

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE : 2018

N° : 233

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'État

Mention D.E.S de Psychiatrie

PAR

RAULIN Gaëtan

Né le 25 mars 1988 à Bar-Le-Duc

La place de la psychiatrie en prison en France :
Réflexion institutionnelle concernant la psychiatrie pénitentiaire
française, son histoire, sa situation actuelle, son avenir

Président de thèse : Monsieur le Professeur Gilles Bertschy

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Stéphane Olivier



1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition OCTOBRE 2018
Année universitaire 2018-2019

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**

Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)

DOLLFUS Hélène

Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO191

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameledine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Illkirch	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier PO193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DERUELLE Philippe		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02	Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01	Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04	Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
LANGER Bruno P0091	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01	Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF GABRIEL		• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.01	Hématologie: transfusion

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme OLLAND Anne		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
PELACCIA Thierry		• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02	Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02	Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier		• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04	Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02	Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatodigestif et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01	Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02	Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Services de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04	<u>Pédopsychiatrie</u> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01	Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHÄTZ Claude P0147	RP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01	Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Haute-pierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01	Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01	Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02	Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02	Neurochirurgie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépato-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01	Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRPô CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	55.02	Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur		

MO112	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
--------------	---	--	--

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / NHC	48.03	Option: pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Mme BARTH Heidi M0005 (Dispo → 31.12.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01	Bactériologie - <u>Virologie</u> (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAIS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01	Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02	Cancérologie : Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04	Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-Virologie : Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELMÉ Anne-Elisabeth		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Haute-pierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Haute-pierre
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Haute-pierre
Dr DELPLANQ Hervé	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> - SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	<ul style="list-style-type: none"> - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Haute-pierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP6 Resp	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 NCS Resp	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)*
BOUSQUET Pascal
PINGET Michel
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2018)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au Professeur Gilles Bertschy, merci de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse. Merci également pour votre accueil chaleureux et votre écoute lors de nos échanges, tant dans le cadre de ce travail que lors de mon passage dans vos services durant l'internat. Je vous prie de voir ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Au Professeur Pierre Vidailhet, merci de me faire l'honneur de participer au jury de cette thèse. Merci également pour votre disponibilité et votre implication dans la formation des internes de psychiatrie à Strasbourg, une formation de grande qualité. Je vous prie de voir ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Au Professeur Fabrice Berna, merci de me faire l'honneur de participer au jury de cette thèse. Merci également pour la richesse de vos enseignements et de vos interventions dont je garde d'excellents souvenirs, que ce soit lors du Journal Club comme lors de mon semestre en Hôpital de jour. Je vous prie de voir ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Au Docteur Éric Hensgen, merci de me faire l'honneur de participer au jury de cette thèse. Merci d'avoir accepté d'apporter ton regard aguerré en matière de psychiatrie pénitentiaire. Merci pour ton amitié ainsi que ton soutien enthousiaste, je me réjouis de notre actuelle collaboration. Je te prie de voir ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Au Docteur Stéphane Olivier, merci de m'avoir fait l'honneur de diriger ce travail de thèse, de m'avoir apporté la richesse de tes connaissances et de ton expérience en matière de psychiatrie pénitentiaire. Merci pour ton amitié, ta confiance, ton soutien. C'est une grande chance de pouvoir aborder cette transition importante de mon parcours sous ta supervision. Je te prie de voir ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

À tous ceux qui ont participé à ma formation,

À mes maîtres : Dr Fabrice Duval, Dr Alexis Erb, Dr Yann Hodé, Dr Olivier Halleguen, Dr Edmond Perrier, Dr Yves Carraz, Dr Iulian Banea, Dr Myriam Riegert et Dr Julie Clauss.

Et à leurs équipes avec lesquelles j'ai eu la joie de travailler.

À mes co-internes, merci pour les moments partagés durant ces belles années d'internat.

Un remerciement tout particulier aux équipes soignantes de la maison d'arrêt de Colmar et la maison centrale d'Ensisheim. C'est auprès de vous qu'est né l'enthousiasme qui a alimenté ce travail de thèse.

Un remerciement également aux équipes du CMP « les blés » de Colmar et du pavillon 13-1 du Centre Hospitalier de Rouffach, pour votre soutien et votre accueil bienveillant dans la prise de mes nouvelles fonctions.

À mes parents, pour les valeurs que vous m'avez transmises, pour votre soutien inconditionnel et infailible. Merci pour tout.

À mon frère, Ludovic, pour ton soutien absolu, ta tolérance à mes absences.

À mon oncle et ma tante, Jean-Pierre et Mercedes, et leurs enfants, pour leur soutien et leurs petites attentions depuis toujours.

