

Le malade mental et la prison

Michèle Lévy*

La prison en quelques chiffres

Cent quatre-vingt-onze établissements pénitentiaires sont implantés en France dont 106 maisons d'arrêt, 24 centres de détention et 6 maisons centrales. Dans ces centrales sont détenues les personnes condamnées à de longues peines, les détenus dangereux nécessitant une surveillance renforcée, ou encore celles considérées comme « irrécupérables » dont bon nombre de malades mentaux. Malgré la construction de nouvelles prisons, une surpopulation carcérale chronique est constatée avec 60 978 personnes détenues en janvier 2010 sur 54 988 places opérationnelles. La durée moyenne d'incarcération est de 9,4 mois et 2 % des détenus ont effectué plus de cinq années d'incarcération. Une augmentation importante du taux de détention est observée depuis dix ans avec un taux de 94,2 détenus pour 100 000 habitants en 2010 contre 75,7/100 000 en janvier 2001. Les rapports sur les prisons dénoncent l'afflux de personnes incarcérées après une comparution immédiate (26,2 %) et la proportion importante de prévenus (30,8 %). 42,6 % des détenus sont des condamnés correctionnels et 15,7 % se trouvent en réclusion criminelle.

La répartition par infraction montre :

- 15,6 % de viols et d'agressions sexuelles ;
- 14,4 % de trafics de stupéfiants ;
- 7,7 % de vols simples et 10 % de vols qualifiés ;
- 24 % de violences volontaires ;
- 6,9 % de crimes de sang dont les deux tiers sont des crimes passionnels.

Notons aussi que 17,7 % des détenus sont étrangers.

Les taux de récidives sont stables, concernant 40 % des détenus. Ils sont variables selon le type d'infraction et faibles en matière criminelle.

L'organisation des soins

Depuis la loi de 1994, les soins psychiatriques en prison dépendent des équipes psychiatriques de secteur de proximité alors qu'ils étaient auparavant sous le contrôle de l'administration pénitentiaire. 93 secteurs de psychiatrie exercent en prison au sein des UCSA (unités de consultations et de soins ambulatoires).

* Praticien hospitalier en psychiatrie, Hôpital de Saint-Germain-en-Laye, France.

Les psychiatres ont ainsi gagné en indépendance, en moyens et probablement en qualité quoique les dispositifs de soins psychiatriques en prison soient encore insuffisants. Les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) assurent la coordination des soins sur une région géographique et peuvent disposer de cellules de soins en détention. 26 des 191 établissements pénitentiaires disposent de SMPR. Ces structures intracarcérales proposent un suivi psychologique, des soins psychiatriques et des activités de jour. Elles ont un dispositif de surveillance assuré par l'administration pénitentiaire avec une présence soignante renforcée. On ne peut pas cependant les considérer comme des lits d'hospitalisation.

Des principes déontologiques défiés

Les personnes détenues doivent faire l'objet d'une attention particulière car elles sont enfermées et vulnérables. Le respect de la confidentialité et du secret médical est indispensable. Les patients ont une certaine méfiance vis-à-vis des psychiatres qu'ils croient en lien avec les juges ou sous contrôle de l'administration pénitentiaire. Ils confondent souvent le clinicien avec l'expert.

L'instauration d'une relation de confiance peut être difficile et le respect du secret médical doit être garanti au patient. Une grande vigilance est indispensable, car les psychiatres sont sans cesse sollicités pour la participation à des réunions pluridisciplinaires, des liens avec les SPIP, des demandes d'informations médicales, des listings, des certificats... avec une multitude de bonnes intentions de la part des demandeurs. Selon ces derniers, la mise en commun de l'ensemble des savoirs médicaux, sociaux et judiciaires sur un détenu aiderait sa prise en charge et surtout participerait au bon ordre dans les prisons, au mépris du respect des libertés individuelles des détenus et des principes déontologiques des médecins. De même que les surveillants doivent pouvoir tout voir des détenus, panoptisme décrit par Michel Foucault, il faudrait tout savoir des détenus. Cette position nous paraît dangereuse. Le risque serait en particulier de classer et de catégoriser les détenus en dangereux/non dangereux, toxicomane/pas toxicomane, malade/pas malade... avec des mesures consécutives sur leur détention et surtout l'établissement d'un diagnostic global prédictif pour chaque personne.

