

# Schizophrénie, psychose et prison

Une partie de ce texte a été publiée dans "la lettre de la Schizophrénie", n°23, juin 2001, 2-8 . Psychiatrie et violence [www.pinel.qc.ca/psychiatrie\\_violence](http://www.pinel.qc.ca/psychiatrie_violence) sept 2001

**F. Macheret-Christe\***, **B. Gravier\***

La remise en question du statut du psychotique dans les institutions psychiatriques a été un puissant ferment du changement qui a bouleversé le paysage de la psychiatrie du XXème siècle à travers, notamment, le développement de la psychiatrie de secteur et de la psychiatrie sociale et la remise en question de l'asile par les mouvements qui ont mobilisé soignants et patients.

L'histoire n'étant pas avare de chausse-trappes, c'est aussi à partir de la question de la psychose et de la place croissante qu'occupent en son sein les patients rejetés des autres lieux, que l'institution pénitentiaire est interpellée en particulier par les commissions parlementaires du sénat<sup>[1]</sup> et de l'assemblée nationale<sup>[2]</sup> ou le rapport Pradier<sup>[3]</sup>. Ce dernier évoque le « *désastre psychiatrique* » à l'intérieur des prisons et vilipende dans des termes très durs les responsables des institutions psychiatriques qui n'ont pas rendu les services qu'on était en droit d'attendre, tandis que les sénateurs stigmatisent un « *paradoxe terrible (...) : de plus en plus de malades mentaux sont aujourd'hui incarcérés. La boucle est bouclée : la prison, aujourd'hui en France, est en train de retrouver son visage antérieur au code pénal napoléonien* ».

Ce constat difficile ne doit pas, néanmoins, occulter l'analyse de la place du sujet psychotique à la croisée des chemins entre délinquance et folie, et entre responsabilité pénale et aliénation. La situation actuelle est certes le fruit d'une histoire, autant des idées que des pratiques. Résumer cette situation à une aporie, conséquence de la défausse des psychiatres serait cependant sous-évaluer la complexité des entrelacs cliniques en cause et les enjeux qui se focalisent sur la pression sécuritaire et l'exclusion des conduites déviantes qu'elles s'expriment par la criminalité ou l'apparence de la folie.

Il est certain que la faillite des prisons françaises ne fait que rendre encore plus insupportable une interface qui a toujours été problématique. Il ne faut pas, non plus, sous-estimer la faible tolérance du monde pénitentiaire face à tout ce qui ne s'inscrit pas dans la logique d'un traitement pénal linéaire. Tout ce qui ne se décline pas entre resocialisation et répression est par essence incompréhensible au monde pénitentiaire, qui demande au psychiatre d'assumer tout ce qui surgit hors sens.

La psychiatrie en milieu pénitentiaire est traversée par cette complexité : révoltée mais impuissante face au sort de certains patients porteurs de lourdes pathologies et

incarcérés pour de longues durées, hésitante quant aux limitations du soin dans un tel contexte, consciente des limites actuelles des hôpitaux psychiatriques, inquiète quant au développement de structures psychiatriques ultra sécurisées. Il s'agit souvent d'une pratique difficile, contradictoire qui appelle indiscutablement un large débat auquel tous les partenaires devraient être associés et en premier lieu ceux de la psychiatrie : experts, responsables de secteurs, etc.

Ce débat est indispensable car il dépasse largement les frontières de l'hexagone. Tous les pays occidentaux, quel que soit l'état de leur système pénitentiaire sont confrontés à l'afflux de psychotiques dans les prisons et à l'inadéquation des réponses proposées.

## Crime et folie : un débat ancien

La question de la présence de malades mentaux dans les prisons n'est pourtant pas récente. Esquirol en 1818 s'indignait de constater que des malades mentaux n'ayant pas commis de délits se retrouvaient enfermés dans les mêmes lieux que des criminels, que ce soit dans les prisons ou les hospices. Si la loi de 1838 a mis fin aux aspects les plus scandaleux de cette situation en réorganisant le « grand renfermement », la problématique de la réponse de la société face à des malades ayant commis des délits ou des crimes a toujours été très vive.

De fait, les remarques de Baillarger en 1844, les observations de Lelut en 1843, de Parchappe en 1863, les recherches de Pactet et Colin en 1876 et le célèbre rapport de Constans en 1874 détaillés par Martorell [\[4\]](#) [\[5\]](#) s'accordent pour souligner l'effrayante proportion d'aliénés dans les prisons : chiffre estimé de 7 à 8 fois plus élevé que dans la population libre selon Lelut, ou représentant près de 3% de la population pénale selon Paul Sérieux en 1903. Très tôt, les psychiatres se sont d'ailleurs rendu compte que la pathologie mentale pouvait passer inaperçue au moment du procès ou se révéler en cours d'incarcération à la faveur du « régime disciplinaire » ou à la fin de la « période d'incubation » (Lelut cité par Martorell). Les recherches menées par Pactet et Colin sur les détenus de la Centrale de Gaillon (quartier pour condamnés aliénés et épileptiques ouvert en 1876) concluaient que 36.7% des détenus considérés comme des malades présentant des troubles psychiatriques au cours de leur peine, étaient probablement des malades qui n'avaient pas été diagnostiqués en tant que tels à l'occasion de leur incarcération.

Au delà de la difficulté à diagnostiquer la pathologie psychiatrique la question de la responsabilité pénale des aliénés et leur accessibilité à la sanction a été aussi source d'empoignades. On connaît l'analyse de Rappard [\[6\]](#) qui estime que la psychiatrie s'est

trouvée fondée, non par la loi sur l'internement mais par l'ancien article 64 qui exclut l'aliéné du libre arbitre et donc du champ de l'application de la loi pénale. Le cas de Pierre Rivière analysé par Foucault, de même que la polémique entre Georget, l'aliéniste, et Regnault, l'avocat, méritent aussi d'être rappelés pour bien indiquer à quel point entre prison et hôpital la place du malade mental criminel a été source de questionnements quant à son statut de sujet capable d'assumer la peine<sup>[7]</sup>, avant que soit posée la question du statut de l'acte dans l'économie psychique du criminel.

