6 en 1995, 26,2 en 1996 et 21,5 en 1996 (tableau 3). Les tentatives de suicide connaissent une progression continue : 79 pour 10 000 en 1990, 125 en 1995, 157 en 1996 et 176 en 1997. Parallèlement, la population pénale passait de 47 252 en 1990 à 58 054 détenus en 1997. Cependant, comme le rappelait en 1992 N. Bourgoïn, il faut se garder de faire l'unique corrélation entre surpopulation carcérale et tentatives de suicide : les facteurs sont multifactoriels et il est bien connu en milieu carcéral que la proximité des détenus limite aussi les risques de passage à l'acte (le suicidaire est « doublé » ou « triplé »), de même que l'isolement en particulier en cellule de punition les majore.

Les chiffres du rapport de l'administration pénitentiaire qui prend en compte l'année 1997 méritent peut-être d'être détaillés : 125 détenus dont 4 femmes (76 prévenus, 49 condamnés) se sont donné la mort (96 par pendaison, 13 par ingestion de médicaments, 7 par « étouffement » et 5 par mutilation). L'augmentation des suicides par intoxication médicamenteuse est préoccupante, passant de 5 décès en 1995 et 1996 à 13 en 1997. Diverses hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette augmentation : la disparition de la « fiole » depuis 1995, qui imposait une dilution ou une fragmentation du médicament, la responsabilisation partielle

²¹ Bourgoïn N. : Le suicide en prison et en liberté, situations comparées, Revue française des Affaires sociales, 1992, 161-172

²² Kensey A., Guillonnet M. : Éléments statistiques pour l'étude de la santé en milieu carcéral, XXXI^{ème} congrès français de criminologie, 1996, Dijon

du détenu dans la gestion des médicaments qui lui sont prescrits, une prescription réalisée en détention comme en milieu libre par des médecins hospitaliers encore peu informés des singularités du milieu carcéral, mais aussi une carence dans l'accueil et le dépistage des détenus particulièrement exposés dans les maisons d'arrêt. Le recours, encore trop fréquent en dépit des incitations réglementaires, à l'isolement où à la cellule de punition est aussi retenu. La vulnérabilité particulière de certaines catégories de détenus plus souvent incarcérés est soulignée : les 18-30 ans représentent près de 40% des suicides, les premiers temps de la détention chez les prévenus comme chez les condamnés sont sur-représentés (le suicide a lieu moins de trois mois après l'incarcération pour 32 prévenus et 17 condamnés), ce qui laisse penser qu'un trouble de l'adaptation précoce devrait faire l'objet d'une prévention et d'une prise en charge la plus précoce. Pour la même année 1997, l'administration pénitentiaire dénombre 1022 tentatives de suicide, contre 827 en 1996 et 680 en 1995. Contrairement aux suicides réussis, elle fait part égale entre prévenus et condamnés (520 prévenus pour 502 condamnés). La tentative a été réalisée par pendaison dans un tiers des cas et ingestion de médicaments dans 25% des cas. La même augmentation des intoxications médicamenteuses est constatée et suscite les mêmes interrogations.

