

# PSYCHIATRIE EN MILIEU CARCERAL

Christiane de Beaurepaire  
SMPR de Fresnes  
EPS Paul Guiraud Villejuif

# Psychiatrie en Milieu Carcéral

- **Exercer la psychiatrie en détention c'est prendre en compte la coexistence de deux logiques, celle du soin et celle de l'enfermement (Lhuilier, 1998, 2001).**
- *« Penser la carcéralité est plus utile que la nier », il est inutile de « parler de soins psychiatriques sans intégrer la réalité pénale et carcérale dans l'histoire intime du sujet » (Carrière, Archer, 1998).*

## Principaux travaux :

- **histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire (Bénézech, Lanteri-Laura, Senon)**
- **organisation des soins psychiatriques en prison (Baron-Laforêt, Bénézech, Brahmy, David, Laurans, Senon)**
- **problèmes éthiques posés par cet exercice particulier**
- **aspects sociologiques du système carcéral (Combessie, Lhuilier)**

## Travaux cliniques récents :

- **épidémiologie étrangère et française, comportements déviants, troubles de la personnalité, comorbidités psychiatriques, criminologie.**

# Plan

1. approche historique
2. évolution des soins psychiatriques en détention
3. dispositif des soins psychiatriques en détention
4. population : aspects socio-démographiques
5. le système carcéral, aspects sociologiques
6. clinique psychiatrique en détention :

*épidémiologie, clinique adaptation, violences auto et hétéro dirigées, troubles de la personnalité, comorbidité, comportements déviants, (addictifs et sexuels)*

7. problèmes éthiques

- 8. responsabilité pénale des malades mentaux incarcérés

# 1. Approche historique

L'histoire des soins psychiatriques en prison est liée à celle du droit, de la psychiatrie et de leur interaction.

Retenons en particulier :

*- la naissance de la clinique psychiatrique, protection des malades mentaux et création du dispositif public de soins psychiatriques*

*- l'évolution des textes concernant la responsabilité pénale des malades mentaux*

Leur organisation actuelle découle de cette relation historique avec 2 fils conducteurs :

*- la responsabilité pénale des malades mentaux*

*- l'intervention des psychiatres en prison.*

## 2. Evolution des soins en prison : principales étapes de l'intervention psychiatrique en prison

au début du 19<sup>ème</sup> siècle, experts. Mais Baillarger (1844) à propos des « *causes de la fréquence de la folie chez les prisonniers* » : trouble psychiatrique antérieur? Infraction liée directement ou non? Rôle du contexte carcéral?

au début du 20<sup>ème</sup> siècle: échec tentatives de psychiatres soignants, puis services médico-psychologiques (1945).

En 1958, consultations d'hygiène mentale, traitements anti-alcooliques et services psychiatriques sous autorité judiciaire.

En 1967 Centres médico-psy régionaux, sous tutelle « justice ».

En 1977, unités de soins psychiatriques sur le modèle des secteurs de psychiatrie.

En 1985, Services médico-psychologiques régionaux (SMPR).

### **3. Dispositif actuel des soins psychiatriques en détention**

- **lois du 25 /7 et du 31/12/1985** : création des SMPR

- **décret du 14/3/1986** : intégration dans le dispositif de lutte contre les maladies mentales

- **décret du 14/12/1986** : règlement intérieur des SMPR

- **circulaires du 5/12/1988, du 5/12/1994, arrêté du 10/5/1995** : organisation de la psychiatrie en milieu pénitentiaire.

- **loi du 18/1/1994** : complète dispositif psychiatrique de soins psychiatrique aux détenus, l'intègre dans le dispositif général, instaure protection sociale, aligne population pénale et générale pour les soins, autonomise les acteurs de santé vis-à-vis de l'AP, volonté politique d'agir en faveur de réadaptation médico-sociale des détenus, entreprise 10 ans plus tôt avec les SMPR.

