

## Troubles mentaux en milieu carcéral et droits de l'homme

**Robert Badinter, ancien ministre de la justice, sénateur des hauts de Seine dans un article du Monde le 8 septembre 2007 intitulé : « Ne pas confondre justice et thérapie » disait : « La multiplication des lois, sans chercher à s'assurer de leur efficacité, engendre un désordre législatif préjudiciable. Trop de loi nuit à la Loi. »**

La prison est avant tout un lieu de privation de liberté destiné à sanctionner les personnes ayant enfreint la loi d'une société.

Contrairement à ce que certains pourraient penser, ce n'est pas un lieu où l'on passe son temps à se faire bronzer dans la cour de promenade, à faire du sport ou à regarder la télévision. C'est un univers clos qui fonctionne de manière totalitaire, conditionnant l'individu à entrer dans un cadre, à respecter une hiérarchie, à se soumettre à un règlement et à le priver de toute initiative personnelle.

Coupé très souvent de tout lien extérieur, le détenu se trouve enfermé à deux dans une cellule de 9 m<sup>2</sup> ce qui correspond à la réglementation européenne pour une personne. Ainsi dès l'ouverture de la maison d'Arrêt de Strasbourg il a fallu dédoubler les cellules car en 1988, fin de la construction, il y avait déjà plus de détenus que de cellules.

### Le fonctionnement carcéral

Par ailleurs, en prison tout passe par une demande écrite adressée au service concerné :

- Inscription au sport,
- Demande de rencontrer un travailleur social, un conseiller de probation ou un aumônier,
- Demande d'inscription à la bibliothèque, à une formation ou à un cours,
- Inscription aux ateliers pour travailler : le travail fourni par des entreprises extérieures (petit conditionnement) est rémunéré par celle-ci. Une partie de ce salaire est prélevée par l'administration pour rembourser les frais, une autre est mise sur le compte du détenu qu'il pourra récupérer à la sortie, une troisième sert à cantiner et à payer l'abonnement de la télévision.

Remarque : certains détenus qui travaillent à l'entretien général de la prison, cuisine, cantine, bibliothèque, ... reçoivent un salaire de la prison.

- Demande de soins : elles parviennent en général rapidement et sans trop de problèmes à l'UCSA (1) (Infirmier) ou au SMPR (Pôle de Psychiatrie) (2).

Tous les courriers transitent par le personnel pénitentiaire qui a un droit de regard sur les activités et parfois les gère.

*Suite à la demande écrite du détenu qui leur est transmise, les thérapeutes s'adressent aux surveillants du SMPR qui appellent leurs collègues des étages afin de le faire venir, celui-ci reste libre de refuser.*

### **Le quartier du SMPR comprend 3 niveaux :**

- Le rez-de-chaussée avec 9 cellules d'hébergement dont l'une pour deux personnes. Y sont hébergés des détenus ayant une pathologie grave ou dépressifs qui acceptent de prendre un traitement ce qui nécessite parfois une surveillance médicale particulière
- Le 1<sup>er</sup> étage pour les bureaux et salles de réunion,
- Le 2<sup>ème</sup> étage où sont organisées des activités gérées par les infirmiers. Ces activités ont pour but de permettre à certains de s'exprimer en vue d'un étayage de la parole. Elles sont aussi un soutien lorsqu'un détenu est dépressif ou psychotique. Ce sont les psychiatres et les psychologues qui inscrivent le détenu dans ces ateliers lorsqu'ils estiment qu'un soutien complémentaire aux entretiens est nécessaire.
- CSAPA (3) : *Unité de soins pour les personnes ayant des conduites addictives rattachée au SMPR dont les locaux sont situés en détention.*

### **En Maison d'arrêt nous rencontrons des prévenus et des condamnés.**

Avant leur jugement les prévenus peuvent attendre jusqu'à 3 ans pour passer en cour d'assise où leur condamnation est prononcée avec la représentation du peuple, les jurés.