D'une façon générale, l'exercice de la psychiatrie en prison est soumis à l'attente implicite de la part de l'administration pénitentiaire d'une normalisation comportementale des détenus par la psychiatrie avec confusion entre missions de soins et de sécurité.

Le respect de la demande de soins

Contrairement à certaines idées reçues, les détenus ne sont pas soumis à une obligation de soins en prison, quels que soient leurs actes ou leur pathologie psychiatrique. Cette confusion peut être liée à la loi de 1998 prévoyant une obligation de soins pour les personnes condamnées pour des agressions sexuelles dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire. Comme pour la libération conditionnelle, cette obligation de

soins impose aux personnes condamnées un suivi psychiatrique après la sortie de prison, sous peine d'être réincarcérées.

En milieu carcéral, les soins ne peuvent être imposés que sous le régime de la loi du 27 juin 1990, c'est-à-dire en hospitalisation d'office en application de l'article D398 du Code de procédure pénale. Cependant, le suivi psychiatrique et psychologique est un facteur pris en compte par le juge d'application des peines pour accorder les libérations conditionnelles, car ce suivi témoigne d'une démarche autocritique du condamné. Par ce biais les cliniciens se trouvent confrontés à un afflux de demandes de soins dans un but utilitaire et non thérapeutique.

Les prisons sont-elles les nouveaux asiles psychiatriques ?

Une méta-analyse publiée dans le *Lancet*, passant en revue 62 publications internationales comprenant 22 790 détenus, a retrouvé chez les hommes incarcérés 3,7 % de pathologies psychotiques, 10 % de troubles dépressifs caractérisés et 65 % de troubles de la personnalité dont 47 % de personnalités antisociales. Si l'on compare ces chiffres à la population générale, on constate quatre fois plus de troubles psychotiques et seize fois plus de troubles de la personnalité antisociale chez les personnes incarcérées (47 % contre 3 %). Ces derniers chiffres n'ont rien d'étonnant, car ces troubles de la personnalité entraînent fréquemment des actes délictueux et criminels et sont sources de récidives.

L'étude de prévalence des troubles mentaux réalisée en France (Rouillon, Falissard et coll.) montre des chiffres encore plus inquiétants. Cette étude a été effectuée sur une population randomisée de 800 détenus hommes. Ils ont été interrogés par un clinicien à l'aide du « MINI plus » et par un entretien ouvert séparé avec un psychiatre senior. Puis les résultats ont été comparés et pour les cas non concordants il a été établi un diagnostic consensuel.

On retrouve 3,8 % de diagnostics de troubles schizophréniques concordants entre les deux cliniciens et 6,2 % de diagnostics consensuels. Pour l'état dépressif majeur, les chiffres sont respectivement de 17,9 % et 24 %. Ceux de l'anxiété généralisée sont de 12 % et 17,7 %, et de la dépendance aux drogues, 10,8 % et 14,6 %.

Ces résultats sont supérieurs à ceux habituellement retrouvés et montrent une augmentation des troubles psychotiques. Les causes extracarcérales de la surreprésentation des malades mentaux en prison sont multiples.

La baisse du taux d'irresponsabilité pénale

L'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal prévoit une irresponsabilité pénale pour les malades mentaux, décidée par le juge après expertise psychiatrique. Selon les termes de cet article : « n'est pas pénalement responsable la personne ayant présenté un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement et le contrôle de ses actes au moment des faits ».

Le nombre des non-lieux psychiatriques a été divisé par 100 en dix ans.

Il est actuellement de 0,4 %.

Les experts responsabilisent davantage les psychotiques pour plusieurs raisons. Contrairement aux anciens qui demandaient d'emblée une irresponsabilité, *via* l'article 64, pour les schizophrènes, il faut actuellement que ces malades aient présenté des symptômes psychotiques paranoïdes au moment des faits pour qu'ils soient jugés irresponsables. Ainsi les signes positifs sont pris en compte, mais peu ou pas les signes dissociatifs, déficitaires ou négatifs. D'autre part, les experts sont souvent des praticiens hospitaliers, solidaires de leurs collègues et avertis de leurs difficultés, qui ne veulent pas surcharger les hôpitaux avec des malades réputés dangereux ou difficiles, dont il est difficile de lever la mesure d'HO médico-légale. Plutôt que de demander une irresponsabilité, la tendance expertale est donc de recourir à l'article 122-1 alinéa 2 afin d'atténuer la responsabilité du mis en examen lorsque celui-ci présente des troubles psychiques « ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes ». Cependant, l'application de cet article jouera le plus souvent en la défaveur du mis en examen qui sera jugé d'autant plus dangereux pour la société qu'il est malade et sera donc condamné plus lourdement. La présence d'un jury populaire dans les tribunaux correctionnels renforcerait encore ce facteur d'incarcération des malades mentaux.