À Alexandre et David, camarades infailibles dans l'adversité des études de médecine. Tant d'examens passés ensemble, tant d'appréhensions d'avant nuit de garde partagées. Merci pour votre présence toujours aussi essentielle.

Aux copains du « noyau dur », Julien, Baptiste, Boris, Pierre, Charles, Luc, pour leur soutien depuis toutes ces années.

Aux belles amitiés nées à Strasbourg, Mathieu, Estelle, Laetitia, Aubrietia.

Enfin, ***merci à Lucile.*** Parce que ma plus belle découverte en choisissant de devenir psychiatre, c'est toi. Ce travail n'aurait pu être accompli sans ton aide, ton soutien au quotidien et ta présence indispensable.

TABLES DES MATIÈRES :

Liste des abréviations	21
INTRODUCTION	23
MÉTHODOLOGIE.....	26
A. Les sources interrogées	26
B. La définition des mots-clefs et l'interrogation des bases de données.....	28
C. Identification, sélection, éligibilité et inclusion des références documentaires.....	30
L'IMPLANTATION DE LA PSYCHIATRIE EN PRISON : HISTORIQUE	32
A. Préambule	32
B. Une histoire d'évolution pénale : entre l'adoucissement pénal de Durkheim et l'auxiliarisation judiciaire de Foucault	32
C. La psychiatrie et la prison, deux histoires liées	44
1. Les origines communes de la prison et de l'asile	45
2. La Révolution française, naissance de l'asile et de la prison.....	49
3. Le mouvement de défense sociale	54
4. Les bouleversements au lendemain de la seconde guerre mondiale	55
5. Des annexes psychiatriques au CMPR, du CMPR au secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire.....	58
6. Des années quatre-vingt-dix à aujourd'hui	63
D. L'histoire, support d'une réflexion institutionnelle.....	73
1. La psychiatrie en prison, une histoire d'attentes et de demandes	73
a. La demande du Droit pénal à l'adresse de la psychiatrie.....	73
b. Les attentes réciproques de la psychiatrie et de la prison	79
2. La psychiatrie en prison : analyse d'un point de vue culturel	90
a. L'organisation de la Santé mentale des détenus dans d'autres pays	91
b. Une acculturation réciproque	97
b.1. La psychiatrisation juridico-pénitentiaire.....	98
b.2. La carcéralisation de la psychiatrie	101
LES SPÉCIFICITÉS DE LA PSYCHIATRIE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE.....	105
A. Préambule	105
B. Les spécificités fondamentales.....	106
1. La psychiatrie dans l'espace-temps de la prison	106
a. La souffrance psychique générée par les contraintes carcérales.....	106
b. L'hospitalité du soin psychiatrique dans un lieu inhospitalier	110

2.	Le partenariat entre les différentes professions liées à la prison	114
a.	Partenariat entre les professionnels pénitentiaires et les professionnels soignants	115
b.	Partenariat entre les professionnels judiciaires et les professionnels soignants	122
c.	Le partenariat des professionnels de soin entre eux au sein de la prison	127
C.	La pratique psychiatrique en prison	135
1.	L'autonomie de la psychiatrie en prison	135
a.	Les symboles d'une autonomie limitée : Les retards et temps d'attente	138
b.	Les symboles d'une autonomie limitée : Les transferts de patients-détenus	140
c.	Les symboles d'une autonomie limitée : L'intervention du psychiatre au quartier disciplinaire	142
2.	Le secret médical en prison	145
3.	La relation thérapeutique en prison	150
a.	La distance thérapeutique soumise à la question morale	151
b.	Une réticence réciproque	153
4.	Les thérapies psychiatriques en prison	157
a.	La psychothérapie en prison	157
b.	Les prescriptions médicamenteuses en prison	163
5.	L'hospitalisation psychiatrique des personnes détenues	169
6.	La préparation à la sortie	176
D.	Les spécificités cliniques de la psychiatrie pénitentiaire	181
1.	La prévalence des troubles psychiatriques en prison	181
2.	Les troubles psychotiques en prison	196
3.	La psychopathie en prison	203
4.	Le suicide en prison	208
5.	Les addictions en prison	216
6.	La clinique de la dangerosité : l'exemple représentatif de la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel	221
	DISCUSSION À PROPOS DE L'AVENIR DE LA PSYCHIATRIE PÉNITENTIAIRE	228
	CONCLUSION	237
	ANNEXES	250
	Annexe I : Diagramme de flux représentant le processus de recherche documentaire	250
	Annexe II : Graphique illustrant les résultats de l'étude « Santé en population carcérale »	251
	BIBLIOGRAPHIE	253