L'irresponsabilité pénale vise à faire échapper à la peine ceux qui, en état d'aliénation, ont commis des actes punissables. Si la définition clinique du trouble qui conduit à l'irresponsabilité pénale est encore à établir, pendant longtemps le débat s'est trouvé résumé dans les propos de F. Lelut. Celui-ci écrit dès 1846 qu'« *il existe malheureusement encore entre les hommes de science et les hommes de loi, entre les médecins et les membres du parquet un esprit d'opposition et comme de suspicion réciproque, qui, dans les fastes de la justice criminelle, a donné lieu plus d'une fois à de bien tristes résultats. Si les premiers sont quelques fois allés trop loin dans le désir d'arracher à la mort ou à l'emprisonnement des organisations (mentales) qui leur paraissent plus déraisonnables que criminelles, les seconds, dans plus d'une circonstance, n'ont pas été moins opiniâtres à appeler la sévérité des lois sur des malheureux en qui l'intelligence affaiblie ou malade avait au moins singulièrement diminué le libre arbitre, et à repousser à cet égard les enseignements de la science et les représentations des médecins* ».

Malgré les opinions bien tranchées des experts concernant l'irresponsabilité des schizophrènes<sup>[8]</sup>, la limite est toujours restée bien floue, tributaire de l'évolution de la nosographie et de la psychopathologie et de bien d'autres considérations. Comme le dit Daumézon : « *Maladie des livres et irresponsabilité ne coïncident pas toujours et l'expert devra confronter le comportement du sujet avec l'image de l'infraction que la société s'est fixée* »<sup>[9]</sup>.

Ces dernières décennies ont vu un mouvement de plus en plus fort se dessiner parmi les psychiatres pour « *dépasser cette dialectique où la non responsabilité exclut radicalement l'auteur du crime du champ de la communauté humaine : en d'autres termes, reconnaître à la fois l'imputabilité du crime et la vérité de la folie* »<sup>[10]</sup>. Beaucoup d'éléments ont facilité cette évolution : élaborations psychanalytiques, modification radicale de la perception de la psychose et, peut-être, malaise face à la perception d'un certain arbitraire dans les conclusions des experts.

A côté de la question de la responsabilité pénale, celle du lieu où doivent être enfermés les délinquants souffrant de troubles psychiques, qu'ils soient considérés par les

criminologues comme « aliénés » ou « anormaux mentaux », rejoint l'histoire de la criminologie et des courants issus du positivisme. Beaucoup de législations se sont en effet structurées autour de la créations d'institutions appropriées tentant d'associer soin et sécurité dans une perspective de défense sociale. Ainsi la loi de défense sociale promulguée en Belgique en 1930 stipule que *« le délinquant reconnu atteint d'anormalité mentale échappe désormais à la sanction proprement dite. Il fera l'objet de mesures thérapeutiques et éducatives qui ne prendront fin que lorsque son état sera jugé suffisamment amélioré pour lui permettre de rentrer sans danger dans la Société; d'autre part, si, à l'expiration du terme de cette sentence, l'état de l'anormal justifiait la continuation de son internement, il peut être prolongé. Cette loi réalise, en fait, pour les délinquants anormaux, le principe de la sentence indéterminée »*. En Allemagne, en Italie, en Hollande se sont ainsi constituées, par le biais de telles législations, des institutions dont la mission excède largement celle des Unités pour malades difficiles en France et qui assument l'intégralité du contrôle social décidé par voie de justice. Cette orientation est loin d'avoir fait ses preuves, comme en témoigne la faillite des hôpitaux psychiatriques judiciaires italiens ou des instituts de défense sociale belges.

## **Le développement des services de psychiatrie dans les prisons**

Plusieurs travaux ont déjà longuement décrit la démarche qui a conduit à la création des SMPR (Senon, 1998 [\[11\]](#); Baron-Laforêt et Brahmly [\[12\]](#) 2000). En France, dès 1947, s'ouvriront quelques annexes d'abord à la prison de Rennes, puis à Toulouse, Lille, etc. conçues principalement comme une aide à l'expertise et au dépistage des maladies mentales : *« À l'heure actuelle, ce dépistage est fait par des expertises mentales qui sont ordonnées par le juge d'instruction soit spontanément, soit à la requête des avocats. Cette manière de procéder est hasardeuse. Il faut la remplacer par le dépistage systématique, ce sera la fonction des annexes psychiatriques auprès des prisons. Suivant le développement donné à ces annexes psychiatriques, celles-ci pourraient aller de la simple infirmerie jusqu'au laboratoire complet »*. [\[13\]](#)

Initialement au nombre de 14, la plupart de ces annexes fermeront faute de moyens et de soutien de la part de l'administration pénitentiaire, dont dépend le personnel médical vacataire qui y travaille

Au premier juillet 1967, six annexes fonctionnaient encore, rattachés aux maisons d'arrêt de Bordeaux, Lille (Loos), Lyon, Marseille, Paris (La Santé) et Strasbourg. En 1974, alors que les prisons sont agitées de mouvements de révoltes une nouvelle impulsion est donnée avec la création d'un centre psychiatrique à Fleury-Mérogis où le personnel soignant est placé sous tutelle du ministère de la santé. Poursuivant l'entreprise de la sectorisation, la circulaire du 28 mars 1977 de S. Veil créera

officiellement les Centre Médico Psychologiques Régionaux et posera d'emblée un certain nombre de principes fondateurs :

- Limitation des internements en milieu psychiatriques aux seuls cas nécessitant une structure psychiatrique lourde
- Rattachement de l'équipe de soins au service public hospitalier avec la création de secteurs spécifiques
- Dimension volontaire des soins prodigués

Le décret du 14 mars 1986 et ses textes d'application (notamment l'arrêté du 14 12 1986) donneront au secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire une reconnaissance légale véritablement inscrite dans les textes. Les CMPR deviendront alors Services Médico Psychologiques Régionaux (SMPR) avec une vocation thérapeutique affirmée et complétée par la création d'antennes de luttés contre la toxicomanie. Il existe aujourd'hui 26 SMPR en France pour 187 établissements pénitentiaires. En majorité implantés dans des maisons d'arrêts, les SMPR commencent à être ouverts dans des centres de détention ou des maisons centrales. La loi du 18 janvier 1994 a complété le dispositif en incitant les secteurs de psychiatrie à ouvrir des consultations dans les établissements non couverts par les SMPR dans le cadre des unités de consultations et de soins ambulatoires(UCSA)