Le mouvement de désinstitutionnalisation de la psychiatrie

La diminution du nombre de lits, passant de 129 500 en 1985 à 89 600 en 2005, avec une réduction de la durée de séjour en psychiatrie a eu pour effet le retour des patients psychotiques dans la cité. Malgré des effets positifs pour de nombreux patients, il en a cependant résulté une augmentation des psychotiques dans la rue et en prison.

La politique sanitaire globale de réduction des moyens en psychiatrie entraîne des effets délétères pour les personnes se trouvant dans des situations de précarité, isolées et malades psychologiquement. Ces conditions de vie entraînent comme l'ont montré plusieurs études américaines un risque accru d'actes condamnables et donc d'incarcérations, en particulier pour les malades mentaux.

Une demande sécuritaire pressante

L'évolution des lois avec la comparution immédiate et l'absence d'expertise psychiatrique systématique en matière correctionnelle participent à l'afflux de malades mentaux en prison. Les juges ne demandent pas d'expertise psychiatrique lors des procédures correctionnelles pour les malades mentaux, les alcooliques, les toxicomanes, avec l'idée sous-jacente qu'on soigne mieux dedans que dehors. Certains juges envoient des personnes en prison avec pour simple scrupule la demande d'un examen psychiatrique en urgence !

La mauvaise réputation des malades mentaux, selon laquelle ils seraient plus dangereux que les autres, ce que contredisent les chiffres, renforce une politique sécuritaire à leur encontre, s'appuyant de façon démagogue sur des faits divers désastreux et bouleversants.

La loi sur la rétention de sûreté pour les criminels dangereux condamnés à des peines de plus de quinze ans de réclusion, prévoyant une rétention en fin de peine, en raison d'une dangerosité potentielle alléguée, illustre cette demande sociale sécuritaire. Les personnes seront détenues pour ce qu'elles sont (ou plus exactement ce que l'on croit qu'elles sont), et non pour leurs actes. Les psychiatres seront des acteurs essentiels de l'application de cette loi, car ils sont désignés comme experts pour reconnaître et prédire la dangerosité criminelle, alors que, comme le prétend Serge Portelli, « ils n'en savent rien ».

Enfin la société prend davantage en compte les victimes, et les « non-lieux » pour cause de maladie mentale sont mal acceptés car ils signifieraient que les faits n'ont pas eu lieu, ce qui est intolérable pour les victimes. Ceci est renforcé par le discours généralement véhiculé par tous les spécialistes que compte la société selon lequel il faut un procès pour aider les victimes à « faire leur deuil ».

Selon Robert Badinter, nous sommes dans une grande confusion entre psychiatrie et justice. La psychiatrie rend la justice, en appréciant la dangerosité des personnes et le risque de récidive, et la justice traite de la psychiatrie, en faisant intervenir les difficultés psychologiques des victimes dans ses décisions.

La prison rend malade

La prison est un milieu triste et violent où règnent l'arbitraire et l'insécurité. En plus de l'enfermement, de la promiscuité et de la vétusté des locaux, les détenus doivent faire face à la violence du milieu, entre détenus et avec les surveillants.

Le « choc carcéral »

L'arrivée en prison est un stress majeur. Le monde carcéral, contraignant, violent, excluant et dépersonnalisant, génère le sentiment d'un présent insupportable, d'un avenir bouché et devenu improbable. Cet état de détresse s'accompagne d'insomnie, de crises d'angoisse avec déréalisation, et d'idéations suicidaires avec passages à l'acte fréquents dans les jours suivant l'incarcération. De fait, 15 % des suicides interviennent dans les quinze premiers jours de détention et 50 % dans les six premiers mois. Les troubles du sommeil sont un motif fréquent de consultation. Ils permettent de dépister et de traiter des troubles anxieux ou dépressifs. Il s'agit le plus souvent de troubles réactionnels brefs dont la durée n'est pas liée à l'intensité initiale. Cet état affectif pénible est surmonté en quelques semaines au prix d'un aménagement du vécu temporel : le temps ne se décline qu'au présent, ritualisé par le rythme carcéral.

