

23 janvier 2008

[Vacarme 42](#) / [lignes](#)

la carcéralisation du soin psychiatrique

par [Jean Bérard](#) & [Gilles Chantraine](#)

Le scandale que constitue la surreprésentation massive de personnes souffrant de troubles mentaux est ordinairement lu comme l'effet d'une erreur d'aiguillage, comme si les individus se voyaient distribués à tort dans des institutions (pénale ici, psychiatrique là) aux moyens déséquilibrés mais aux finalités demeurer intactes. Or cette évolution n'éloigne pas seulement les malades des lieux où ils pourraient recevoir des soins ; née d'un télescopage entre l'ouverture des asiles et l'accélération du prononcé des peines, elle instaure une complémentarité entre des lieux de réclusion placés sous le signe de la neutralisation sociale, plutôt que du traitement. Lieux où il s'agira, de plus en plus, non de guérir d'un mal ou de purger une peine, mais de souffrir et d'attendre.

L'idée, en France, d'une prison devenant asile, c'est-à-dire d'une prison abritant un nombre croissant de personnes souffrant de troubles psychiatriques, fait aujourd'hui l'objet de validations concordantes. En épidémiologie notamment, une récente et vaste étude sur la santé mentale des personnes incarcérées indique que huit hommes détenus sur dix et plus de sept femmes sur dix présentent au moins un trouble psychiatrique, la grande majorité cumulant plusieurs troubles. Parmi les affections repérées, l'étude évoque 40% de dépressions, 33% d'anxiétés généralisées, 20% de névroses traumatiques, 17% d'agoraphobies, 7% de schizophrénies et 7% de paranoïas ou psychoses hallucinatoires chroniques. Plus du tiers des personnes détenues déclarent avoir consulté avant la période d'incarcération un psychologue, un psychiatre ou un médecin généraliste pour un motif d'ordre psychiatrique. 16% des hommes détenus en métropole ont déjà été hospitalisés pour raisons psychiatriques, 8% présentent les critères d'un abus ou d'une dépendance aux substances illicites et 31% d'un abus ou d'une dépendance à l'alcool [1]. Nationales ou menées dans tel ou tel établissement, l'ensemble de ces études conclut, au-delà des incertitudes liées à la diversité des méthodologies employées, à une surreprésentation massive des personnes présentant des troubles psychiques dans les prisons françaises ; et, selon le rapport issu d'une récente conférence de consensus consacrée à l'expertise psychiatrique pénale, ce constat vaut pour l'ensemble des pays occidentaux [2].

L'historien Marc Renneville, au terme de son analyse de deux siècles de relations entre crime et folie [3], formule une hypothèse provocante : et si l'incarcération des malades mentaux, pourtant sans cesse dénoncée, était devenue sans le dire un des piliers de l'usage de la prison, par ailleurs discréditée comme technique de rectification des comportements déviants ? Derrière cette hypothèse s'enchevêtrent plusieurs problèmes, dont trois particulièrement saillants : celui de la nature de la redistribution partielle et progressive de la contention psychiatrique vers la contention carcérale ; celui des conséquences de cette redistribution sur les conditions de réclusion, en prison ou à l'hôpital, des sujets souffrants ; celui, enfin, de la transformation du sens même de la pratique psychiatrique.

une double dynamique institutionnelle

Un facteur souvent mis en avant pour expliquer la redistribution partielle de l'enfermement psychiatrique vers l'enfermement carcéral est le recul depuis vingt ans du nombre de cas de non-lieux prononcés pour irresponsabilité pénale, fruit d'une volonté politique et psychiatrique de « responsabiliser le malade mental ». Pourtant, à l'issue de vifs débats sur l'évolution de ce nombre, il semble certes que la tendance soit à la baisse (212 non-lieux pour irresponsabilité prononcés en 2005, contre 340 en 1995 et 444 en 1987), mais partant d'un taux de départ qui a toujours été bas et

ne peut expliquer à lui seul le mouvement d'ensemble.