## La population carcérale de nos jours

D'après les rapports du Sénat et de l'Assemblée nationale, celle-ci a doublé de 1975 à 1995, passant de 26032 à 52658 alors que, dans le même temps, la population française n'augmentait que de 10%. Depuis 1996 cette population a par contre diminué de 6.6%. Pourtant, les préoccupations liées au surpeuplement carcéral restent d'actualité, si l'on considère que le parc pénitentiaire actuel manque encore plus de 2000 places. Le surpeuplement est surtout patent dans les établissements de détention préventive, certains connaissant des taux d'occupation de plus de 200%. L'allongement sensible de la durée des peines est une des raisons de cette surpopulation. Ainsi, le nombre de détenus qui purgent une peine de plus de cinq ans a été multiplié par 2.5 entre 1988 et 1999. Ceux-ci représentent donc 40% des condamnés, alors que ceux qui purgent une peine de moins de 6 mois représentent moins de 12%. Par contre, la population carcérale féminine ne s'est que peu modifiée en France, et ne représentait au 1er janvier 1999 que 3.8% de la population carcérale totale. A noter que sur ce dernier point la situation dans les prisons américaines a suivi une évolution radicalement différente puisque le taux d'incarcération des femmes y a triplé entre 1983 et 1994.<sup>[14]</sup> La population carcérale a également été modifiée dans sa composition. Ainsi, tant en France que dans d'autres pays, (y compris ceux ayant créé des institutions spécifiques décrites plus haut) on retrouve de façon croissante



délinquants sexuels, toxicomanes et malades mentaux.

## Aspects épidémiologiques de la maladie mentale en prison

*"Tout se passe comme si la prison était devenue le seul lieu d'accueil pour un nombre croissant de psychotiques rejetés à l'extérieur de l'institution hospitalière par les responsables médicaux" dit avec vigueur le rapport Pradier.*

Ce constat n'est cependant ni récent, ni spécifique à la France. En effet, Lamb, dans une revue de la littérature portant sur 110 études publiées depuis 30 ans sur la question de la maladie mentale et l'incarcération met en évidence que 6 à 15% des prévenus, et 10 à 15% des condamnés, présentent des troubles psychiatriques sévères, aigus ou chroniques [\[15\]](#). Il ressort de ces études que les malades psychiatriques sont plus fréquemment incarcérés que le reste de la population et que la population pénitentiaire dans son ensemble connaît une forte morbidité psychiatrique. Les publications scientifiques ont toujours insisté sur cette dernière donnée à l'instar de Schuckit qui relevait, dès 1977 que 46 % des prisonniers peuvent présenter des troubles répondant à un diagnostic psychiatrique, tandis que seuls 5% doivent bénéficier de soins aigus [\[16\]](#). La morbidité psychiatrique varie entre 25 à 60 % de la population pénale en fonction des études et de l'accent mis sur les troubles de la personnalité. Dans notre expérience des prisons du canton de Vaud, nous retrouvons une prévalence de 22 à 25 % des détenus suivis pour des problèmes psychiatriques (cf tableau en annexe).

La question est de savoir si l'accroissement constaté empiriquement par la plupart des acteurs du monde pénitentiaire est confirmé par les rares études disponibles. Seules les études de Gunn [\[17\]](#) qui, à trois reprises successives, a étudié la morbidité psychiatrique en milieu pénitentiaire (1978, 1991 et 1995) confirment véritablement cette tendance et indiquent que celle-ci est passée de un tiers des détenus en 1977 à 44.7% en 1990 pour s'élever à 66% en 1995.

Si l'on s'attache aux troubles les plus sévères en termes de pathologie, les taux demeurent importants sans que l'on puisse en tirer une véritable conclusion quant à une augmentation significative. Une des études les plus complètes menée récemment par Teplin [\[18\]](#) et portant sur 728 hommes incarcérés à Chicago entre 1983 et 1984, relève que 6.4% des personnes de cette cohorte présentaient une schizophrénie, un trouble bipolaire ou un trouble dépressif grave. Ce taux est 2 à 3 fois supérieur à celui retrouvé dans la population générale. La cohorte étudiée ne répertorie que les prévenus incarcérés et ne prend pas en compte les hommes arrêtés et directement transférés dans une institution de soins publics, ce qui indique d'ailleurs une sous-estimation de

l'incidence de ces pathologies dans le domaine médico-légal.

En ce qui concerne le seul diagnostic de psychose, les études oscillent entre 3 et 5%, confirmant l'enquête menée récemment dans 26 SMPR par l'Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP). Ainsi, à la maison d'arrêt de St Michel de Toulouse, sur une période de 2 mois, 3.5% des détenus présentaient une psychose, dont 75% avec un diagnostic de schizophrénie et 25 % un diagnostic de psychose paranoïaque.<sup>[19]</sup> Au centre de détention de Muret la même proportion est retrouvée entre patients schizophrènes et paranoïaques alors que le pourcentage de condamnés présentant un diagnostic de psychose est un peu plus élevé avec une valeur de 4.6%. Nos propres chiffres (tableau en annexe) se situent autour de 2 à 3% des cas rencontrés ce qui représente une population qui oscille entre 45 et 65 sujets pour une moyenne de 2000 entrées annuelles.

D'après Teplin,<sup>[20]</sup> <sup>[21]</sup> les troubles psychiatriques au sein de la population carcérale féminine se différencient de ceux retrouvés chez les hommes incarcérés. L'étude porte sur une cohorte de 1272 femmes prévenues à Chicago entre 1991 et 1992, et souligne une prévalence des troubles mentaux plus élevée que dans la population générale, schizophrénie exceptée. Jordan<sup>[22]</sup>, en Caroline du Nord, entre 1991 et 1992 dans une cohorte de 805 femmes condamnées note l'importance des conduites de dépendance, des troubles de la personnalité antisociale et borderline ainsi que la prévalence des troubles dépressifs et des syndromes post traumatiques.