Passent en cours d'assise les affaires criminelles :

- Crimes sexuels dont les viols
- Les meurtres et les assassinats : L'assassinat est considéré plus grave que le meurtre car il y a préméditation.
- Les braquages avec armes non fictives
- Les incendies criminels

La détention provisoire peut même durer jusqu'à 4 ans dans le cas de trafic de stupéfiants, terrorisme, proxénétisme, extorsion de fonds ou pour un crime commis en bande organisée

Pour ceux qui sont jugés en correctionnelle par un juge, la détention provisoire ne peut excéder quatre mois si le mis en examen encourt une peine inférieure à 5 ans.

Une fois condamné, il arrive que le détenu reste en maison d'arrêt pendant un temps qui peut être relativement long parfois jusqu'à la fin de sa peine s'il y a assez de place en maison d'arrêt ou si les centres de détention sont surchargés, ou encore, dans certains cas et selon les possibilités, pour maintenir les liens familiaux.

Parfois des détenus sont transférés en urgence peu de temps avant leur sortie en vue de désencombrer la maison d'arrêt. Au cours des dernières années, une augmentation importante des arrestations fait que, de plus en plus souvent, les détenus partagent à trois une cellule de 9 m<sup>2</sup>, le troisième dormant sur un matelas posé à même le sol.

## **Prison et Psychiatrie, évolution des liens**

Avant la révolution les aliénés étaient mêlés aux délinquants dans les maisons de force et les dépôts de mendicité.

L'article 64 du code pénal de 1810 avait permis de séparer les « irresponsables » des délinquants. Ainsi furent créés les premiers hôpitaux psychiatriques.

C'est aussi à cette époque qu'ont commencé les recherches sur les maladies mentales avec leurs classifications : **Au 19<sup>ème</sup> siècle en Allemagne avec Emil Kraepelin** (1856 - 1926) psychiatre, considéré comme le fondateur de la psychiatrie scientifique moderne et qui a classé les maladies mentales dont la démence précoce (4). **A la même époque en Suisse, Eugen Bleuler**, (1857 - 1939) est connu pour avoir inventé et introduit dans le vocabulaire psychiatrique les termes de schizophrénie et d'autisme.

En **1986**, afin de faire évoluer les soins en psychiatrie et limiter le nombre de placements d'office dans les hôpitaux, sont créés les premiers SMPR dans les maisons d'arrêt et ceci sur des bases éthiques très claires. Il y a actuellement 28 SMPR en France.

Le personnel y est médical et non pénitentiaire, ce qui permet une indépendance par rapport à la hiérarchie pénitentiaire en particulier pour ce qui concerne le secret médical.

Ce service est rattaché à un hôpital de la région ; à Strasbourg, il dépend de l'hôpital de Brumath. Créé en Janvier 1989 à la Maison d'Arrêt de Strasbourg, il devient un pôle bien défini de l'hôpital de Brumath.

La composition de l'équipe médicale de ce service, spécialisée en psychiatrie, a évolué :

- 1 puis 2 puis 3 et enfin 4 praticiens hospitaliers spécialisés en psychiatrie avec l'un d'eux assurant la fonction de responsable du service.
- Une équipe de 11 infirmiers et d'un cadre infirmier
- Deux assistantes sociales dont l'une rattachée au SCAPA
- 4 Psychologues dont deux, rattachés au SCAPA, s'occupent spécialement du suivi des personnes qui ont une conduite addictive.

Dans quelle mesure peut-on soigner les personnes ayant commis des actes de délinquance dans ce milieu totalitaire qu'est la prison ?

## **Le soin psychologique en prison : démarche spontanée et personnelle ?**

Depuis 1989, date à laquelle j'ai pris mes fonctions au SMPR (5), j'ai pu constater une évolution dans mon travail de thérapie notamment en ce qui concerne la démarche des détenus par rapport aux soins. À cette époque le milieu pénitentiaire était en mutation vers une humanisation influencée par la période pendant laquelle Robert Badinter était garde des sceaux. En 1989 le Directeur de la maison d'Arrêt de Strasbourg pensait qu'il était important de faire entrer un maximum d'intervenants extérieurs : artistes, formateurs en vidéo, étudiants faisant partie de l'association G.E.N.E.P.I. (Groupement étudiant national d'enseignement aux personnes incarcérées), etc. Il estimait ainsi faire respecter « Les droits de l'homme » : plus il y avait de regards extérieurs, moins il y avait de risques de dérapages entre les détenus et les surveillants. Après son départ les intervenants extérieurs ont progressivement diminué. Il fallait rendre la prison aux surveillants.