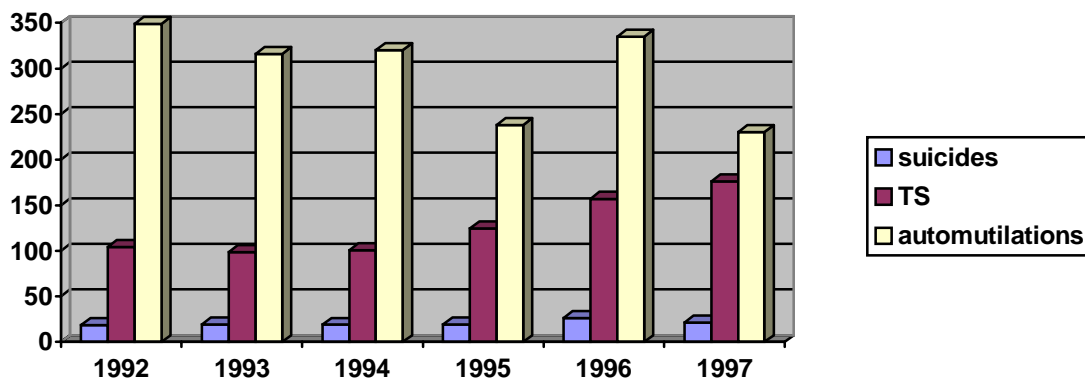


Tableau 3 : Evolution des suicides, TS, automutilations avant et après la réforme de 1994 (taux pour 10.000) (source : rapports annuels de l'administration pénitentiaire)

2.2. Automutilations

Les automutilations sont des événements fréquents en détention. Elles sont en règle le fait de personnalités pathologiques, le plus souvent de jeunes détenus, présentant des troubles limites de la personnalité psychotiques ou à expression psychopathiques, ou des personnalités narcissiques. L'automutilation est un geste qui attente à l'intégrité corporelle, le corps est mutilé, ouvert et livré au regard de l'autre, le lac de sang étalé, effraction dont l'autoagressivité n'a d'égale que l'agressivité projetée. La violence de l'acte, le refus de prise en compte des invalidations secondaires possibles, l'absence apparente de douleur cutanée comme muqueuse et la froideur de certains passages à l'acte bousculent les soignants quand ils pénètrent dans la prison. Ceux-ci ne manquent pas de remarquer la singulière diminution de la tension intérieure qui suit le passage à l'acte, moment où la relation soignant-soigné permet, grâce à l'apaisement, un début de mise en mots.

Dans l'enquête d'A. Kensey, les automutilations sont en régression dans la prison mais restent à des taux élevés aux alentours de 320 pour 10 000. Elles sont réalisées par phlébotomie (90,2% des cas), ingestions de corps étrangers (4,7%), ingestions de produits toxiques (2,2%). Les motifs apparents retrouvés par l'enquête sont constitués par une rupture familiale (18%),

une intolérance à la détention (16,8%), ou en rapport avec le climat relationnel de la détention (15,5%).

En 1997, l'administration pénitentiaire fait état de 1337 actes d'automutilation, soit une diminution constante depuis 1995 qui en comptait 1786. On peut cependant penser que certaines automutilations, déterminées en tant que telles par les pénitenciers avant 1994, sont actuellement déclarées tentatives de suicide du fait du regard des soignants.

Les phlébotomies sont le tableau le plus fréquent : section veineuse, le plus souvent sur l'avant bras gauche chez le droitier, parfois au pli du coude ; si elles sont le plus souvent sans conséquences sur le plan chirurgical, il faut redouter chez certains des sections artérielles, nerveuses et surtout tendineuses qui peuvent être durablement invalidantes. Les amputations (phalanges, orteils, lobules de l'oreille...) ont une connotation d'agressivité projetée : l'organe mutilé est livré au magistrat ou au chef de détention. Ces actes ne sont pas uniquement le fait de personnalités psychopathiques ; elle se rencontrent aussi sur des personnalités narcissiques, psychotiques ou éventuellement même paranoïaques.

Les personnalités borderline, prépsychoses préoccupantes en détention sont souvent à l'origine de mutilations encore plus spectaculaires : ouverture de la paroi abdominale avec mise à jour du péritoine, sutures des paupières ou de la bouche, perforations des masses musculaires par des objets... L'ingestion de corps étrangers est moins fréquente mais peut être tout aussi spectaculaire chez les « avaleurs ». Cependant dans la plupart des cas l'ingestion se fait avec des lames de rasoir encore emballées ou des aiguilles ; quelques soient les caractéristiques de l'ingestion, elles nécessitent une surveillance médico-chirurgicale stricte et une évaluation psychologique attentive. Nombre de détenus ayant réussi un suicide ont été à un moment considérés comme automutilateurs.