### 3. Le dispositif actuel : organisation et activité

- **26 SMPR en MA, rattachés à un établissement hospitalier, équipe pluridisciplinaire, budget hospitalier, unités fonctionnelles**
- **missions : dépistage tr psychiatriques chez arrivants, mise en œuvre de traitements spécialisés, suivi psy des détenus qui le demandent ou l'acceptent, hospitalisations en milieu pénitentiaire ou à l'hôpital psychiatrique, lutte contre les addictions, (CSST, alcoologie), coordination des soins dans le secteur pénitentiaire d'intervention, suivi post-pénal.**
- **en cas d'absence de SMPR, le dispositif de soins psy implique personnels soignants issus de secteurs de psychiatrie générale, intégrés dans UCSA.**

### **3. Dispositif de soins psychiatriques : fonctionnement**

- **soins principalement ambulatoires, sur le modèle du CMP, consultations et entretiens à visée psychothérapeutique recours aux psychotropes.**
- **neuroleptiques et thymo-régulateurs en augmentation constante, témoignent de celle des états psychotiques aigus et chroniques, des troubles du comportement et des états d'agitation.**
- **60% des détenus sont suivis par les équipes de psychiatrie, recours aux soins 10 fois supérieur en détention que dans les secteurs de psychiatrie générale (DREES 2002, 2004)→ offre de soins insuffisante en détention.**

### **3. Dispositif de soins psychiatriques : hospitalisation**

- réglementairement prévue par la loi, en unité spéciale au sein du SMPR, si intéressés adhèrent aux soins et leur état compatible avec le régime pénitentiaire.
- ces unités d' « hospitalisation » des SMPR ne peuvent prétendre au statut d'unité hospitalière classique, ni rendre le service correspondant.
- dans les autres cas, hospitalisation d'office selon la procédure D 398 CPP, en service de psychiatrie générale ou en UMD. (100 HO en 1990, 1400 en 2004).
- réticence des secteurs en proie à une sur-sollicitation dans une conjoncture de restriction drastique de leurs moyens.
- projet UHSA, compromis avec tendance actuelle vers politique de défense sociale.

## 4. Population carcérale : données pénitentiaires

- 60000 depuis 3 ans, +20% en 20 ans.
- allongement des peines, augmentation des peines incompressibles et des perpétuités, diminution des aménagements de peine → augmentation du « stock » des détenus.
- modification de la physionomie de la détention du fait de l'augmentation du nombre des détenus condamnés longues peines, de leurs caractéristiques criminologiques et psychopathologiques et de la désespérance induite par l'allongement croissant de l'incarcération qui compromet la réinsertion post-pénale.
- la logique pénale de cette politique tend vers celle de la défense sociale (voir i.e. la Belgique).

#### 4. Population pénale : données socio-démographiques

- population masculine à 96%, jeune (M=32 ans), française (80%), sans emploi ou en situation précaire (>50%), faiblement scolarisée (>50%), sans formation professionnelle (60%), sans logement (60%), revenus <800 euros/mois (60%) (DAP, 2002).
- ouvriers surreprésentés en prison (50%), correspondent à 30% de la population générale (INSEE, 2002).
- pauvreté → 60% des détenus, comparativement à 14% dans la population générale,
- étrangers incarcérés deux fois plus nombreux que dans la population générale.

## 4. Population carcérale : données judiciaires

- 1/1/2004 : 52,2% incarcérations pour « atteintes aux personnes » : crimes sexuels 21,4%, crimes de sang 10%, « atteinte aux biens » : vols 25%, ILS (infraction à la législation sur les stupéfiants) 14%. Les auteurs de crimes violents constituent plus de la moitié de la population carcérale.
- depuis 5 ans : stabilité « vols » , « infractions à la législation sur les étrangers », baisse trafic de stupéfiants (- 7%); augmentation « escroqueries » (+ 20%), « homicides » (+100%), « actes de violence et de barbarie » (+ 70%), « agressions sexuelles » (+ 50%).
- baisse P. correctionnelles, augmentation P. criminelles : en relation avec tr. psychiatriques majeurs, impulsivité et tr. du contrôle, indiquant un risque de récurrence dans contexte exposant.

## 5. Contexte carcéral

- **La prison est une institution sociale, élément de l'ordre social, rôle dans la régulation sociale, quel que soit le jugement porté sur son efficacité.**
- **C'est aussi un véritable « stresser expérimental » : enfermement, perte des repères identitaires sociaux, promiscuité, violation de l'intimité, frustration sexuelle, inactivité, impuissance, ruptures (affectives, familiale, sociale et professionnelle)**
- **Impact sur le comportement, la santé psychique et physique des détenus.**

## 5. Contexte carcéral : caractéristiques

a) *architecture* : caractéristiques architecturales propres liées à sa fonction, cloisonnement dedans-dehors, espaces intérieurs, circulation, zones d'activité, cours de promenade, cellules, parloirs etc., corrélé à l'enfermement et à la sécurité, mais en découlent l'isolement et l'exclusion physique et sociale.

b) *le règlement fondé sur le CPP* : prédétermine modalités de la vie institutionnelle, mouvements des détenus, tâches des surveillants, champs de compétence des acteurs et modalités relationnelles en intra et avec le monde extérieur, privé et judiciaire.