En fait, plus que la raréfaction des cas d'irresponsabilité pénale, une recomposition institutionnelle plus large est à l'oeuvre. D'un côté l'ouverture des asiles, corrélative au mouvement de désinstitutionnalisation des hôpitaux psychiatriques entamé dans les années 1970, ainsi que le développement de la psychiatrie de secteurs expliquent le recul du nombre de lits disponibles : de plus de 120000 lits d'hospitalisation en 1970 on est passé à 40000 en 2005. D'un autre côté l'accélération du train de la justice ordinaire, construite autour de la procédure de comparution immédiate, concerne le plus souvent les auteurs d'une délinquance visible, de rue, qui sont eux-mêmes dans une situation de marginalité. Les enquêtes montrent l'importance du nombre de malades psychiatriques qui, en rupture de ban social et en rupture de soins, vivent un parcours d'exclusion qui passe par la prison et s'achève à la rue (voire à la morgue, si on retient l'idée, exprimée par certains psychiatres, qu'un lien existe entre la schizophrénie de nombre de SDF et la fréquence des personnes qui meurent de froid l'hiver). Interpellées par la police et envoyées dans un circuit judiciaire ultrarapide, ces personnes ont fort peu de chances de voir leur trouble psychiatrique reconnu et pris en charge. Une pétition de psychiatres résume la situation : « Les services de psychiatrie générale sont en grande difficulté pour prendre en charge les malades difficiles et violents (fermeture des lits, baisse de la démographie médicale, réduction des effectifs). Faute de structures de soins adaptées, l'hôpital laisse à la rue ces sujets jusqu'à ce que leurs symptômes les fassent basculer dans la criminalité ou la délinquance et les amènent en prison. La prison devient alors l'ultime institution capable de les recevoir. Elle prend le relais de l'asile pour devenir le lieu de la relégation psychiatrique [4]. » À l'inverse, le temps mort de l'incarcération est propice à la décompensation, et l'orientation vers les psychiatres officiant en prison permet alors à ceux-ci de maudire l'incapacité de la chaîne pénale à repérer en amont de la prison la nécessité d'une prise en charge thérapeutique.

D'autres mécanismes accentuent le processus à l'oeuvre. Depuis 1994, le Code pénal prévoit que, entre une responsabilité ou une irresponsabilité totale (abolition du discernement au moment des faits reprochés), les personnes peuvent être jugées et condamnées si leur responsabilité a été jugée « atténuée » (altération du discernement). Cette disposition a été conçue comme un moyen de modérer les sanctions par la reconnaissance d'une responsabilité partielle. Sombre ironie du dispositif : dans la pratique, jugées à la fois coupables, folles et dangereuses, les personnes dont on a reconnu l'altération du discernement voient leurs condamnations souvent alourdies. Elles sont ainsi réduites à errer entre les quartiers ordinaires de détention, les rares places d'hospitalisation psychiatrique disponibles en détention, les quartiers disciplinaires et d'isolement des prisons, et les hospitalisations d'office, qui ont été multipliées par quinze en l'espace de dix ans. Même lorsqu'elles ont achevé leur éventuelle période de sûreté (durant laquelle aucun aménagement de peine ne peut être demandé), elles ne sont que très difficilement accessibles à des aménagements de peine, qui nécessitent de présenter un projet de réinsertion comprenant un logement et un emploi.

Un effet pervers, selon lequel en renforçant l'offre de soins en prison on renforce l'incarcération des malades mentaux, est également dénoncé par le rapport de la conférence de consensus : « Certaines expertises qui concluent à l'altération du discernement concluent également à la nécessité d'une prise en charge en service médico-psychologique régional (SMPR), forgeant ainsi la croyance selon laquelle le SMPR peut devenir, malgré son inscription carcérale, un lieu de soin à part entière et non pas simplement un lieu « où l'on soigne ». Cette confusion peut exacerber le malaise de personnels soignants qui observent avec amertume que leur présence en prison tend à légitimer la répression pénale de la maladie mentale. » Cet effet d'entraînement sera encore renforcé par la création, en 2009, des Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), soit une extension du parc pénitentiaire qui consiste à implanter dans l'enceinte des hôpitaux de nouvelles structures de soins sécurisées par l'administration pénitentiaire et réservées à l'hospitalisation des détenus présentant des troubles psychiatriques. La création des UHSA apparaît à de nombreux psychiatres comme relevant d'une urgence humanitaire absolue pour répondre à la condition délétère des malades mentaux en prison (isolement, surpénalisation disciplinaire, état suicidaire, décompensation