Dépressions et suicides

Le rôle de l'incarcération dans les décompensations dépressives est indéniable : les états dépressifs sont plus fréquents en milieu carcéral. Nous pourrions les définir comme des dépressions de privation. Privation de liberté, privation d'intimité et

privation d'affection semblent les sources essentielles de souffrance. L'effondrement dépressif se situe souvent dans un registre anaclitique, d'étayage, en particulier chez des patients, nombreux, précocement carencés affectivement.

Les passages à l'acte suicidaires sont beaucoup plus fréquents en détention qu'à l'extérieur : on peut établir le coefficient de sursuicidalité carcérale à 6,5. Les statistiques précisent que 115 personnes se sont suicidées en prison en 2009, soit un taux de suicide de 18 pour 10 000. Ce taux est stable mais il faut le relativiser par l'augmentation considérable du nombre de tentatives de suicide : 2 599 en 2009 contre 1 699 en 2008.

Il faut d'emblée distinguer les tentatives de suicide impulsives, relationnelles et contextuelles, des tentatives de suicide survenant dans le cadre d'un trouble de l'humeur, en particulier des dépressions telles que nous les avons décrites ou des états dépressifs survenant chez des psychotiques.

Le diagnostic de troubles de l'humeur sévères ou de troubles psychotiques avec idéation suicidaire entraîne une prise en charge spécifique, le plus souvent en milieu psychiatrique. La prévention suicidaire s'exerce alors de façon prévalente par le soin psychiatrique. Lorsque l'hospitalisation ne s'impose pas, le traitement médicamenteux et psychologique est associé, à notre demande, à une distribution quotidienne du traitement par les infirmières, et à une surveillance renforcée par les agents pénitentiaires. Les patients sont « doublés » en cellule, de façon à réduire les risques suicidaires en rompant leur isolement et en permettant de donner plus vite l'alerte en cas de passage à l'acte. Les codétenus sont alors utilisés à leur insu comme cothérapeutes ou cosurveillants. Malgré cela, les tentatives de suicide par ingestion médicamenteuse demeurent fréquentes, les patients accumulant leur traitement dans ce but.

Un autre moyen suicidaire fréquemment utilisé est la pendaison. Il est stupéfiant de constater que même au quartier disciplinaire les détenus peuvent se procurer du feu, des objets contondants, et des drogues. L'absence d'étanchéité de ces cellules, *a priori* très sécurisées, laisse entrevoir les difficultés de surveillance, en particulier des patients suicidaires. Le renfort de surveillance pénitentiaire ne paraît donc pas être la solution contre le suicide, même s'il signe une mobilisation positive du personnel pénitentiaire pour le prévenir. La volonté de tout contrôler et de tout sécuriser s'accompagne du danger d'une déshumanisation « contre-productive » qui accroît le risque suicidaire. Ainsi, au quartier disciplinaire, les mesures de sécurité apparentent les cellules à des cages qui renforcent les sentiments d'oppression et d'isolement, concourant aux décompensations psychiatriques et à des passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs : de fait, les suicides y sont sept fois plus fréquents qu'en détention normale.

Les tentatives de suicide impulsives dépendent beaucoup de l'environnement et de la personnalité des patients. Une majorité des patients présentant des troubles psychopathiques, le risque de passage à l'acte est élevé et ne peut être réglé par une prise en charge psychiatrique peu efficace chez ces patients. L'amélioration de la communication et de l'environnement est alors le principal axe de prévention.

D'une façon générale, réduire les suicides en prison est un objectif qui nécessite une amélioration des relations humaines par la rupture de l'isolement grâce à de « petits moyens » : cellules doubles, sport, études, travail, souvent très efficaces pour diminuer la charge anxieuse.

