

## **La Psychiatrie en Centrale Pénitentiaire**

*Dr Ph. Prévost, chef de service de psychiatrie, au Centre hospitalier de La Rochelle intervenant à la Maison Centrale de St Martin de Ré*

### A-Le contexte

L'insularité, et les hauts murs de la citadelle et des remparts édifiés par Vauban, sont à l'origine de l'actuelle Maison Centrale de St Martin de Ré.

Peu de personnages célèbres y furent retenus, citons Mirabeau détenu à l'époque comme un VIP et A. Dreyfus avant son départ pour la Guyane. St Martin a servi en effet pendant plus d'un demi siècle de base de transport des bagnards pour Cayenne.

La santé était alors confiée à des médecins coloniaux et on recensait une dizaine de décès par an.

Depuis la loi de 1994 la santé est assurée par le Centre Hospitalier de la Rochelle lié par un protocole à la Maison Centrale.

Les soins généraux sont prodigués par l'Ucsa qui dispose d'un temps de généraliste et les soins psychiatriques par le secteur de psychiatrie générale desservant La Rochelle nord et l'île de Ré à hauteur d'un temps plein de spécialiste.

1,5 temps plein de psychologue participe aux soins, il n'y a pas de temps infirmier spécifique pour la psychiatrie.

### B-La Population pénale (450 détenus)

En terme de morbidité, les troubles psychotiques ou bipolaires sont estimés entre quatre et six pour cent, les troubles dépressifs à environ 12 %, les problématiques addictives (alcool, toxiques) à près de 40 %.

Ces données rejoignent ceux des grandes études internationales.

Les troubles de la personnalité de type sociopathique sont fréquemment rencontrés.

Les automutilations sont chiffrées à une dizaine par an (en forte diminution depuis plusieurs années), les tentatives de suicide graves au nombre de cinq, et il n'y pas eu de suicide en 2007.

En 2007, onze détenus ont du être hospitalisés d'office, (hospitalisations d'office selon l'art D 398 du CPP qui ont beaucoup augmenté depuis la loi de 1994), cinq adressés en SMPR et aucun en UMD.

## C- Les soins

Un entretien est proposé à tous les entrants. La question de la nature de la demande et de l'indication des prise en charge se pose régulièrement.

### 1- Les psychotropes :

Ils représentent le quart des dépenses pharmaceutiques de la Centrale

Il existe une forte demande de tranquillisants de type benzodiazépines pris par 18 à 20 % des détenus (rappelons qu'un travail récent indiquait que 32 % des détenus déclarait avoir consommé dans l'année précédant l'incarcération des produits illicites dont 17% de psychotropes.

Quatorze pour cent prennent des antidépresseurs et trois à quatre pour cent des antipsychotiques.

Les traitement de substitution concernent environ quatre pour cent des détenus.

### 2- Les psychothérapies

Les incitations à une démarche de soins de cette nature se sont accrues depuis quelques années.

Certains ecueils sont susceptibles d'en limiter l'engagement et la portée comme les faibles capacités introspectives et de verbalisation, la tendance projective, la primauté du passage à l'acte comme mode résolution des tensions, ou un passé difficile à évoquer.

Quoiqu'il en soit la plupart des condamnations ayant fait suite à une atteinte aux personnes, au minimum la problématique et les habitudes relationnelles devront être abordées.

Notons une proportion importante de crimes commis sous l'emprise d'alcool ou de toxiques.

Deux groupes psychothérapeutiques spécifiques fonctionnent également dont un pour l'alcool.

Diverses activités ont une fonction sociothérapeutique.

## D- Les situations spécifiques

-Les auteurs d'agression sexuelles :

Ils représentent plus du tiers des détenus.

Tous ont une proposition de suivi, renouvelée tous les ans lorsque les possibilités de libération conditionnelle approchent.

L'évaluation des facteurs de risque de récidive peut intervenir dans l'incitation aux soins.

Les prises en charge s'inspirent des courants psychodynamiques et cognitivo-comportementaux.

- Le suicide

La prévention du suicide constitue une préoccupation majeure et permanente de l'équipe psychiatrique mais aussi des autres soignants et de la direction.

Une grille partagée entre l'administration pénitentiaire et les services de soins, respectant le secret médical a été conjointement établie et mise en place évaluant un score de risque. Plusieurs sessions de formation ont été organisées pour les personnels (de surveillance et de l'Ucsa au repérage de la crise suicidaire (selon le programme national de prévention).

- La toxicomanie et l'alcool

L'accent a plutôt été mis sur l'alcool avec des réunions animés par le Centre de cure local.

La lutte contre la toxicomanie apparaît décevante, avec introduction de produits dans l'établissement, trafics divers, et mésusage.

- Le quartier disciplinaire

L'aptitude au maintien implique parfois des décisions difficiles à prendre lorsque sont exprimées des menaces suicidaires.

-Le manque de solutions d'aval

Le manque de places en UMD entraîne un long délai d'attente pour d'éventuelles admissions, quasi rédhibitoire.

Les hospitalisations en SMPR supposent l'accord de l'intéressé et sa capacité à rester sans surveillance soignante la nuit.

En fait c'est le service de psychiatrie local qui va accueillir les situations les plus difficiles dans des conditions inadaptées.

La perspective des U.H.S.A peut constituer une amélioration.

### E- Les relations

Les liens sont denses entre l'UCSA et l'équipe psychiatrique. Les psychologues participent à certaines réunions PEP. Les échanges sont ponctuels avec l'administration pénitentiaire et environ à un rythme annuel avec le Juge de l'application des peines

Pour conclure,

Suggérer comme le font certains média que bon nombre de détenus sont des malades mentaux conduit à vouloir médicaliser ou psychiatiser les troubles du comportements et de la personnalité qui relèvent en fait de différents déterminants.

Cet amalgame qui entretient une forte sollicitation sociale vis à vis du soignant, peut le placer en posture délicate