## 5. Contexte carcéral : organisation de la vie quotidienne

- l'organisation rigoureuse et généralisée du temps carcéral engendre une contrainte permanente, une atteinte de l'intimité et des capacités de réactivité, d'initiative et de créativité, maximales dans les maisons d'arrêt.
- la privation de liberté physique, sociale et symbolique, justifiée par la mission de « sécurité » de la prison a pour but la prévention de manifestations transgressives et dangereuses pour la collectivité: évasions, prises d'otage, rixes, rébellions, émeutes, et pour les individus: suicides, trafics variés.
- mais persistance de fréquence élevée des comportements violents auto-agressifs (suicides, automutilations, grèves de la faim), ou dirigés contre le matériel, les co-détenus et les surveillants : véritables spécialités carcérales.

## 5. Contexte carcéral : finalité de l'enfermement

- protéger la société, logique de « sécurité ». Y contribuent par exemple l'architecture et le règlement.
- justifier la sanction : 4 modes, l'expiation, la dissuasion, la neutralisation et la réadaptation (Alvaro Pires, 1998)
- sens de la sanction et de l'enfermement pour le détenu?
- faiblesse de l'objectif de « réadaptation »
  
- effets pervers de l'enfermement : l'exclusion, son caractère chronique, le phénomène de « prisonnisation » → atteinte identitaire grave des détenus et de leurs capacités adaptatives... mais aussi de celles des intervenants...

## 5. Contexte carcéral : pathologies de l'adaptation

- « **stresseur expérimental** » : peur, de la sanction disciplinaire, de l'isolement, de l'incompréhension d'autrui, de l'arbitraire perçu, des autres détenus, mais aussi la peur de l'avenir
- « **choc de l'incarcération** » : expérience proprement mortifère et déréalisante, « enterrement vivant », favorisant des états de stress aigu : insomnie, réactivation traumatique « permanente » de type PTSD, états psychotiques aigus « réactionnels ».
- **inégalité des sujets en fonction de facteurs de vulnérabilité dépressive ou anxieuse, inadéquation des stratégies d'adaptation : détenus rarement indemnes, dépression d'adaptation favorisée par vulnérabilité dépressive, « la dépression engendrant la dépression ».**

## **6. Clinique psychiatrique en détention**

- **Les données épidémiologiques étrangères et françaises d'une part, les données concernant l'activité psychiatrique en détention d'autre part, permettent de dresser un état de la santé mentale des détenus.**
- **De ces approches, émergent plusieurs problématiques psychiatriques qui apparaissent caractéristiques de la population incarcérée : fréquence élevée des troubles psychiatriques majeurs, des troubles de la personnalité, des états dépressifs réactionnels et des troubles de l'adaptation, des comportements déviants, addictifs et sexuels, enfin, des comportements auto-agressifs, suicidaires et auto-mutilateurs.**
- **Existence d'une double problématique, vulnérabilité et comorbidité.**

## 6. Données cliniques : épidémiologie

a) Etudes étrangères (scandinaves et anglo-saxonnes)

Données concordantes : troubles psychiatriques plus fréquents chez les détenus qu'en pop.générale, corrélations entre troubles mentaux/comport. délictueux et violents.

en prison : si comportements violents, fréquence des troubles psychiatriques 80%

en population générale : études de cohorte de naissance → augmentation risque criminel pour tous les dg psy. 1 diagnostic sur l'axe 1 du DSM multiplie par 5 le risque de comportement violent.

chez les patients psychiatriques, auteurs de crimes violents : O.R. multiplié par 3 pour alcoolisme, toxicomanie et personnalité antisociale associés

chez les meurtriers : risque élevé pour schizophrénie, PAS, alcoolisme

## **6. Données cliniques : Etude de la Drees (2002)**

- **Activité des SMPR, juin 2001 : 2300 personnes examinées à l'arrivée (critères CIM 10) → 50% atteintes de tr.psy**
- **Principaux troubles : dépressifs, anxieux, addictifs, personnalité (PAS), humeur**
- **ATCD psy, 40% : tr comportement auto ou hétéro-agressifs (suicides), EDM, états délirants aigus, troubles addictifs, hospitalisations et suivis psychiatriques antérieurs. ATCD suivi pédo-psychiatrie : 15%.**
- **Addictions : 60% dépendants produits licites et illicites (données de la MILDT et de ORS-PACA).**
- **Principaux dg : troubles de l'adaptation, personnalité, anxieux, addictifs, humeur, délirants**