Dans la même étude, Teplin a par ailleurs tenté d'évaluer quelles étaient les détenues, souffrant de troubles psychiatriques, qui recevaient un traitement approprié. Les résultats montrent que moins d'un quart des femmes malades recevait des soins durant leur incarcération. Il semblerait dans ce cas que ce soit le type de diagnostic qui détermine l'existence de soins. En effet, 47.5% des femmes souffrant d'une schizophrénie ou d'un trouble bipolaire auraient reçu des soins contre 15.2% pour les détenues souffrant d'une pathologie dépressive. L'existence d'antécédents psychiatriques connus serait alors un facteur déterminant pour l'accès aux soins. Ainsi, 75% des détenues qui présentaient soit un diagnostic de schizophrénie, soit un diagnostic de troubles bipolaires avec une histoire psychiatrique antérieure à l'incarcération, avaient accès à un traitement spécifique contre 25% pour celles qui ne présentaient pas d'antécédents connus mais présentaient l'un des deux diagnostics.

Plusieurs facteurs nous semblent devoir être examinés pour rendre compte de la proportion importante de troubles psychotiques en milieu pénitentiaire : la tendance à la responsabilisation des patients, les effets de la désinstitutionnalisation, l'association entre troubles psychiatriques sévères et comportements violents, la comorbidité

associant de plus en plus, troubles psychotiques et conduites addictives.

## **L'augmentation des psychotiques en prison : de l'article 64 à l'article 122-1 et la tendance à la responsabilisation**

Après de nombreux projets, le législateur français a finalement remplacé l'article 64 par l'article 122 du nouveau code pénal qui distingue les personnes « dont le trouble psychique ou neuropsychique a aboli le discernement », et qui, par conséquent, ne sont pas pénalement responsables, et celles dont « le trouble a altéré le discernement ». L'introduction de la responsabilité atténuée ou partielle n'a probablement pas été sans effet sur l'augmentation du nombre de patients psychotiques dans les prisons. Le pourcentage des affaires où une irresponsabilité a été prononcée a diminué régulièrement pour passer de 1,7% au début des années 1980 à 0.17% pour l'année 1997. Ce qui équivaut à près de 200 affaires pour plus de 50'000 traitées par les tribunaux.

La démarche clinique qui tend à reconnaître la responsabilité du malade mental délinquant, pour ne pas disqualifier la personne en annulant son acte et pour lui permettre de se structurer dans la confrontation à la loi (Lamothe [\[23\]](#)), a probablement été accélérée par la possibilité de reconnaître la responsabilité partielle du prévenu sans nier sa pathologie, ni le faire échapper au procès. La fin de la logique du tout ou rien que sous-tendait l'article 64 a peut-être été, en soi, et indépendamment de la position théorique des experts, un facteur de renforcement du mouvement par la démarche médiane qu'elle permet.

Le débat fait rage cependant, certains estimant que les experts sont « *tenté(s) d'escamoter la réalité psychopathologique, de la banaliser ou de la sous-évaluer, pour justifier leurs conclusions* » (Zagury [\[24\]](#)). D'autres, soulignent « *qu'à force de rechercher les raisons d'un crime (l'expertise) finit par inventer le criminel* » et « *se montre un auxiliaire précieux de l'accusation* » indiquant que les experts ont abandonné la position d'antagonisme qui soutenait l'humanisme médical face à la rigueur des magistrats. « *Le souci de satisfaire a remplacé l'exigence de contester* » conclut Dubec en plaidant pour l'instauration d'expertises contradictoires. [\[25\]](#)

Le débat est nécessaire, et la réponse sûrement difficile à articuler entre les différents axes de réflexion. La reconnaissance du statut de sujet passe par sa responsabilité. Il s'agit là d'un progrès indéniable dans le rapport de la société à la folie. Le problème réside, peut-être, surtout dans la place démesurée que prend l'acte expertal dans la pratique médicale. A trop demander au psychiatre de se prononcer sur le pronostic et



l'évaluation des conduites et des comportements, il ne peut qu'y perdre ses repères, surtout face à une sémiologie vacillante dès lors qu'elle touche à la déviance et finit par conduire à la conclusion, on l'a vu plus haut, que la pathologie psychiatrique devient la règle en milieu pénitentiaire. Le problème est aussi celui de l'inadaptation des structures qu'elles soient hospitalières ou carcérales dans la gestion de plus en plus fréquente de ces situations d'entre deux où violence et folie s'entrecroisent et où finalement la rationalisation théorique rend bien pratique, faute de mieux, l'utilisation des structures carcérales, en l'absence d'articulation avec les structures de soin.

## **La désinstitutionnalisation ( ou déshospitalisation)**

Les détenus souffrant de troubles psychiatriques en prison sont aussi ceux qui se retrouvent à la sortie dans la plus grande précarité. Ce constat n'est pas le seul fait de la situation française, bien au contraire, tous les états occidentaux sont confrontés à cette problématique.

Selon Lamb qui a recensé les études en la matière, plusieurs facteurs concourent à la présence de plus en plus importante de malades psychiatriques en prison : la tendance générale à la désinstitutionnalisation des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves, les ressources insuffisantes des services publics pour soutenir et encadrer ces patients souvent décrits comme « difficiles », les restrictions qu'ils connaissent pour accéder aux soins communautaires, et, enfin, l'attitude générale marquée par la crainte et le rejet tant des services de police que de la société.

Ce constat des auteurs anglo-saxons est partagé par les auteurs français qui signalent cependant que « *la politique de sectorisation(..) a permis une déshospitalisation douce ou « à la française », sans toutefois mettre complètement les patients à l'abri de retombées graves sur leur qualité de vie... »* [\[26\]](#)

Cette nuance faite, on constate, en France comme ailleurs, l'accroissement du phénomène de « la porte tournante », l'augmentation du nombre des malades mentaux sans abri ou des phénomènes de « transinstitutionnalisation » mettant à contribution les structures d'accueil non psychiatriques, les obstacles à l'intégration des patients atteints d'affections psychiatriques chroniques. Tous ces facteurs renforcent l'exclusion, source de marginalisation et de délinquance.