2.3. Grèves de la faim

Les grèves de la faim voient leur fréquence diminuer en détention sûrement au profit de passages à l'acte plus violents. Leur taux est passé de 380 pour 10 000 en 1985 à 227 en 1990 et 143,7 en 1995. Les refus d'alimentation sont rarement le fait de malades mentaux, elles sont réalisées pour exercer une pression sur l'autorité judiciaire, pénitentiaire ou politique²³. Cependant il faut être attentif à la dynamique qui se crée à cette occasion, triangulation du conflit entre autorité, sujet et tiers soignant, celui-ci pouvant être utilisé sans en mesurer les conséquences comme A. Tatossian et D. Glezer ont su le démontrer, le groupe social majorant l'angoisse de mort²⁴. D. Glezer retrouvait dans son étude réalisée aux Beaumettes à Marseille parmi les motifs avancés : une proclamation d'innocence (64%), la lenteur de la procédure (26%), une condamnation trop lourde (8%) et des revendications pénitentiaires (17%).

En 1997 l'administration pénitentiaire a comptabilisé 957 grèves de la faim. Parmi celles-ci, 40% ont été menées sur plus de 20 jours et elles concernent dans 60% des cas des prévenus.

2.4. Agressions envers le personnel

Les agressions envers le personnel travaillant dans les établissements pénitentiaires connaissent aussi une augmentation notable. En 1997 l'administration pénitentiaire dénombrait 215 agressions de membres du personnel ayant été à l'origine d'un arrêt de travail. Ces agressions sont en augmentation de 70% par rapport à 1996. Elles sont réalisées à part égale par des prévenus en maisons d'arrêt et des condamnés dans des établissements pour peine. Un nombre restreint de ces agressions sont réalisées par des psychotiques méconnus.

²³ Gayda M. : La grève de la faim dans le cadre des prisons, Actualités psychiatriques, 3, 72-74

²⁴ Tatossian A., Glezer D. : les comportements de grève de la faim, Confrontations Psychiatriques, 31, 281-304

Le plus souvent elles sont le fait de détenus présentant des troubles limites de la personnalité ou des décompensations d'allure délirante souvent transitoires. Dans ces cas, les pénitenciers comprennent mal que l'équipe psychiatrique n'applique pas l'article D 398 du Code de Procédure Pénale et ne provoque pas une hospitalisation d'office.

3. Une augmentation des cas de psychoses chroniques est constatée en prison : elle recouvre des tableaux cliniques différents

3.1. Augmentation des psychoses chroniques en détention dans tous les pays industrialisés

Tous les pays industrialisés constatent en milieu pénitentiaire une augmentation des cas de détenus présentant des psychoses chroniques et notamment des schizophrénies. L'importance de cette augmentation peut cependant être discutée. En Grande Bretagne, le dernier rapport d'inspection du ministère de l'intérieur constate, pour une prévalence de 0,4% en population générale, des taux de prévalence pour la schizophrénie de 7% chez les détenus jugés, 10% chez les détenus en attente de jugement, 14% chez les femmes détenues²⁵. Le rapport rapproche ces chiffres de la médiocre qualité des soins psychiatriques dans les prisons britanniques : effectifs dérisoires de psychiatres et psychologues, absence de psychothérapies adaptées et surtout délais de 4 à 20 mois pour obtenir un transfert sur un hôpital psychiatrique. Dans des études pratiquées dans les maisons d'arrêt au USA, Teplin retrouve 3 à 5% de psychotiques chroniques parmi les détenus²⁶. Dans une enquête française récente initiée par l'Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaires (SMPR), les mêmes chiffres sont retrouvés. Dans une recherche réalisée par l'équipe du SMPR de Toulouse sous l'impulsion de G. Laurencin, la population de deux établissements différents a été étudiée : Maison d'arrêt et Centre de détention²⁷. A la Maison d'arrêt de Saint Michel à Toulouse, 17 psychoses chroniques ont été recensées soit 3,5% des détenus. Ces psychoses chroniques étaient dans 75% des cas des schizophrénies, et dans 25% des cas des paranoïas. Pour les schizophrènes, 46% ont des antécédents psychiatriques ; dans 66% des cas il s'agit de détenus-malades primaires. Il faut surtout noter que dans 31% des cas, le passage à l'acte criminel est révélateur de la psychose et que dans 23% des cas le diagnostic de psychose est porté pour la première fois en détention. Au centre de détention de Muret, 28 psychoses chroniques ont été retrouvées, soit 4,6% de la population de détenus. Il est retrouvé la même proportion de schizophrènes et de paranoïaques qu'en maison d'arrêt. Pour les schizophrènes de Muret, 38% ont des antécédents psychiatriques. Pour 63% d'entre eux, il s'agit de détenus primaires. Il faut surtout noter, comme le souligne l'équipe de G. Laurencin, que l'intégralité de ces condamnés atteints de schizophrénie ont été jugés pour meurtre et que dans 63% des cas, les victimes sont des proches, ce que nombre d'auteurs ont toujours souligné comme M. Bénézech quand il rappelait que la victime du schizophrène meurtrier est en règle un membre de la famille²⁸. Dans les cas retrouvés au CD de Muret, le crime était révélateur de la psychose dans 51% des cas. Chez 10% des schizophrènes condamnés, le diagnostic de schizophrénie est porté pour la première fois en détention. Les actes criminels sont essentiellement le meurtre (55%) et le viol (27%). Jean Claude Malleval faisait une