Chaque entrant est tenu d'être vu au moins une fois par un membre de l'équipe du SMPR. Ainsi une semaine après son arrivée, chaque détenu est contacté par un infirmier en vue d'un entretien. Cette visite obligatoire pour l'entrant est destinée à présenter le service, à repérer les éventuels troubles psychiatriques pour une prise en charge systématique par un psychiatre et à **éveiller chez d'autres le désir de réfléchir sur eux-mêmes**. Tout détenu peut donc formuler une demande écrite, adressée au SMPR, pour rencontrer un psychologue ou un psychiatre. Ainsi, suite à ce premier entretien nous pouvions évaluer les motivations ainsi que les fondements de la demande.

Très souvent, la démarche faisait suite à un sentiment de mal être, d'abandon ou de perte de repères. Dans d'autres cas la demande émanait de quelqu'un qui avait déjà pensé rencontrer un professionnel sans jamais avoir osé en franchir le pas. C'était les circonstances de l'incarcération et la présence de psychologues qui permettaient au détenu de formuler une demande d'aide à sa réflexion. Dans la plupart des cas cela aboutissait à un travail psychothérapeutique plus ou moins élaboré, c'est à dire allant d'un travail d'étayage de la parole à un travail d'orientation psychanalytique.

Cas particulier des déviants sexuels - Influencés par le discours venant d'outre atlantique et sensibilisés par les émotions que suscitent certains crimes odieux, les déviants sexuels sont devenus des « malades » aux yeux de la population et des politiques. En effet, si on peut les soigner, c'est qu'ils sont bien malades et qui dit « soin », espère la guérison.

A aucun moment, il n'est tenu compte de l'accessibilité individuelle aux soins. Seuls les experts sont censés pouvoir le prédire alors qu'ayant travaillé pendant 23 ans dans ce milieu, je ne puis en aucun cas savoir à l'avance et, quelle que soit sa structure psychique, de qui va ou ne va pas évoluer au cours d'une thérapie. L'efficacité de ce type de thérapie est basée sur la parole et non sur l'acte qui a été commis.

En effet, un travail de cet ordre peut permettre au Sujet d'accéder à une plus grande maturité psychique et à une meilleure capacité à symboliser la Loi, ce qui lui permettra ultérieurement de mieux gérer son fonctionnement. Pour qu'un travail thérapeutique soit possible il ne devrait en aucun cas interférer avec la justice dans la recherche de vérité.

Pour illustrer ces affirmations, je souhaite vous parler d'un suivi qui, à mon avis, a eu des effets positifs pour le patient tout comme pour son entourage.

Il s'agit d'un Monsieur de 42 ans, que nous dénommerons René qui nous a contactées sur l'incitation du détenu qui partageait sa cellule. René est ouvrier, il a une bonne présentation, il nous fait part très rapidement d'idées suicidaires qui le préoccupent. Il confie que son père s'est suicidé à l'âge que lui-même a actuellement et que c'est lui qui l'a trouvé pendu dans le garage lorsqu'il était adolescent. Par ailleurs, malgré ses idées suicidaires, il ne paraît pas dépressif.

René a un peu de mal à s'exprimer en français car la langue qu'il utilise couramment est le dialecte que je comprends heureusement. Il me fait par ailleurs part assez rapidement des motifs de son incarcération dont il a honte et pour lesquels il considère n'avoir aucune excuse puisqu'il savait que c'était « mal » et qu'il a quand même récidivé.

En effet, il s'agit d'agressions sexuelles sur des jeunes filles de moins de 15 ans. Il avait déjà purgé une peine de plusieurs années qui selon lui n'avait servi à rien puisqu'il a recommencé.

Marié, il dit aimer son épouse, il est père d'un petit garçon de 7 ans.