Ces deux mécanismes, soit la diminution du recours à l'irresponsabilité pénale et l'impact des phénomènes de désinstitutionnalisation, ne sont certes pas à négliger dans la genèse de la situation actuelle. Ils ne doivent pas cependant occulter le fait que cette augmentation est à inscrire dans un mouvement social beaucoup plus large où certains soulignent que, pour le public, « *l'individu meurtrier taxé de folie n'est plus considéré comme une marionnette de son destin* ». Participent aussi de ce mouvement une

exigence accrue vis-à-vis de la judiciarisation, la prise en compte des victimes, l'incompréhension populaire devant l'horreur du crime (Portelli<sup>[27]</sup>). A partir de l'analyse de l'évolution de la situation en Grande Bretagne, Gunn tire aussi un constat analogue et remarque que si ce mouvement peut être mis sur le compte de la « *panique du public vis-à-vis de la dangerosité* », il peut aussi être imputé à des facteurs économiques (les prisons coûtent moins cher que les hôpitaux !), le tout s'inscrivant dans un large changement réduisant la bienveillance sociale à l'égard des malades mentaux.

## Comportements violents et troubles psychiatriques sévères

L'association de troubles psychotiques et de comportements violents est aussi source de nombreux débats. Rappelons qu'Henri Ey, a propos de l'héboïdophrénie, signalait que dans certains cas la personnalité psychopathique « *n'est que la préface* » d'une évolution schizophrénique.

Eronen et coll.<sup>[28] [29]</sup> en Finlande, à partir d'une étude sur 12 ans, portant sur 1423 hommes incarcérés parmi lesquels étaient recensés 93 meurtriers souffrant de schizophrénie estiment que le risque de commettre un acte violent lié à une pathologie schizophrénique s'est avéré dix fois supérieur à celui retrouvé dans la population. Gallet et coll., à Toulouse vont dans le même sens et soulignent, qu'à leur avis, la schizophrénie est un facteur de risque de l'acte criminel. Il relèvent que 90% des meurtres commis par les patients psychotique qu'ils ont suivi sont l'oeuvre de patients schizophrènes, première manifestation morbide dans 30% des cas, 50% de ces crimes étant commis sur des proches. Ces résultats leur permettent de préciser deux périodes critiques dans l'évolution de la maladie, à savoir que le passage à l'acte survient plus fréquemment à l'occasion de l'éclosion de la maladie d'une part, et à 10 ans d'évolution d'autre part.

Dans une étude longitudinale courant sur six années, Teplin et coll.<sup>[30]</sup> estiment, pour leur part que les études antérieures qui tendaient à confirmer la corrélation entre l'existence de troubles mentaux et l'accroissement du risque de passage à l'acte violent souffrent de biais méthodologiques, faute de groupe contrôle approprié. Cette étude s'attache à examiner si les détenus qui présentaient soit des troubles mentaux sévères (schizophrénie ou troubles affectifs majeurs) ou des conduites addictives (alcool ou drogues) soit encore une symptomatologie psychiatrique floride (hallucination ou délire) présenteraient un risque plus élevé d'être réincarcérés durant les 6 années suivant une première libération qu'une population de détenus non connus pour souffrir de troubles psychiatriques. Les résultats ont montré que la cohorte concernée

présentait un risque de récidive élevé puisque près de 50% de ces hommes a été réincarcéré durant les 6 années suivantes pour un acte criminel. Pourtant, la maladie psychiatrique en soi n'est pas apparue aux auteurs comme un facteur de risque global signant la probabilité d'une réitération criminelle. Par contre, l'observation d'une symptomatologie psychotique aiguë et floride semble accroître le risque de récidive, quoique de façon non statistiquement significative.

Enfin, il est bien difficile de conclure sur la question de l'association entre violence et psychose, au contraire, en tant que praticiens travaillant en milieu pénitentiaire nous devons reconnaître que l'intuition clinique de H. Ey a trop vite été oubliée et, comme le souhaite Zagury, interroger à nouveau la question des héboïdophrénies à impulsivité maligne. Nous avons déjà souligné la difficulté de la prise en charge de certains patients présentant des personnalités psychotiques associées à des traits caractériels massifs et dont le fonctionnement est constamment menacé par une violence effroyable et morcelante, source de raptus imprévisibles ou trop prévisibles dans leur répétition<sup>[31]</sup>. Il devient impératif de prendre en considération le fait que, pour toute une frange de patients particulièrement violents, les comportements psychopathiques qui occupent le devant de la scène recouvrent d'authentiques schizophrénies ou des structurations psychotiques qu'on ne peut plus qualifier d'états limite à expression psychopathique, sans courir le risque de se fourvoyer dans la thérapeutique. Le développement d'instruments d'appréciation des comportements psychopathiques va probablement contribuer à renouveler la réflexion sur la concomitance entre deux registres psychiques<sup>[32]</sup>. C'est aussi dans ce contexte qu'il faut aborder la place du traumatisme comme catalyseur de la réactivité psychopathique.

## La question de la comorbidité

Les pathologies de l'addiction à l'alcool ou aux drogues représentent un facteur de comorbidité important chez les détenus souffrant de troubles psychiatriques sévères. Cette comorbidité est bien supérieure à celle retrouvée dans la population générale. Une étude récente<sup>[33]</sup> a suivi une cohorte de 211 détenus traités pour une problématique de dépendance (alcool et/ou drogues) à la prison de Chicago en mai 1997. Les auteurs ont répertorié 112 détenus (55%) qui avaient présenté à un moment donné un diagnostic de l'Axe I. En comparant 2 groupes de détenus, présentant soit une pathologie de l'addiction à l'héroïne, soit un trouble psychiatrique de l'axe I associé à un trouble de l'addiction (consommation d'alcool ou de marijuana) à un troisième exempt de ces deux séries de pathologies on observerait un taux plus élevé de récidives associées aux conduites addictives. La récidive concerne principalement,

pour un groupe, des délits de consommation et de trafic et, pour l'autre groupe, des délits d'atteinte à la propriété.

Ce résultat n'a rien de surprenant en soi mais conforte l'image d'une population marginalisée, souffrant de pathologies psychiatriques souvent lourdes et recourant à la petite délinquance autant pour alimenter des conduites de dépendance que pour, simplement, survivre. Le recours aux toxiques et à l'alcool venant parfois suppléer aux restrictions dans l'accès aux possibilités thérapeutiques.