## 6. Données cliniques : étude DGS (Rouillon, Falissard, résultats préliminaires (2004) *Données générales*

- Avant l'âge de 18 ans : 28% ont été suivis par un juge pour enfants, 22% ont été placés. 28% ont déclaré maltraitances physiques, psychologiques ou sexuelles, et 29% un proche condamné à une peine d'emprisonnement. 16% ont déjà été hospitalisés pour raisons psychiatriques, 6% ont été suivis par le dispositif de lutte contre la toxicomanie, 8% par celui de lutte contre l'alcoolisme.
- Echelle de gravité de 1 à 7 (CGI) : 36,50% des détenus sont donc considérés par les enquêteurs comme manifestement malades, gravement malades ou parmi les patients les plus malades, plus de 75% présentent des troubles psychopathologiques.

## 6. Données cliniques (étude Rouillon, Falissard, 2004)

• Troubles psychotiques : 17,3%, dont schizophrénie : 7,3%, bouffée délirante aiguë : 0,1%, schizophrénie dysthymique : 2,6%, psychose chronique non schizophrénique (paranoïa, PHC...) : 7,3%.

• Troubles thymiques : 66%, dont syndrome dépressif : 40,3%, dépression endogène-mélancolie : 7,5%, état dépressif chronique : 7,4%, manie/hypomanie : 6,2%, troubles bipolaires : 4,7%.

• Troubles anxieux : 60%, intriquant des troubles anxieux divers, dont attaques de panique / névrose d'angoisse : 7,6%, agoraphobie : 16,7%, phobie sociale : 16,3%, névrose obsessionnelle : 9,2%, névrose traumatique : 19,6%, anxiété généralisée : 32,7%.

• Dépendance aux substances : 70% (33% alcoolisme pur et 37% d'addictifs divers).

## **6. Données cliniques (Rouillon, Falissard, 2004) Commentaires**

- **Population générale : fréquence schizophrénie 1%, fréquence dépression 5%**
- **Evolution actuelle des profils psychopathologiques des détenus? Causes : carences de l'accès aux soins, dégradation du dispositif public de santé mentale, désinsertion et marginalisation frange croissante de la population, responsabilisation pénale des malades mentaux auteurs de crimes (IGAS, 2002).**
- **La prison, en France comme aux USA où prise charge malade mentaux est très insuffisante, risque le statut d' « asile psychiatrique du 21<sup>ème</sup> siècle », selon le titre d'un symposium américain (Davos, 2002).**

## **6. Données cliniques : principales problématiques psychopathologiques en détention**

- a) Troubles de l'humeur**
- b) Troubles addictifs**
- c) Troubles de la personnalité**
- d) Comportements auto-agressifs (suicide)**
- e) Comportements sexuels déviants**

## a. Troubles de l'humeur

- Fréquents en détention, en général associés à d'autres troubles, Tr de la personnalité (anti-sociale, borderline, passive-agressive, compulsive), et Tr addictifs. Co-occurrence ou comorbidité?
- Partagent des traits, impulsivité et tr.du contrôle
- L'impulsivité pourrait constituer pour plusieurs auteurs un « marqueur » psychobiologique des troubles de l'humeur, a fortiori s'il existe des comportements transgressifs et violents
- Fréquence tr affectifs chez les détenus incarcérés pour actes de violence atteint 80% (Lamb et Grant, 1982)
- Dépression homicide associe couramment tr pers, alcool, ATCD maltraitance infantile, idéation et comp. suicidaires.
- Il en est de même chez infanticides, libéricides, uxoricides.

## **b) Troubles addictifs chez les arrivants (DREES, 2002)**

- **60% détenus consommateurs occasionnels, abusifs ou dépendants de produits licites ou illicites, vie entière Alcool : 35%, tabac : 80%, tabac+alcool : 55%, cannabis : 30%, cannabis+alcool+benzodiazépines : 40%, opiacés : 25%, cocaïne, crack : 10%, polytoxicomanie incluant l'alcool : 30%, psychotropes : 15%**
- **substitution en cours, 15% méthadone, 85% subutex**
- **30% arrivants déclarent au moins deux consommations**
- **hommes 2 fois plus concernés par alcool, femmes pour tabac, psychotropes, cocaïne. Violence/alcool, crack .**
- **<30 ans polytox, >40 ans alcoolo-tabagiques.**
- **Double dg : 36,8% toxicomanes**