Au fil des entretiens un lien de confiance s'installe et il constate que je l'encourage dans ses réflexions. Il est surpris que je prenne en compte ses paroles et avoue non sans honte qu'il a toujours été pris pour un cancre, qu'il ne sait ni lire, ni écrire bien qu'il ait été à l'école. Je constate par ailleurs qu'il fait des efforts pour parler le français et qu'il a des capacités d'introspection supérieures à celles que lui-même se reconnaissait jusqu'alors. Puis, il me confie que, depuis quelques temps, il apprend à lire et à écrire avec l'aide de son codétenu. Je lui suggère de prendre contact avec les responsables de la zone scolaire ce qu'il refuse catégoriquement car il a trop honte des actes qu'il a commis et surtout de ses échecs scolaires antérieurs.

Ce qui ressort des entretiens est qu'après la mort de son père, il était devenu soutien de famille et avait progressivement pris la place de son père auprès de ses proches. Il réalise qu'il avait pris des habitudes calquées sur celles de son père comme celle de toujours s'asseoir à sa place etc.

Sa femme et son fils viennent le visiter régulièrement au parloir, il se demande pourquoi il ne peut exprimer ses sentiments et avoir des gestes de tendresse en particulier vis-à-vis de son fils : il ressent comme un blocage.

Plus il réalise qu'il s'est identifié à son père, plus il comprend que ses idées suicidaires étaient liées à cette identification, ce qui a abouti à me confier le motif du suicide de son père. Son père, suite à des plaintes déposées pour des actes sexuels commis sur des jeunes filles avait échappé à la justice en se suicidant.

Tout en prenant conscience de son identification à son père, René découvre qu'il a, à nouveau des désirs vis-à-vis de son épouse. Il commence à s'intéresser à son corps et fait du sport régulièrement pour rester en forme physique. Encore mieux, quand son fils vient au parloir, il le prend sur ses genoux et lui fait part de ses sentiments.

Par ailleurs, il se prépare au procès, accepte la peine qui va lui être infligée et dit qu'il a fait du mal aux victimes et qu'il doit être puni pour cela.

Ainsi en s'identifiant à son père, René a commis les mêmes actes que celui-ci. Ce qui était cependant recherché inconsciemment ce n'était pas le plaisir, mais la punition à laquelle avait échappé son père. Une sorte de réparation en prenant à son compte la sanction. Son blocage vis-à-vis de son fils étant lié à la crainte inconsciente de transmettre la « tare » à la génération suivante. Ceci, n'est cependant qu'un résumé d'un travail effectué sur plusieurs années à raison d'un entretien par semaine.

Si je vous ai cité cet exemple, c'est pour montrer que rien n'est déterminé à l'avance. On peut faire un travail sur soi sans avoir fait de longues études tout comme l'inverse est possible. Ce n'est pas en s'attaquant à l'acte délictueux, comme c'est le cas outre atlantique, qu'on peut éviter la récidive, mais c'est en prenant en compte l'ensemble de la personnalité du Sujet que celui-ci pourra évoluer et de mieux gérer sa vie.

**Afin d'éviter l'instrumentalisation des médecins, des psychiatres et des psychologues à des fins politiques dans le cas où un régime totalitaire prendrait le pouvoir, aucun soin qu'il soit physique ou psychique ne peut être imposé à un détenu.**

*En effet l'obligation de soins n'est pas compatible avec la détention. Conformément aux dispositions de l'article 36 du code de déontologie médicale, le détenu doit exprimer son consentement à tout acte médical et en cas de refus, être informé par le médecin des conséquences de ce refus.*

Le 17 juin 1998, est votée la loi GUIGOU du suivi socio-judiciaire des auteurs d'agressions sexuelles. Avec « l'exigence parallèle du soin et de la peine » cette loi veut répondre aux peurs de la société. Cette loi est destinée à suivre les agresseurs sexuels après leur libération.

Le suivi socio-judiciaire peut comprendre une injonction de soins (6). Cette injonction est prononcée en principe par la juridiction de jugement et demeure subordonnée à une expertise médicale établissant que la personne poursuivie est susceptible de faire l'objet d'un traitement. Elle prend ses effets à la libération du condamné. Celui-ci peut refuser le traitement en vertu du principe du « consentement aux soins » inspiré par l'éthique médicale mais, il s'expose à la mise à exécution de l'emprisonnement prononcé par la juridiction (7).