violente). Mais d'autres, voire les mêmes, redoutent une plus grande acceptabilité de l'incarcération des malades mentaux, du fait même de cette création. Comme l'explique le psychiatre Gérard Dubret, « développer au sein du système pénitentiaire un dispositif d'hospitalisation psychiatrique permettant de prendre en charge les pathologies les plus lourdes sans chercher en amont à remédier à cet afflux derrière les barreaux de personnes souffrant de maladie mentale, c'est à coup sûr prendre le risque d'amplifier ce mouvement ». Ainsi, poursuit-il, « accroître l'offre de soins psychiatriques en prison, c'est aussi malheureusement accroître le risque de voir les tribunaux condamner davantage les malades à des peines de prison, puisque l'incarcération pourra s'accompagner de soins psychiatriques, y compris pour les pathologies les plus graves [5] ».

Les exigences déontologiques qui encadrent la relation de soin sont menacées elles aussi par le mouvement de carcéralisation de la psychiatrie. C'est dans ce cadre, par exemple, qu'il faut replacer les attaques en règle contre le secret médical, et les efforts politiques pour lui substituer un « secret partagé », qui, selon Rachida Dati, doit « permettre à l'administration pénitentiaire de bénéficier d'un échange d'informations strictement encadré au dossier médical des détenus afin d'améliorer leur prise en charge et la sécurité [6] ». C'est dans ce cadre encore qu'il faut comprendre la pression exercée sur les psychiatres pour qu'ils posent des diagnostics de dangerosité criminologique (définie comme le risque qu'une personne commette un délit ou un crime), là où leur domaine de compétence s'arrête, ou devrait s'arrêter, à diagnostiquer la dangerosité psychiatrique (risques suicidaires des dépressions, risques agressifs des délires de persécution, des états maniaques ou des confusions mentales). C'est plus globalement dans ce cadre que s'inscrivent les difficultés et les résistances rencontrées par les psychiatres pour développer des Programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) définis par des enjeux sanitaires et non par des enjeux sécuritaires [7].

trompe-l'oeil d'une critique fragmentée

Cette tendance dessine un thème de revendication commun : replacer les malades avec les malades, dans un cadre de *soin*. Mais, là comme ailleurs, il faut se garder de l'illusion selon laquelle une tendance très contemporaine à la pénalisation de la folie aurait remplacé un âge meilleur, voire d'or, où la répartition entre établissements pénitentiaires et hospitaliers aurait été plus harmonieuse. Et ce au moins pour deux raisons.

D'abord, comme le montre Marc Renneville, la question des relations de la folie et du crime hante la prison depuis le XIXe siècle. Il faut sortir de la fiction du « scandale » des fous en prison en regard des principes canoniques du droit. D'un côté la prison a toujours été, simultanément, le lieu du châtiement légal des personnes jugées responsables et le laboratoire, certes souvent rudimentaire, de techniques de redressement des anormaux, considérés comme plus ou moins fous, ou « pervers » — pour reprendre un terme de la réforme Amor, qui, en 1945, posait le reclassement social du détenu comme objectif prioritaire de la peine de prison. Symétriquement, la transformation de la psychiatrie vers moins d'enfermement ne doit pas faire oublier que ce qui se cache derrière l'idée de soin, pour les gens considérés comme fous et dangereux, est aussi l'enfermement, ainsi qu'une pratique au croisement de la gestion d'une institution fermée et d'un travail thérapeutique.

Ensuite, si les personnes nécessitant des soins psychiatriques hantent les prisons, les critiques de l'enfermement psychiatrique pointent un scandale renversé : la présence à l'hôpital de personnes auxquelles nul soin n'est prodigué. Cette situation prend aujourd'hui une acuité particulièrement dramatique pour les détenus qui, en phase de décompensation aiguë en détention, sont hospitalisés d'office en psychiatrie de secteur, en vertu de l'article D-398 du Code de procédure pénale. Les observateurs rapportent des conditions de « soin » effroyables des détenus arrivant ainsi à l'hôpital [8] : en état de privation complète (notamment de soin), attachés vingt-quatre heures sur vingt-quatre à leur lit, totalement isolés, les équipes soignantes (et ce parfois au grand dam des chefs de service) n'attachant d'importance qu'au seul objectif de contention. Il est courant que les détenus bénéficiant de ce « traitement » réclament instamment leur réintégration en prison [9]. Mais l'absence de soins à l'hôpital excède très largement la problématique pénale. Ainsi Philippe