²⁵ British Medical Journal : (2000), 320, 1031-1034

²⁶ Teplin LA (1990) : The prevalence of severe mental disorders among male urban jail detainees, comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program, AM. J. Public Health, 80, 6, 663-669

²⁷ Gallet E., Camilleri C., Crochet F., Laurencin G., Nouvel A. (2000) : Les psychotiques incarcérés, Forensic, 2-3, 48-52

²⁸ Bénézech M. Addad . (1983) : L'homicide des psychotiques en France, Ann. Méd. Psychol., 141, 1, 101-106

remarquable synthèse du passage à l'acte criminel du schizophrène : « instantanéité, violence, férocité, brusquerie, absence de raison, absence de préméditation et de dissimulation... à l'image du meurtre de l'épileptique, à l'exclusion de l'amnésie lacunaire post-critique »²⁹. Ce sont là des arguments cliniques qui doivent toujours faire réfléchir les experts.

3.2. Psychose pré-existante ou psychose réactionnelle à la détention : des tableaux cliniques différents qui ne justifient pas tous de l'application de l'article 122-1 CP

Face à un accès psychotique aigu, la difficulté pour le psychiatre exerçant en milieu pénitentiaire est d'en déterminer l'étiologie. Trois cas peuvent schématiquement être retrouvés³⁰

- Des psychoses chroniques, à l'image de celles retrouvées par le SMPR de Toulouse dans l'étude citée ci-dessus : schizophrénies ou paranoïas pour lesquelles le passage à l'acte est dans nombre de cas révélateur de la psychose et pour lesquelles l'application de l'article 122-1 est justifiée. Elles pré-existent dans la plupart des cas à l'incarcération, mais leur symptomatologie est insidieuse, essentiellement déficitaire ce qui rend difficile le diagnostic des experts.
- Des décompensations psychotiques aiguës transitoires chez un détenu présentant un état limite à expression psychopathique. Les psychopathies induisent effectivement souvent des décompensations psychotiques aiguës souvent marquées par un délire de persécution avec des troubles du comportement clastiques. Ces états suraigus sont souvent rapidement réversibles spontanément ou sous traitement. Ces décompensations des psychopathes les font souvent passer pour psychotiques. Ces pathologies surviennent à tous les temps de la détention et elles ne justifient pas l'application de l'article 122-1 mais peuvent nécessiter une hospitalisation en psychiatrie en application de l'article D 398.
- Certaines décompensations psychotiques aiguës peuvent être considérées comme des « psychoses réactionnelles brèves », surdéterminées par le milieu carcéral. Elles sont secondaires aux restrictions relationnelles du milieu et rythmées par les événements de la détention : choc de l'incarcération, imminence du jugement, transfert et difficulté d'adaptation, ou proximité de la libération... Elles ne relèvent pas de l'application de l'article 122-1, mais une hospitalisation en application de l'article D 398 CPP peut être nécessaire.