Liste des abréviations

ASPDRE : admission en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État

CAP : commission de l'application des peines

CGLPL : contrôleur général des lieux de privation de liberté

CMPR : centre médicopsychologique régional

CPP : code de procédure pénale

CPU : commission pluridisciplinaire unique

CRAVS : centre ressource pour l'aide à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (diagnostic and statistical manual of mental disorders), cinquième édition

EDS : établissement de défense sociale

ENAP : école nationale d'administration pénitentiaire

HAS : haute autorité de santé

SMPR : service médico-psychologique régional

SPIP : service pénitentiaire d'insertion et de probation

UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée

UMD : unité pour malades difficiles

« Dans l'état actuel des sciences sociales, on ne peut le plus souvent traduire en formules intelligibles que les aspects les plus généraux de la vie collective. Sans doute, on n'arrive ainsi qu'à des approximations parfois grossières, mais qui ne laissent pas d'avoir leur utilité ; car elles sont une première prise de l'esprit sur les choses et, si schématiques qu'elles puissent être, elles sont la condition préalable et nécessaire de précisions ultérieures (...) Il est bien clair que nous n'atteindrons ainsi que les variations les plus générales ; mais si nous réussissons à introduire un peu d'ordre dans cette masse confuse de faits, si imparfaite qu'elle soit, notre entreprise n'aura pas été inutile. »

- Émile Durkheim, *Deux lois de l'évolution pénale*.

« Lorsque la psychiatrie caresse le fantasme de se laisser prendre pour une science exacte, lorsqu'elle ne se réinterroge plus sur elle-même et sur ce qu'on attend d'elle, lorsqu'elle cesse d'être humaniste, c'est-à-dire lorsqu'elle perd de vue que l'homme n'est pas réductible ni à son comportement ni à son statut de citoyen, alors tout est possible...mais tout est à craindre. »

- Dr Odile Dormoy, *Soigner et/ou punir*.

INTRODUCTION

Prison et psychiatrie, deux institutions divisant l'opinion publique et suscitant le débat depuis leur création. Tantôt symbole de ce qui sécurise la société, ce qui la protège d'elle-même, tantôt symbole de ce qui menace cette même société. Dans un cas comme dans l'autre, deux institutions symbolisant la réponse élaborée par notre société face à ce qu'elle peut percevoir de plus étrange en elle, la folie et la transgression. C'est peut-être d'un de ces dénominateurs communs que provient l'impression d'une évidence dans la présence de psychiatres en prison, comme l'incarnation d'une confusion de ces deux institutions. Et paradoxalement, le fait de soigner la souffrance psychique en prison n'a rien d'intuitif, au contraire, tant le soin et la sanction peuvent être des fonctions antagonistes, tant guérir et punir peuvent être des objectifs antinomiques. C'est ce constat initial, cette évidence paradoxale, qui nous a conduit à questionner la place de la psychiatre en milieu carcéral.

Le sens du mot place est double. Au sens propre, la place est une « *partie d'espace, portion libre qu'occupe ou peut occuper quelqu'un ou quelque chose* » [1]. Au sens figuré, la place peut être définie comme le « *rôle assigné à quelqu'un ou quelque chose dans un ensemble hiérarchisé ou structuré* » [1] ou encore un « *emplacement aménagé, destiné à une fonction particulière* » [1]; cette dernière signification donnant lieu à des expressions courantes telles que « *remettre quelqu'un à sa place (...) le rappeler à ses devoirs* » [1] ou encore « *être à sa place (...) être là où l'on doit être* » [1]. Le terme de place ne se réduit donc pas à la simple « *partie d'espace à occuper* ». Il fait référence à d'autres notions telles que le rôle, la fonction, le devoir, et également la relation réciproque entre cet espace à occuper (espace concret ou

symbolique) et un ensemble structuré plus vaste. C'est parce que le mot « place » convoque toute cette dimension institutionnelle, que nous l'avons choisi pour intituler ce travail de thèse : **la place de la psychiatrie en prison, en France.**