Ainsi on transforme la demande spontanée du détenu en une obligation qui prend effet après sa sortie. Le délinquant est **condamné à être soigné. Ce qui vaut à cette date pour les délinquants sexuels sera étendu quelques années plus tard à tous les individus ayant commis un acte de violence.**

## **Les effets de la loi Perben 2**

C'est lorsque les Lois Perben 1 et 2, (n° 2005-1549) votées le 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des restrictions pénales (8) commencent à entrer en application que notre travail se complique.

Il est mentionné dans le texte de cette loi *qu'une réduction supplémentaire de la peine peut être accordée aux condamnés qui manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale, notamment en passant avec succès un examen scolaire, en justifiant de progrès réels dans le cadre d'un enseignement ou d'une formation, en suivant une thérapie destinée à limiter les risques de récidive ou en s'efforçant d'indemniser leurs victimes.*

Ainsi, cette loi nous imposerait, ce à quoi doit servir une thérapie.

Sauf décision du juge, après avis de la commission d'application des peines, les personnes condamnées à une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru et qui refusent de suivre le traitement qui leur est proposé pendant leur incarcération, ne sont pas considérées comme manifestant des efforts sérieux de réadaptation sociale.

Ainsi, tout détenu qui s'adresse au SMPR et qui est vu par un psychologue ou un psychiatre « *est censé manifester un effort sérieux de réadaptation sociale* ».

Si le délit, c'est-à-dire un comportement déviant, devient le symptôme d'une maladie, alors tout déviant devient de ce fait un malade.

## **Suite à l'application de cette loi, quelles ont été les conséquences sur notre travail ?**

Tout d'abord il y a eu une inflation des demandes de « suivi » ce qui a placé le soignant en position de répondre à une commande sociale et juridique et non plus à une démarche personnelle du détenu. Les demandes sont devenues essentiellement utilitaires et de ce fait perdent leurs sens. Les thérapeutes sont, de ce fait, de plus en plus souvent menacés par des personnes ne justifiant pas de soins qui demandent et exigent d'être vues afin d'obtenir un certificat destiné à réduire leur peine.

## **Constats et réflexions**

Sous prétexte de ne plus cibler les malades mentaux, on modifie le nom de l'hôpital de Brumath. Ainsi après avoir été un Hôpital Psychiatrique, l'Hôpital devient un Centre de Soins Spécialisé, puis l'EPSAN **Etablissement Public Spécialisé Alsace Nord**. Les mots « hôpital » et « psychiatrie » disparaissent au fil des années. Il n'y a plus de « fous », les temps d'hébergement se raccourcissent, les malades sont maintenus dans la société. Ce qui dans un premier temps pourrait apparaître comme une évolution positive devient une forme de déni de la maladie mentale.

De même, depuis quelques années, on remplace des classifications diagnostiques par des classifications anglo saxonnes : DSM III et IV (9) qui se réfèrent à des comportements.

Ainsi, les maladies mentales deviennent des troubles du comportement. En effet, il est plus facile d'introduire les diagnostics du DSM dans les logiciels informatiques que les diagnostics européens basés sur des années d'observation de malades.

Parallèlement, les capacités d'hospitalisation du secteur psychiatrique sont passées entre 1985 et 2005 de 129 500 à 89 800 lits. Par **ailleurs on reconnaît de plus en plus la responsabilité pénale des personnes atteintes de troubles mentaux ce qui amène de plus en plus de malades mentaux en prison**. En 2002, 12 % des entrants sont répertoriés dont la moitié sont des schizophrènes.

Ainsi, le Comité consultatif national d'éthique dans un avis rendu public début décembre 2006 mentionne : La prison "devient de plus en plus un lieu d'enfermement des malades psychiatriques". Le taux d'irresponsabilité pénale reconnue par les tribunaux pour cause de maladie mentale, qui était de 17% au début des années 80, est désormais inférieur à 1%.