## Schizophrénie et psychose carcérale

Senon et coll. [\[34\]](#), dans un travail très approfondi sur les pathologies rencontrées en milieu pénitentiaire notent que toutes les formes de psychoses schizophréniques se rencontrent en prison. Les patients souffrant de formes paranoïdes sont les plus aisément dépistés. Mobilisant l'institution lorsqu'ils présentent une décompensation, ces patients sont ceux qui interrogent le plus le monde pénitentiaire sur l'adéquation de leur pathologie avec leur présence en milieu carcéral. Certains patients stabilisés, ayant appris à vivre avec leur délire, s'accommodent finalement assez bien de la routine pénitentiaire qui reproduit rapidement le rythme de la chronicisation asilaire.

Les formes hébéphréniques sont souvent plus difficiles à mettre en évidence, les actes inadéquats, les propos saugrenus et agressifs conduisent cependant vite à des sanctions disciplinaires et c'est dans ce contexte que le psychiatre fait le plus souvent leur connaissance. La recherche d'un cadre contenant à l'extrême témoigne souvent de la nature indicible de l'angoisse de ces patients, qui peuvent être momentanément apaisés par l'isolement, même en l'absence d'une thérapeutique adéquate.

Plus rares, du moins dans notre pratique, sont les formes déficitaires ou hébéphréno-catatoniques. Les établissements accueillant des détenus condamnés à de longues peines sont particulièrement propices au repli autistique et à l'apragmatisme de ces patients murés dans leur monde et dont on ne se préoccupe qu'à chaque examen automatique de leur situation pour en constater l'immuabilité.

Le monde pénitentiaire est particulièrement délétère pour les patients chroniques qui se trouvent vite à l'écart des stimulations et des médiations relationnelles que la prison propose au détenu. La ritualisation de la vie quotidienne, la dépendance qu'induit un milieu où tout est programmé conduisent à des régressions dont tous perçoivent l'inadéquation, mais pour lesquelles peu de moyens existent.

La psychose carcérale est en quelque sorte « *l'auberge espagnole* » de la pathologie

rencontrée en milieu pénitentiaire. Archer<sup>[35]</sup> souligne bien l'absence totale de consensus quant à ce qu'une telle notion peut recouvrir et signale le caractère extensif que celle-ci peut prendre en fonction de l'expérience et des références de chaque équipe. Classiquement, la psychose carcérale revêt plusieurs formes : abattement dépressif chez un jeune délinquant primaire, syndrome hallucinatoire, ou délire d'apparition progressive à thème de revendication et de persécution. Les variétés décrites soulignent surtout le polymorphisme des manifestations pathologiques que l'on peut rencontrer en milieu pénitentiaire : psychoses hallucinatoires, psychoses dysthymiques, psychoses pseudo-autistiques, délires d'innocence (Senon), régressions catatoniques, syndromes cataleptiques (Lamothe), psychonévroses traumatiques, etc. On ne peut que souligner la diversité de telles descriptions qui pour rentrer dans le cadre hypothétique des psychoses carcérales, ne se distinguent du reste de la pathologie que par le fait qu'elles surviennent de manière préférentielle chez des délinquants primaires, qu'elles sont transitoires et curables (Wulfman<sup>[36]</sup>) et apparaissent chez des personnalités vulnérables, pour lesquelles les traumatismes liés à l'incarcération et à l'isolement qui en découle, agissent comme catalyseurs.

Enfin, cette psychose, apparemment dépendante du contexte pénitentiaire, peut s'inscrire, en fonction des auteurs, soit dans le cadre des psychoses réactionnelles brèves du DSM-IV (Archer, Chastaing<sup>[37]</sup>) soit dans le cadre voisin des troubles psychotiques aigus et transitoires de la CIM-10, comme le propose Senon qui les rapproche alors des bouffées délirantes aiguës de l'école française.

## **La prise en charge des détenus psychotiques et schizophrènes**

Les détenus schizophrènes paraissent particulièrement démunis face aux exigences spécifiques du milieu carcéral, surtout dans des établissements pénitentiaires surpeuplés et peu adaptés à la prise en charge de patients présentant des problèmes psychiques. Une étude américaine a mis en évidence que les malades schizophrènes passaient plus de temps en quartier disciplinaire et souvent de façon plus répétée que ceux appartenant à un groupe contrôle. Par ailleurs, leurs séjours en prison sont plus longs et ils obtiennent plus difficilement la liberté provisoire. Ils ont, également, moins fréquemment accès au travail dans le cadre de la prison. Comme l'on peut s'en douter, ces résultats ont amené les auteurs à insister sur la nécessité d'une prise en charge médicale plus spécifique pour les détenus souffrant de schizophrénie.<sup>[38]</sup>

Nous avons mentionné plus haut l'aspect dramatique que peut revêtir une évolution schizophrénique au long cours pour les patients incarcérés. C'est une des limites du soin en milieu pénitentiaire qui doit pouvoir bénéficier à un moment ou l'autre de l'accès à des structures intermédiaires permettant de promouvoir une réadaptation



tenant compte des difficultés psychiatriques de ces patients. Trop de patients pour lesquels un retour en milieu hospitalier ou dans les structures ambulatoires est exclu en raison de leurs antécédents, de la crainte qu'ils suscitent ou simplement de leur absence de domicile ou de lieu d'accueil, se retrouvent ballottés d'un lieu à l'autre une fois leur peine écoulée. Des tentatives de prises en charge concertées entre les différentes autorités concernées ont été décrites (Roskes<sup>[39]</sup>) qui permettent un suivi multidisciplinaire plus adéquat de ces patients difficiles, dans le cadre de mesures de libération conditionnelle. Des interfaces sont encore à créer et à développer pour éviter que le fossé ne se creuse encore plus entre institutions pénitentiaires et structures psychiatriques, malgré la volonté du législateur français dans la loi de 1994.