Bernardet, s'appuyant sur un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de 1985, rapporte que « 44% des patients hospitalisés ou internés en psychiatrie sont inadéquats à ce type de prise en charge. [...] Sur l'ensemble des sujets inadéquats, 47% relèvent d'une structure à orientation non psychiatrique, 45% ne présentant aucun trouble du comportement. [...] 52% des « malades inadéquats adultes » ne bénéficient d'aucun traitement [10] ». Il s'agit essentiellement de personnes qui, si elles ne présentent pas de pathologie nécessitant un enfermement, n'en sont pas moins incapables d'assumer une vie autonome à l'extérieur, par manque de famille, de travail, de revenu. Autant les malades en prison ruinent le sens de la sanction pénale, autant les non malades à l'hôpital psychiatrique ruinent le sens de l'enfermement pour soin. En ce sens, la question est moins de savoir où les gens sont enfermés que de connaître la durée des enfermements, la protection des droits des personnes privées de liberté, et les conditions sociales et économiques de leur sortie.

l'asphyxie sécuritaire de la psychiatrie

Pourtant, un enjeu fondamental de la revendication de retour des personnes des institutions pénitentiaires vers les institutions psychiatriques est la restauration de la maîtrise de la temporalité. En effet même si, comme cela a pu être remarqué, les différences institutionnelles entre une Unité hospitalière spécialement aménagée et une Unité pour malades difficiles, c'est-à-dire une des unités les plus sécurisées dépendant de l'hôpital, ne sont pas gigantesques, une distinction fondamentale demeure : un lieu de soin est, en théorie au moins, un lieu dont un patient peut sortir vers d'autres unités et d'autres modes de prises en charge selon des critères médicaux. Une UHSA, en tant qu'unité pénitentiaire, est un lieu dont on sort lorsqu'on va mieux pour... retourner en prison vivre le reste de sa peine, soit bien souvent le reste de sa vie, pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques ayant commis des crimes très graves. La création, qui doit être soumise à l'Assemblée nationale avant Noël 2007, de centres de rétention post-peine, ni prisons ni hôpitaux, pour les condamnés considérés comme dangereux, donnerait une réalité très concrète au spectre d'un enfermement à vie pour des personnes dont on considère qu'elles présentent des troubles mais qui, ni au stade de la condamnation, ni à celui de la libération, ne sont orientées vers l'hôpital.

Le caractère dramatique, pour les personnes détenues, et malgré les soins qui peuvent leur être (irrégulièrement) prodigués, de cette vie dans le monde carcéral, a été confirmé par un arrêt récent de la Cour européenne des droits de l'homme. Elle a, le 11 juillet 2006, condamné la France pour avoir maintenu en prison pendant plusieurs années, sans encadrement médical approprié, un détenu souffrant de troubles psychiatriques. Cette condamnation pose très précisément le problème qui sera demain celui des centres de rétention post-peine : une personne condamnée à une longue peine a vu sa libération retardée en raison de troubles psychiatriques. Ceux-ci se sont très lourdement aggravés en prison, de sorte qu'une libération paraît impensable. Faute d'aménagement de peine et de capacité d'accueil à l'extérieur, la justice condamne la personne à une progressive dégradation de son état de santé en prison, dégradation qui est ensuite invoquée pour refuser une libération. Demain, cette même justice pourra poursuivre son oeuvre de non-soins par un enfermement de rétention potentiellement perpétuel. Comme l'écrit Robert Badinter, « le mot qui vient à l'esprit pour les qualifier est celui de Victor Hugo : ce sont des « misérables » que notre justice psychiatisée fabriquera demain dans nos prisons [11] ».

La dégradation en prison de la santé des détenus malades mentaux et la longueur de leur réclusion sont symptomatiques d'une asphyxie du dispositif thérapeutique par une pénalité de contrôle et de sécurité maximale. En d'autres termes, les finalités contemporaines du système pénal (moins la discipline que la neutralisation) viennent surplomber et miner les savoirs psychiatriques, les techniques psychiatriques, et la relation thérapeutique elle-même. On rejoint là Bastien Quirion qui, au terme de son analyse des modes de transformation d'un dispositif thérapeutique moderne, conclut à la surdétermination du contexte sociopolitique sur les savoirs et les techniques pour comprendre les innovations ou les inerties du dispositif thérapeutique d'ensemble [12]. En d'autres termes, l'impératif d'une neutralisation absolue surplombe l'ensemble de la chaîne pénale et