Ces constatations permettent en partie d'expliquer l'écart entre les 3 à 5% de psychoses chroniques retrouvées par les travaux internationaux et les chiffres souvent cités de 30% de troubles mentaux en prison. On constate ainsi que le besoin d'hospitalisation en psychiatrie concerne les prévenus reconnus irresponsables en application de l'article 122-1 mais aussi les détenus présentant des troubles transitoires justifiant l'application de l'article D 398 et refusant ou ne permettant pas les soins en SMPR.

4. L'irresponsabilité en application de l'article 122-1 CP est de moins en moins retenue par les experts

²⁹ Mallevat J. C. (1986) : Les meurtres immotivés ne sont pas sans causes, Synapse, 28, 62-71

³⁰ Bénézec M., Lamothe P., Senon J. L. (1990) : Psychiatrie en milieu carcéral, Encycl. Med. Chir., Psychiatrie, 37889 A10

Comme le rappelle M. L. Suzini³¹, « dans les lois de la cité, il est de tradition de laisser la folie étrangère à la justice des hommes ». Mais J. Falret posait bien en 1864 le problème de fond dans son article sur la responsabilité des aliénés³² : « alors même qu'en théorie on affirme que l'homme n'est pas libre d'agir de telle ou telle façon, dans un cas déterminé, qu'il est fatalement entraîné à tel ou tel acte, en vertu de la puissance des mobiles qui se combinent ou se contrebalancent dans sa tête, ou en vertu de la force invincible de son organisation héréditaire ou acquise, les partisans de ces doctrines sont néanmoins obligés de conclure en pratique que la société humaine a le droit de se défendre contre les entraînements individuels qui nuiraient au bien être des autres membres de la société... ils sont néanmoins obligés d'accepter la responsabilité légale, c'est à dire le droit de la société de se protéger contre les individus dangereux ou criminels ». Gilbert Ballet dans son rapport au congrès des aliénistes en 1907, posait bien le problème des limites de l'acte d'expertise : pour lui l'expert n'a pas d'autre mission que de dire si l'inculpé était en état de démence au moment de l'action ; il s'agit de dire si « l'inculpé n'est ni un anormal ni un malade, et de considérer que si l'acte reproché n'a été la conséquence ni d'une maladie cérébrale ni d'un trouble délirant », conformément à la mission, « d'affirmer la responsabilité du délinquant »³³.

Le Code pénal de 1992 a substitué au terme de démence celui de « trouble psychique ou neuro-psychique » ; il établit l'irresponsabilité par l'existence d'un trouble psychique et neuropsychique ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes.

La tendance à la responsabilisation de malades mentaux est bien antérieure à la réforme du Code pénal. Elle remonte aux années 1970 et s'est confirmée de façon homogène dans toutes les Cours d'Appel. Michel Bénézech retrouvait par exemple une diminution de l'application de l'article 64 de 50% de 1984 à 1987 (passage de 968 cas d'irresponsabilité en 1984 à 488 en 1987)³⁴. Frédérique Brignoli-Simon cite Broca qui évoque à Marseille un passage de 6,3% d'irresponsabilité à 0,2% en dix ans. Dans son travail, au SMPR de Marseille elle constate que le pourcentage de psychoses chroniques incarcérées est passé de 20,7% en 1994 à 37,2% en 1999. Sur cette même population de psychotiques le pourcentage d'application de l'article 122-1 est passé de 21,2 en 1994 à 3,5% en 1999³⁵.