L'accompagnement social est également indispensable afin d'ouvrir un horizon de vie pour des patients qui ne se projettent que dans un néant affectif et social. En effet, certains détenus sont dans des conditions d'isolement et d'exclusion à l'extérieur de la prison encore plus redoutables que celles liées à l'incarcération. Le cercle vicieux : vol, prison, exclusion s'enclenche alors, avec – au bout du compte – des années de vie d'incarcération. La réduction du nombre de conseillers d'insertion et de probation, surchargés de dossiers, ne va pas dans ce sens.

Les escalades de violence

Les psychiatres sont appelés régulièrement par les surveillants dans des situations critiques avec violence, pour les médicaliser, de préférence à l'aide d'une injection, afin « d'éviter que les surveillants ne se fassent taper dessus ». Une réponse psychiatrique est ainsi sollicitée quand s'est installée entre surveillant et détenu une situation inextricable dans laquelle ni le détenu ni le surveillant ne peuvent céder. Dans la majorité des cas, il s'agit d'une accumulation de sentiments d'injustice chez le détenu et de sentiments d'être provoqué et agressé chez le surveillant. On retrouve chez les protagonistes les mêmes idées de préjudice qui donnent lieu à la montée de stress et d'agressivité.

En définitive, la majorité des troubles du comportement en prison ne sont pas liés à un trouble mental.

Les psychotiques en prison

Il existe un accroissement du nombre des psychoses chroniques en prison dans tous les pays industrialisés. Les personnes psychotiques sont le plus souvent incarcérées pour des actes délictueux mais parfois pour des actes criminels caractérisés par leur caractère violent, brutal, bizarre, incompréhensible, non prémédité ni dissimulé.

Le risque pour ces patients ne réside pas tant dans une sanction pénale qu'ils ne comprendraient pas mais plutôt dans les conditions et la durée de l'incarcération. Le problème de la responsabilité des psychotiques est complexe et les avis des spécialistes divergent. Pour certains psychiatres, l'accès au jugement et à la scène judiciaire, symbolisant l'ordre, peut aider les personnes psychotiques à réfléchir sur leurs actes et à se soigner. Les juger irresponsables de leurs actes au point de ne pas accéder à un jugement les désigne comme des êtres monstrueux, voire inhumains. Pour d'autres, ces arguments sont irrecevables simplement car la place des malades mentaux n'est pas en prison.

Que deviennent en effet ces malades condamnés à de longues peines dans les prisons ?

L'isolement, la collusion entre un éventuel délire de surveillance et surveillance réelle, la peur et parfois les maltraitances des autres détenus qui les considèrent comme « barjo » ou « zarbi », la violence, la promiscuité, l'incompréhension du fonctionnement carcéral sont des facteurs de stress majeurs sources de décompensations aiguës.

L'isolement et la privation affective et sensorielle peuvent également favoriser des évolutions déficitaires. Les promenades n'étant pas obligatoires, les patients peuvent se trouver en isolement quasi total pendant la durée de la peine. La demande de rendement au travail et la cadence des ateliers ne sont souvent pas tenables pour ces patients, exclus des activités proposées.

D'autres types de décompensations psychotiques peuvent être retrouvés : psychoses réactionnelles brèves, autrefois diagnostiquées psychoses carcérales, et décompensations psychotiques aiguës transitoires chez des détenus présentant des troubles de la personnalité limite à expression psychopatique.

Ces troubles psychotiques sont dépistés sur signalement de troubles du comportement, à type d'excitation, par les surveillants ou lors de la visite médicale systématique par les médecins généralistes dont le rôle est primordial.

Prison et hospitalisation psychiatrique

En pratique, les indications d'hospitalisation sont réservées aux décompensations psychotiques aiguës ou aux troubles de l'humeur avec risque suicidaire majeur.

Lorsque le patient accepte un traitement psychiatrique, il est possible de le soigner en prison, avec un accompagnement infirmier et parfois un suivi psychologique. Si son état nécessite une surveillance plus étroite, un transfert en SMPR disposant de cellules de soins est envisageable. Dans la réalité, ces transferts sont difficilement réalisables faute de place ou, paradoxalement, en raison des risques suicidaires qui ne veulent pas être assumés par les seuls médecins de ces structures. En cas de pathologie psychiatrique nécessitant un traitement spécifique et en l'absence de consentement éclairé du patient, nous demandons son hospitalisation d'office dans un service de psychiatrie sectorisé ou dans une unité pour malades difficiles (UMD). Contrairement aux hospitalisations en médecine pendant lesquelles les détenus sont surveillés par des policiers, l'hospitalisation en psychiatrie ne s'accompagne d'aucune mesure spécifique de sécurité. En cas d'évasion, la responsabilité incombe aux soignants dont la fonction est singulièrement détournée vers celle de surveillant. Dans ces circonstances, on comprend la réticence majeure des secteurs psychiatriques à prendre en charge des patients détenus. Les patients hospitalisés rapportent également la difficulté à supporter un isolement « pire qu'en prison » puisqu'ils demeurent en chambre d'isolement à temps plein, dans la grande majorité des cas.