Par ailleurs, les écoles d'infirmiers psychiatriques ont été remplacées depuis quelques années par des écoles de formation d'infirmiers en vue de l'obtention du DE en médecine générale. Ceci est avant tout un progrès lié à la découverte en France des neuroleptiques en 1950 par Henri Laborit. Cette découverte a permis aux patients d'échapper aux camisoles de force, à l'enfermement parfois définitif et a abouti à la sectorisation psychiatrique.

Alors que la notion de maladie mentale tend à disparaître, les malades qui ont la possibilité d'être pris en charge par la famille ou de vivre en appartement seront suivis en ambulatoire par une équipe psychiatrique et hospitalisés en cas de crise pour des périodes bien définies.

Mais que deviennent ceux qui ne peuvent vivre dans la société dont certains survivent au milieu des SDF ? Pour éviter le retour de ces personnes dans les hôpitaux, où il n'y a plus de place pour les accueillir, on crée des équipes de liaison appelées « Psychiatrie Précarité ».

Ces équipes sont composées d'une équipe mobile ainsi que d'une équipe permanente qui accueillent et soignent les personnes sans logement et souffrant de troubles mentaux.

Certains échappent cependant aux soins, commettent des délits pour lesquels ils sont sanctionnés ce qui les fait entrer en prison où ils peuvent bénéficier de soins au SMPR.

Et puis, le vocabulaire médical évolue, on supprime le mot patient qui veut dire « celui qui souffre » ainsi que le mot malade pour les remplacer par le mot « usager ». Qu'est-ce qu'un usager sinon un consommateur ! On parle d'usager de la drogue ! Et on ne cesse d'évoquer les déficits de la sécurité sociale en culpabilisant la population.

Enfin, alors qu'on fait disparaître progressivement la notion de maladie mentale, on psychiatrie de plus en plus la population. On transforme les délinquants en malades en les incitant ou en les condamnant aux soins psychothérapeutiques, on envoie des équipes d'urgence psychologique suite aux catastrophes, on adresse les personnes ayant subi un deuil ou un traumatisme même minime chez des psychologues. On voit apparaître de nouvelles pathologies telles que le burn-out... mais, on ne remet pas en question le système qui produit ces effets sur les individus. **Dans une société de plus en plus fragilisée par un fonctionnement basé sur le rendement et le profit où la communication est réduite au minimum, on se donne bonne conscience en adressant les personnes, lorsqu'elles expriment leur mal être vers des spécialistes.**

En s'installant dans les prisons, il n'est pas exclu que l'hôpital ait fait le premier pas de sa propre aliénation à la justice. Mais il semble impossible, pour ne pas dire absurde, de reprocher aux pionniers de l'humanisation de l'institution carcérale d'avoir contribué à l'instrumentalisation de leurs successeurs. Le mal est plus profond qu'il n'y paraît, dans une société qui construit son rapport à la loi dans l'immédiateté d'une pseudo-logique de réassurance.

Aujourd'hui la prison est un véritable laboratoire sociologique de toutes les misères, elle étouffe de trop de souffrance, dans une ambiance toujours plus sécuritaire, où la psychiatrie occupe une place de plus en plus inconfortable.

**Elisabeth CAILLAUD RITTER,  
Psychologue, psychothérapeute au SMPR**

(Service Médico Psychologique Régional) pôle de l'EPSAN (Établissement Public Santé Alsace Nord) de Brumath

---

#### Notes :

- 1 - Unité de consultation et de soins ambulatoires
- 2 - Service Médico - Psychologique Régional
- 3 - Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.
- 4 - Forme de schizophrénie qui débute entre 18 et 23 ans
- 5 - Service Médico-Psychologique régional.
- 6 - Article 131-36-4 du code pénal.
- 7 - Article 131-36-4, alinéa 2 du code pénal.
- 8 - Article 721-1 du CPP inclus dans la section 4, relative aux réductions de peines
- 9 - Abréviation de l'anglais : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) est un ouvrage de référence publié par la Société américaine de psychiatrie (APA) décrivant et classifiant les troubles mentaux.

**4<sup>e</sup> trimestre 2016 - L n° 75  
Ref. : Discriminations**