Les deux commissions parlementaires retrouvent des chiffres plus anciens assez superposables. (Tableau 4)

³¹ Suzini M. L. (1992) : Responsabilité et article 64, *Information Psychiatrique*, 4, 323-325

³² Falret J. : article « responsabilité » in *Dict. Encyclop. Des sciences médicales et Falret J.P. « de la non existence de la monomanie »* in « Des maladies mentales et des asiles d'aliénés » ? Balière, 1864

³³ Ballet G. (1907) : L'expertise médico-légale et la question de la responsabilité », *Rapport au congrès des aliénistes*, réédition : L'Harmattan, 2000

³⁴ Bénézech M.(1989) : Des actuels mésusages de l'article 64 CP sur la démence au temps de l'action, *Annales Médico-Psychologiques*, 147, 7, 738-741

³⁵ F. Brignoli-Simon (1999) : Article 122-1 : état des lieux, *Prix de la communication*, 97^{ème} congrès de Psychiatrie et Neurologie de Langue Française, Fort de France, Masson

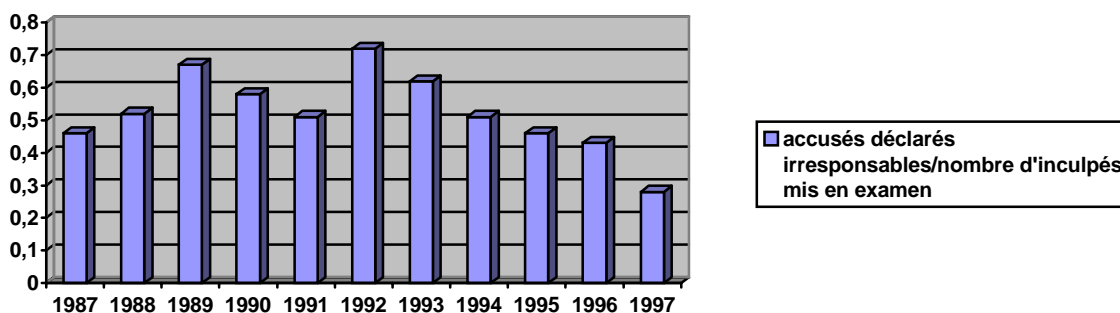


Tableau 4 : Pourcentages d'application des articles 64 puis 122-1 CP en 10 ans

Ce mouvement de limitation des cas d'irresponsabilité peut être expliqué par différents arguments :

- Les contraintes de déchronicisation pesant sur les hôpitaux psychiatriques et développées ci-dessus sont bien entendues très présentes.
- Depuis les années 1970, les experts accordent une importance particulière à l'appréciation de l'état mental au moment des faits. On explique un pourcentage notable des malades mentaux responsabilisés par le fait qu'ils peuvent tout à fait avoir été reconnus comme malades, mais qu'ils ne présentaient pas au moment des faits d'abolition du discernement, par exemple parce que leur traitement les stabilisait. C'est aussi dans ces cas, comme le note le rapport Foch, que l'expert estime important de responsabiliser le malade mental stabilisé afin qu'il se vive comme responsable de ses actes, ce qui va bien dans le sens de sa réhabilitation, objectif du travail de l'équipe psychiatrique.
- L'expertise trouve ses limites dans le cas où le passage à l'acte est révélateur d'une psychose schizophrénique. À ce stade de la maladie, la clinique est marquée par des symptômes négatifs difficiles à repérer et n'est jamais caractérisée par des signes productifs comme le délire ou la discordance qui n'apparaîtront que quelques mois ou quelques années plus tard. Cet argument incite à une expertise en plusieurs temps, avec une période d'observation longue, une expertise longitudinale comme elle est suggérée pour les auteurs de crimes sexuels³⁶. Mais qu'en sera t'il de la célérité revendiquée par toute justice moderne et la prison pourra t'elle être le lieu d'attente du jugement, étant dit que l'hôpital psychiatrique départemental ne pourra pas accueillir le mis en examen ?