Le psychiatre en prison se trouve donc devant le choix d'assumer avec un minimum de moyens et dans un lieu carcéral inapproprié le traitement des malades mentaux, ou de les adresser à des secteurs psychiatriques qui nous les « renverront » le plus vite possible, en raison du manque de personnel, des contraintes, des responsabilités médico-légales et des peurs suscitées par les prisonniers. Pour résumer, ces patients sont perçus trop dangereux pour les secteurs psychiatriques et trop malades pour la prison.

La création des UHSA

Des unités hospitalières spécialement aménagées ou UHSA sont prévues pour répondre à cette difficulté thérapeutique. La première a ouvert en 2010 à Lyon Le Vinatier. Ces unités d'hospitalisation sont implantées en milieu hospitalier avec une présence de l'administration pénitentiaire pour surveiller les patients détenus. Elles pourront répondre aux besoins concernant les hospitalisations psychiatriques avec ou sans consentement des malades détenus. Ces unités n'ont pas toujours été soutenues par le personnel soignant des prisons qui craint la création de prison psychiatrique stigmatisante alors que les UMD auraient pu répondre à cette mission si leur nombre avait été augmenté. Ne serait-ce pas là encore une nouvelle bonne raison pour incarcérer des malades mentaux ?

La présence de moyens en personnel qualifié et volontaire sera sans doute un des piliers de la réussite de ces nouvelles unités.

Des inquiétudes pour le futur

Le projet de réforme en cours de la loi de 1990 révisant les conditions de l'hospitalisation psychiatrique sous contrainte et prévoyant la possibilité d'une obligation de soins en ambulatoire est particulièrement inquiétant quant à son application en prison.

Qu'en sera-t-il alors des soins aux détenus ? Les personnes emprisonnées pourront-elles encore avoir cette liberté fondamentale de refuser des soins psychiatriques (hormis les cas d'indications d'hospitalisation d'office) ?

Les dangers de l'application d'une telle mesure sont importants : outre le manque de respect de notre éthique, les prisons pourraient se transformer rapidement en des lieux d'exclusion et de soins forcés pour les malades mentaux et les personnes considérées comme dangereuses.

Si l'on juge l'état d'une société à la façon dont elle traite ses fous, comment pouvons-nous juger celle dont le système global sanitaire et pénal aboutit à les mettre en prison ? De nombreux rapports ont analysé et critiqué cette situation. Il faudrait une vraie volonté politique et sociale afin d'enrayer ce mouvement régressif.

Références bibliographiques

L'Évolution psychiatrique, Numéro spécial psychiatrie et justice, 1998, n° 63.

Barbier M., Demontes C., Lecerf M., Michel J.-P. Rapport d'information fait par le groupe de travail sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions. N° 434. Présenté au Sénat le 5 mai 2010

Canetti C., « La psychiatrie dans l'univers carcéral », *ADSP*, 2003, n° 44.

Falissard B., *et al.*, « Prevalence of mental disorders in French prison for men » *BMC Psychiatry*, 2006, 6, p. 33.

Fazel S., Danesh J., « Serious mental disorder in 230 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys » *Lancet*, 2002, 359, p. 545-550.

Le malade mental et la prison

Foucault Michel. *Surveiller et punir*. Gallimard, 1975.

Portelli S. *Récidivistes – Chroniques de l'humanité ordinaire*, Grasset, 2008.

Senon Jean-Louis *et al.*, « Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisations, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques » *Annales médico-psychologiques*, 2004, 162 , p. 686-699.

Senon J.-L. *et al.*, « Psychooses et prison – Un équilibre impossible entre sanitaire et judiciaire » *ASEP* nouveau site Internet, 2011.