La prise en charge des patients psychotiques en milieu pénitentiaire pose enfin le difficile problème des soins sous contrainte. Le droit français proscrit le maintien en détention « *des détenus en état d'aliénation mentale* » (article D398 du code de procédure pénale). Le constat d'un état pathologique qui ne permet pas au sujet de rendre compte de ses actes alors qu'il est détenu, impose donc une hospitalisation d'office dans un centre hospitalier spécialisé. Pourtant, en 1996, pour près de 7700 hospitalisations d'office en France seules 200 concernaient des détenus<sup>[40]</sup>. C'est dire que la plus grande part des situations qui seraient redevables d'une hospitalisation sont traitées en milieu pénitentiaire, soit parce que le patient y consent, soit parce que la perte de discernement et l'urgence autorisent un traitement contraint de courte durée. Les praticiens des SMPR ont refusé, à juste titre, que le statut interdisant l'hospitalisation d'office en milieu pénitentiaire soit modifié « *pour ne pas méconnaître cette incompatibilité (entre aliénation mentale et situation carcérale) affirmée jadis et naguère, pour des raisons humanitaires et pénologique...* »<sup>[41]</sup>. La tentation serait grande, si ce contexte venait à être modifié, de confondre insidieusement objectifs thérapeutiques et réponses disciplinaires. La vulnérabilité de la pratique psychiatrique face aux nombreuses pressions existantes n'en serait qu'accrue.

La situation est malaisée. Elle est loin d'être spécifique à la France : le droit suisse, bien flou sur ce point, laisse aux autorités une marge d'appréciation plus large et peut permettre, en l'absence d'Unités pour Malades Difficiles, un tel placement sous contrainte en prison, notamment dans le cadre de décisions judiciaires constatant la dangerosité d'un patient qui a commis un acte grave et le soumettant à une injonction thérapeutique dans le cadre d'une détention. Néanmoins, l'adhésion aux recommandations européennes<sup>[42]</sup>, si elle ne supprime pas la mise en demeure faite au patient, garantit le respect des règles éthiques et place le consentement en position cardinale du soin en milieu pénitentiaire.

Enfin, malgré des législations qui diffèrent parfois largement, l'inconfort du psychiatre en milieu pénitentiaire est toujours et partout le même : contraints de soigner des patients présentant de lourdes pathologies dans un milieu qui ne s'y prête guère, nous avons bien du mal à mettre en place les conditions d'une prise en charge dans un milieu plus adapté (comme pourraient l'être les institutions psychiatriques) mais qui s'y refuse, faute d'une sécurité adéquate et par crainte de « *de perdre tous les acquis de l'ouverture des services de psychiatrie sur la cité* » [43]. Une telle situation nous oblige, la plupart du temps, à naviguer à vue en cherchant constamment nos repères autant cliniques qu'éthiques.

Mai 2001

\*\*\*\*\*

## Annexe

<b>DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES CIM10</b>				
<b>Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du canton de Vaud (Suisse)</b>				
<b>1997-1998-1999</b>				
		<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>
	<b>Nombre d'entrées dans les prisons</b>	<b>1947</b>	<b>2043</b>	<b>2085</b>
	<b>Nombre de patients suivis dans les consultations psychiatriques</b>	<b>481</b> <b>(24.7%)</b>	<b>489</b> <b>(23.9%)</b>	<b>459</b> <b>(22%)</b>
<b>F10-F19</b>	<b>troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (total)</b>	<b>203</b>	<b>218</b>	<b>287</b>
<b>F20-F29</b>	<b>schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants</b>	<b>65</b> <b>(3.3%)</b>	<b>44</b> <b>(2.15%)</b>	<b>45</b> <b>(2.15%)</b>
F20	schizophrénie	32	17	19
F20.0	schizophrénie paranoïde	15	10	10
F20.1	schizophrénie hébéphrénique	1	1	
F20.2	schizophrénie catatonique	1	2	1
F20.3	schizophrénie indifférenciée	11	2	6
F20.4	dépression post-schizophrénique	1	1	1
F20.5	schizophrénie résiduelle	2	1	1
F20.9	schizophrénie sans précision	1		
F21	trouble schizotypique	10	8	5

F22	troubles délirants persistants	7	3	4
F23	troubles psychotiques aigus et transitoires	13	12	12
F25	troubles schizo-affectifs	3	3	2
F28	autres troubles psychotiques non organiques		1	2
F29	psychose non organique, sans précision			1
<b>F30-F39</b>	<b><i>troubles de l'humeur</i></b>	<b>42</b>	<b>45</b>	<b>67</b>
<b>F40-F48</b>	<b><i>Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes</i></b>	<b>96</b>	<b>84</b>	<b>170</b>
<b>F50-F59</b>	<b><i>Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques</i></b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>10</b>
<b>F60-F69</b>	<b><i>troubles de la personnalité et du comportement</i></b>	<b>257</b>	<b>261</b>	<b>284</b>
<b>F70-F79</b>	<b><i>retard mental</i></b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>13</b>

Note : un patient peut faire l'objet de plusieurs diagnostics

### **Autres lectures recommandées ne figurant pas dans la bibliographie**

1. ASNIS G. M., KAPLAN M. L., HUNDORFEAN G., SAEED W. Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *Psychiatr. clin. north. am.*, 20, 405-425, 1997.
2. BADGER D., VAUGHAN P., WOODWARD M., WILLIAMS P. Planning to meet the needs of offenders with mental disorders in the United Kingdom. *Psychiatric services*, 50, 1624-1627, 1999.
3. SENON J-L. *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire*. Puf, Paris, 1998.

### **Bibliographie**

---

\* – Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires (SMPP) du canton de Vaud (Suisse)

---

[1] HYEST J.-J., CABANEL G.-P., *Prisons : une humiliation pour la République*, Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 10 février 2000. Sénat,

session ordinaire de 1999-2000, No 449, Tome 1, 200p.

[2] FLOCH J., La France face à ses prisons, Commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la situation dans les prisons françaises, N°2521.6 juillet 2000.

[3] PRADIER P. La gestion de la santé dans les établissements du programme 13000. Evaluation et perspectives. 1999, 61p

[4] MARTORELL A. Malades psychotiques en milieu carcéral: esquisse historique et éléments d'actualité. L'information psychiatrique, 67, 4, 293-307, 1991.

[5] MARTORELL A. Psychiatres, psychiatrie, prisons en France: ébauche historique. Forensic, 3, 42-49, 1993.

[6] RAPPARD P., La folie et l'Etat, Privat, Toulouse, 1981.

[7] GRAVIER B., LAMOTHE P., ELCHARDUS J.-M., BOUCHARLAT J., De la difficulté de réformer l'article 64 du code pénal en France, Nervure, II, 1, 39-44, 1989.

[8] LEYRIE j., Manuel de psychiatrie légale et de criminologie clinique, Vrin, Paris, 1977.