5. Le dispositif sanitaire mis en place par la loi du 18 janvier 1994 manque de moyens, mais il convient de se garder d'apporter une réponse psychiatrique à tout trouble du comportement

Bien des arguments permettent de penser que le dispositif mis en place par la loi du 18 janvier 1994 qui confie aux hôpitaux la santé en milieu pénitentiaire est notoirement insuffisant, notamment du fait de la pauvreté des créations de postes de soignants :

- Les SMPR sont encore en nombre trop limité et ne répondent que de façon exceptionnelle à leur mission régionale : ils sont aspirés par les pathologies rencontrées dans l'établissement où ils sont implantés et ne peuvent pas répondre aux

³⁶ Pradel J., Senon J. L. (1998): De la prévention et de la répression des infractions sexuelles, Revue Pénitentiaire et de Droit Pénal, 3-4, 208-243

demandes de transfert de détenus d'établissements de la région. Ces mêmes SMPR n'administrent pas de soins sous la contrainte et ne peuvent donc recevoir de détenus-malades opposés à une prise en charge psychiatrique.

- L'intervention des secteurs de psychiatrie générale dans les établissements pénitentiaires de chaque département est aux limites de ce que le secteur peut réaliser au moment où se confirme une pénurie en psychiatres, psychologues ou infirmiers spécialisés et où cette même pénurie amène la fermeture d'institutions de soins et limite tout projet novateur. Se pose aussi pour les secteurs la difficulté de formation des équipes aux psychopathologies que concentre la prison.
- Le fonctionnement des SMPR qui n'appliquent pas la loi de 1990, rend indispensable la possibilité d'appliquer l'article D 398 CPP pour les détenus-malades refusant des soins et relevant d'une hospitalisation en HO à l'hôpital psychiatrique. L'évolution des services d'admission de secteur qui sont de plus en plus libertaires, fait qu'il est souvent difficile ou impossible d'obtenir un transfert hospitalier : réticence de l'hôpital et méfiance sécuritaire légitime des préfets confinent des détenus malades dans les cellules d'isolement ou de punition des prisons.
- Les Unités de Malades Difficiles (UMD) au nombre de quatre dans notre pays sont constamment saturées et demandent des délais d'attente intolérables. Pourtant certaines UMD avaient esquissé le projet de sous-unités réservées à des détenus-malades mentaux présentant des troubles graves du comportement. Une des solutions envisagées dans plusieurs rapports serait la création dans chaque région sanitaire de d'Unités Fermées d'accueil d'urgence pouvant recevoir les hospitalisations d'office pour troubles graves du comportement venant du secteur comme des établissements pénitentiaires.

Au delà de ces problèmes d'organisation sanitaire, nombre de psychiatres dénoncent l'évolution sociale actuelle qui tend à livrer au psychiatre tout trouble grave du comportement et qui n'entrevoit dans la violence individuelle ou groupale qu'une des manifestations de la maladie mentale. L'exemple des auteurs de crimes sexuels illustre bien cette tendance : la condamnation à un suivi socio-judiciaire avec injonction de soins ne pourra s'appliquer qu'à ceux des auteurs chez lesquels on retrouve une pathologie (une minorité d'après les travaux internationaux), ou à ceux qui, constatant leurs problèmes psychologiques, deviennent demandeurs de soins...

N'oublions pas la pertinence des propos introductifs d'Antoine Garapon et Denis Salas dans leur séminaire : « la démocratie hésite à regarder ses crimes en face, car elle tire sa légitimité du citoyen-qui ne peut être que bon. Au mieux, les délinquants sont des révoltés ; au pire des malades ou des laissés pour compte de la croissance économique »... Le crime a refait surface comme figure irréductible du mal... Que des thérapeutes se déclarent impuissants et renoncent à soigner, et la même société se prend à hurler, se mue en procureur impitoyable... »³⁷. Notre société sera toujours à la recherche d'un difficile équilibre entre punir et soigner, entre liberté individuelle et contrainte aux soins quand bien même la maladie est aliénation, entre social, sanitaire et judiciaire. Plus que de légiférer dans la hâte, ne faut-il pas plutôt se hâter de penser en décroissant cette réflexion ?

³⁷ Garapon A., Salas D. (1997) : La justice et le mal, Opus, Odile Jacob