psychiatrique. Des malades ayant commis une infraction grave sont envoyés en prison en pleine conscience de leur pathologie, pour éviter toute possibilité d'évasion. Ils sont condamnés à de très lourdes peines pour retarder leur libération. Ils ne sont pas soignés lorsqu'ils sont hospitalisés d'office parce que des conditions de sécurité maximale leur sont imposées. Demain, leur incarcération étant (encore !) bornée par la durée légale de la peine, ils iront dans des lieux de rétention qui ne seront pas davantage des lieux de soins.

Cette tendance doit être dévoilée par les deux ruptures qui la caractérisent. D'une part la rupture avec les principes du droit pénal, qui lie la sanction à la commission d'une infraction, et non à son incertain pronostic. D'autre part l'abandon des principes du soin médical, garantis par le secret qui lie le soignant au soigné, et non le soignant à la recherche de la protection de la société. Il est certain que ces deux principes sont en partie des fictions dans le fonctionnement des institutions, à la fois parce que l'hôpital psychiatrique a un rôle de sécurité publique, et parce que la prison, par l'évaluation de la dangerosité qui préside en partie au prononcé de la peine, et en grande partie à celui de libérations anticipées, lie depuis longtemps la durée de l'enfermement à une évaluation psychocriminologique. Mais, contre ce qui se présente aujourd'hui comme une confusion complète des droits des personnes, des victimes et de la société, du travail de soin et de l'expertise criminelle, et contre lequel toute critique semble ensevelie sous un déluge médiatique, les résistances les plus importantes viendront peut-être des principes du droit et de la déontologie du soin.

Notes

[1] Frédéric Rouillon, Anne Duburq, Francis Fagnagni, Bruno Falissard, *Étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison*, 2004.

[2] *Expertise psychiatrique pénale*, Rapport de la commission d'audition, 25-26 janvier 2007.

[3] Marc Renneville, *Crime et folie. Deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*, Paris, Fayard, 2004.

[4] Gérard Dubret, Luc Massardier et Philippe Carrière, « Hôpitaux- prisons : le remède sera pire que le mal », pétition contre le projet de création des Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), <http://gdubret.club.fr/psy/index.html>. La pétition milite pour le renforcement des Unités pour malades difficiles (UMD), afin de prendre en charge les malades difficiles en amont de l'incarcération, pour éviter celle-ci. Elle dénonce également la stratégie ségrégative et stigmatisante des UHSA.

[5] Gérard Dubret, « Les UHSA, une fausse bonne idée ? », colloque *Santé et prison, dix ans après la loi, quelles évolutions ?*, 2005.

[6] Rachida Dati, *Le Parisien libéré*, 5 octobre 2007.

[7] Michel David pointe par exemple l'intérêt de développer un programme de recherche sur la qualité du sommeil en détention, qui constituerait, outre son intérêt clinique intrinsèque, une source précieuse d'informations et de documents sur la condition carcérale. Michel David, « Réponse (à propos de la pétition contre le projet de création des UHSA) », *Kamo de Socapsyleg*, 3, mai- juin, 2007.

[8] Symétriquement, le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (Conseil de l'Europe) a récemment dénoncé la condition similaire de détenus *en attente* d'hospitalisation d'office. *Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 27 septembre au 9 octobre 2006*, <http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2007-44-inf-fra.htm>.

[9] Catherine Adins, Maud Percq, Véronique Cousin, Aurélie Carey, « État des lieux des admissions et des séjours de détenus malades mentaux dans les services hospitaliers de psychiatrie générale »,

Les malades mentaux incarcérés, qui sont-ils ?, 19^e rencontres nationales des Secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (SPMP) et des Unités pour malades difficiles (UMD), Lille, 21-22-23 novembre 2007.

[10] Philippe Bernardet, *Les Dossiers noirs de l'internement psychiatrique*, Fayard, 1989.

[11] Robert Badinter, « La prison après la peine », *Le Monde*, 27 novembre 2007.

[12] Bastien Quirion, « Les transformations de l'intervention thérapeutique en milieu correctionnel : pérennité de la logique dominante ou innovations pénales ? », *Champ pénal*, 2007, <http://champpenal.revues.org/document1471.html>.