### c) Troubles de la personnalité

- On évalue leur fréquence en détention à plus de 60%.
- Les troubles du cluster B du DSM apparaissent les plus fréquents, en particulier le trouble anti-social et le trouble borderline.
- Ils sont aussi les plus co-morbides, avec les addictions, les troubles de l'humeur et les stress post traumatiques.
- La psychopathie, entité psychologique et comportementale évaluée selon l'échelle de Hare, ne constitue que 15% des troubles de la personnalité chez les détenus, selon les travaux canadiens et belges
- Du point de vue pathogénique, on doit s'interroger sur leurs liens avec les tr. de l'humeur et l'exposition précoce à des événements psycho-traumatiques

#### d) Comportements auto-agressifs

- *suicides*: 7 à 10 fois plus fréquents en détention qu'en population générale. Entre 2000 et 2005, entre 120 et 130 par an. Priorité ministérielle, cf rapport Terra.
- *automutilations*: 1300 par an, facteurs suicidaires, chez sujets personnalité pathologique, intellectuellement démunis, immatures et dépendants.
- *grèves de la faim*: 1000 par an, caractère protestataire déterminants d'ordre paranoïaque évoquant lien entre défense paranoïaque et dépression sous-jacente (Rapport de l'administration pénitentiaire, 2001)
- comportements symptomatiques d'une psychopathologie activée par contexte carcéral, urgence psychiatrique fréquente.

## 7. Relations entre infraction et trouble psychiatrique

- l'infraction oriente sur disposition psy : a) qui interagit avec contexte carcéral (remaniements psychiques) b) qui a pu contribuer à l'infraction.
- typologies classiques : mélancolie/infanticide, mélancolie/meurtre altruiste, délire paranoïaque/homicide volontaire et/ou meurtre passionnel, passage à l'acte meurtrier inaugurant une schizophrénie.
- mais quid des voleurs, braqueurs, agresseurs sexuels, escrocs? en terme de disposition psychique.
- peut-on encore dissocier « dangerosité criminologique » et « dangerosité psychiatrique »? Les prédicteurs apparaissant identiques ou statistiquement corrélés

## 8. Comorbidité et vulnérabilité chez les détenus

- la plupart des infractions sont-elles corrélées à une disposition psychopathologique? L'expérience clinique et les données épidémiologiques tendent vers une réponse positive.
- comorbidité majore le risque de passage à l'acte violent.
- dépression dg le plus fréquent, indépendamment troubles exposants, alcoolisme et tr de la personnalité, étroitement liés à la dépression, exposant eux-mêmes au passage à l'acte et à la violence.
- comorbidité facteur prédictif de dangerosité
- hypothèse d'une origine commune liée à la confrontation précoce et répétée à des événements de vie psycho-traumatiques?

## **7. Problèmes éthiques**

- **Le secret médical**
- **Le secret professionnel partagé**
- **Le partenariat à l'intérieur de la prison, le partage de l'information**
- **Les interventions psychiatriques à la demande de l'institution pénitentiaire**
- **Les certificats**
- **La neutralité du médecin**
- **L'indépendance du médecin**

## 8. Responsabilité pénale des malades mentaux

- Avant la révolution française : un homme qui ne sait pas lui-même ce qu'il fait est exonéré de sa responsabilité pénale
- 19ème siècle Art. 64 CP (1810) : condamnation, punition pour le criminel pénalement responsable, soins médicaux pour le malade mental, irresponsable. Influence des aliénistes.
- En 1993, 12 ans après l'abolition de la peine de mort, le risque vital concerne la collectivité et non plus le criminel, le souci bascule en faveur la société et de l'évaluation de la dangerosité dans un contexte social sécuritaire. (nouveau CP, art. 122-1)
- Au 21ème siècle, doute critique relatif au lien entre trouble psychiatrique et responsabilité pénale. Lié à de forts courants idéologiques, à l'évolution sciences humaines, à la médecine, aux neurosciences → Responsabilisation pénale totale ou partielle de très nombreux malades mentaux (2ème alinéa art 122-1)

## *Conclusion*

**L'exercice de la psychiatrie en détention pose des problèmes spécifiques :**

- 1. Fréquence des troubles psychiatriques**
- 2. Vulnérabilité psychiatrique des détenus : déterminants**
- 3. Le milieu carcéral**
- 4. Le dispositif de soins : adaptation, questions éthiques**
- 5. La place des soins dans le volet réinsertion de la peine**
- 6. Le rôle du psychiatre**