[9] DAUMEZON G., Essai sur les fondements de l'expertise psychiatrique au criminel, Ann. De Médecine et de criminologie, 31, 6, 273-279, 1951.

[10] CHAUMON F., VACHER N., Psychiatrie et justice, La Documentation Française, Paris, 1988.

[11] SENON J.-L. Histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire de Pinel à la loi du 18 janvier 1994. Ann.Méd.-Psychol., 156,3, 161-177,1998

[12] BARON-LAFORET S., BRAHMY B. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. Encycl. med. chir. (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-953-A-10,9 p.,1998.

[13] AMOR P., la réforme pénitentiaire en France, Science Crim. Et Dr. Pén. Comparé, 1, 1-30, 1947.

[14] Jails and jail inmates 1993-94. Washington, DC: US Dept of justice Bureau of Justice Statistics; 1995. Publication NCJ-151651.

[15] LAMB H. R., WEINBERGER L. E. Persons with severe mental illness in jails and prisons: a review. Psychiatric Services 49, 483-492, 1998.

[16] SCHUKIT M.-A., HERMAN G., SCHUCKIT J.J., The importance of psychiatric illness in newly arrested prisoners, The Journal of Nervous and mental Disease, 165,2, 118-125, 1977.

[17] GUNN J. Future directions for treatment in forensic psychiatry. British Journal of Psychiatry, 176, 332-338, 2000

[18] TEPLIN L. A. The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: comparison with the epidemiologic catchment area program. American Journal of Public Health, 80, 663-669, 1990.

[19] GALLET E., CAMILLERI C., CROCHET F., LAURENCIN G., NOUVEL A. Les psychotiques incarcérés. Forensic, 2-3, 48-52, 2000.

- [20] TEPLIN L. A., ABRAM K. M., McCLELLAND G. M. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women: I pretrial jail detainees. *Archives of General Psychiatry*, 53, 505-512, 1996.
- [21] TEPLIN L. A., ABRAM K. M., McCLELLAND G. M. Mentally disordered women in jail: Who receives services? *American Journal of Public Health*, 87, 604-609, 1997.
- [22] JORDAN B. K., SCHLENGER W. E., FAIRBANK J. A., JUESTA M. C. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women: II convicted felons entering prison. *Archives of General Psychiatry*, 53, 513-519, 1996.
- [23] LAMOTHE P. Problèmes quotidiens de psychiatrie pénitentiaire à travers les changements du paysage psychiatrique et pénitentiaire français. *Criminologie, Les soins de santé mentale en milieu carcéral*, XXI, 2, 63-81, 1998.
- [24] ZAGURY D. Mais où est passée la psychose? évolution de la jurisprudence expertale. In: DORMOY O. Soigner et/ou punir. Questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison L'Harmattan, Paris, 1996 pp225-242.
- [25] DUBEC M., l'expertise psychiatrique en péril, *Libération*, 18/10/1999, <http://www.liberation.fr/quotidien/debats/octobre99> page consultée le 07/01/01.
- [26] VIDON G., DUBUIS J., LEGUAY D., HABIB M., Le mouvement de réhabilitation psychosociale, une opportunité pour la psychiatrie française. *L'Information psychiatrique*, 75,4, 348-356, 1999
- [27] PORTELLI S., la pratique de l'art 122-1 du nouveau code pénal, in LOUZOUN C., SALAS D., justice et psychiatrie , Normes, Responsabilité, Ethique, Erès, Paris, 153-162, 1998
- [28] ERONEN M., TIIHONEN J., HAKOLA P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 1, 83-89, 1996
- [29] ERONEN M., ANGERMEYER M. C., SCHULZE B. The psychiatric epidemiology of violent behaviour. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 33 Suppl, 13-23, 1998.
- [30] TEPLIN L. A., ABRAM K. M., McCLELLAND G. M. Does psychiatric disorder predict violent crime among released jail detainees? A six-year longitudinal study. *American Psychologist*, 49, 4, 335-342, 1994
- [31] GRAVIER B., L'évolution des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire : vers une clinique de la dignité, in LOUZOUN C., SALAS D., justice et psychiatrie , Normes, Responsabilité, Ethique, Erès, Paris, 281-296, 1998
- [32] NOLAN K., VOLAVKA J., MOHR P., CZOBOR P., Psychopathy and violent behavior among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatric Services*, 50, 787-792, 1999
- [33] SWARTS J. A., LURIGIO A. J. Psychiatric illness and comorbidity among adult male jail detainees in drug treatment. *Psychiatric Services*, 50, 1628-1630, 1999
- [34] SENON J.L., MERY B., LAFAY N., incidents collectifs et individuels en détention : étude



des relations avec les psychopathologies pénitentiaires, <http://www.medecine-penitentiaire.com/>, pages visitées le 20/01/2001

- [35] ARCHER E., Pour en finir avec les « psychoses carcérales », *Forensic*, 1, 27-31, 2000.
- [36] WULFMAN R., les psychoses carcérales, *L'information psychiatrique*, 58, 5, 647-652, 1982
- [37] CHASTAING F., CAHEN E., MARCHAL B., ZUBER M.P., BOISSENIN J.M., *Psychose carcérale : mythe ou réalité*, actes du 1<sup>er</sup> congrès de l'Association Mondiale de Psychiatrie et de Psychologie légales, Expansion Scientifique Française, Paris, 183-191, 1991.
- [38] MORGAN D. W., EDWARDS A. L.C., FAULKNER L. R. The adaptation to prison by individuals with schizophrenia. *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law*, 21, 427-433, 1993.
- [39] ROSKES E., FELDMAN R. A collaborative community-based treatment program for offenders with mental illness. *Psychiatric Services*, 50, 1614-1619, 1999.
- [40] PAULET C., *Réflexions de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire*, document de travail, 22/07/1997
- [41] ARCHER E., L'hospitalisation des détenus dans les services de psychiatrie générale, *L'Information psychiatrique*, 72, 1, 53-62, 1996
- [42] Recommandation R(98)7 du comité des ministres du conseil de L'Europe relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire, avril 1998.
- [43] VERPEAUX M., La prison peut-elle soigner ? *Lettre de la schizophrénie*, juin 2000.