Énoncer un tel sujet revient à soulever la question du « quoi », autrement dit, quelle est la place de la psychiatrie en prison. Afin d'y répondre au mieux, nous avons établi comme hypothèse de travail que c'est en répondant au « comment » et au « pourquoi », que nous parviendrions à répondre à cette question du « quoi ». Ainsi, nous avons traité notre sujet suivant la problématique suivante : **Comment et pourquoi la psychiatrie s'est-elle implantée en prison ?** Pour y répondre, nous avons abordé cette problématique suivant deux dimensions. D'une part une dimension chronologique (comment dans le temps, la psychiatrie en est venue à intervenir en prison) et d'autre part, une dimension institutionnelle et organisationnelle (comment, de quelle manière, la psychiatrie s'est implantée en prison). Ce sont ces deux dimensions qui vont constituer les deux premières parties de notre développement. Une première partie, dans laquelle nous retracerons donc l'évolution historique de la psychiatrie pénitentiaire, en abordant certaines théories explicatives de cette évolution, nous permettant ainsi de saisir ce qui a amené la psychiatrie à prendre une place en prison. Puis une seconde partie dans laquelle nous développerons les spécificités de la psychiatrie en prison. Enfin, dans une troisième partie avant de conclure, nous discuterons l'avenir auquel nous pouvons nous attendre concernant la psychiatrie pénitentiaire française, et l'avenir que nous lui souhaitons.

Ce travail va donc avoir pour objet un sujet vaste, à partir duquel nous avons formulé une problématique ouverte. Nous pouvons expliquer le choix d'une telle ouverture par le fait que nous nous sommes fixés pour objectif non pas de suivre les traces des manuels et autres guides pratiques de psychiatrie carcérale, mais plutôt d'apporter une

réflexion supplémentaire sur cette pratique dans le but d'en comprendre mieux le sens. La nature de cet objectif a eu un impact sur notre méthodologie de travail, ce que nous développerons dans la partie qui suit.

À présent, nous pouvons clore cette introduction en précisant que cette thèse, par son propos, s'adresse donc d'abord aux psychiatres exerçants ou souhaitant exercer en milieu pénitentiaire. Cependant, nous l'avons menée de manière à ce qu'elle s'adresse aussi à toute personne, soignant ou autre (détenus, personnels pénitentiaires, magistrats et autres acteurs de la justice, grand public ...), curieux de connaître et comprendre cette pratique particulière.

MÉTHODOLOGIE

Là où une revue systématique de littérature ou un autre type d'étude permettent de répondre par des conclusions concrètes à des problématiques fermées, ces approches méthodologiques ne nous ont pas semblé s'intégrer à notre objectif de mener une réflexion théorique quant au sens de la place de la psychiatrie en prison, réflexion nécessitant de conserver l'ouverture de notre sujet. C'est pour cette raison que notre travail a plutôt pris la forme d'un essai, sans pour autant faire l'économie d'une recherche documentaire rigoureuse, notre souhait étant que notre réflexion théorique puisse prendre appui sur des documents pertinents, issus de disciplines variées, donnant ainsi un cadre multidisciplinaire à notre réflexion, un cadre à l'image de notre sujet, entre psychiatrie, sciences humaines, sociologie, histoire, et parfois philosophie. Pour réaliser notre recherche documentaire, nous nous sommes donc inspirés de certains critères de la méthode de revue systématique de littérature PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-analysis) [2], en conservant sa rigueur afin de pouvoir avancer un certain degré de pertinence concernant les références documentaires avec lesquelles nous avons étayé notre réflexion théorique, mais en faisant abstraction de l'objectif d'exhaustivité de cette méthode pour un sujet aussi vaste que le nôtre.

A. Les sources interrogées

Les sources à partir desquelles nous avons obtenu nos références documentaires sont de trois ordres.

D'abord, nous avons retenu nos premières références documentaires sur indication de l'équipe du pôle 2-3 du Centre hospitalier de Rouffach (CHR), équipe intervenant à la

maison d'arrêt de Colmar et la maison centrale d'Ensisheim, et dirigée par monsieur le Dr Olivier, également directeur de ce travail de thèse. Ces références étaient accessibles en intégralité au Centre de documentation et d'information du CHR, qui a justement constitué une documentation spécifique sur le sujet de la psychiatrie en milieu carcéral pour pouvoir répondre aux éventuelles demandes de l'équipe pratiquant au quotidien dans ce cadre.

Ensuite, nous avons consultés certains sites internet gouvernementaux officiels, afin d'obtenir des références documentaires informatives sur la place « officielle » de la psychiatre pénitentiaire en France. Ainsi, nous avons consulté les sites :

- De l'inspection générale des affaires sociales (www.igas.gouv.fr)
- Du contrôleur général des lieux de privation de liberté (www.cgplp.fr)
- De Légifrance, le service public de la diffusion du droit (www.legifrance.gouv.fr)
- De l'Assemblée nationale (www.assemblee-nationale.fr)

Sur chacun de ces sites, nous avons retenus les documents traitant de la question du soin psychiatrique en prison, en France.

Enfin, le troisième moyen d'obtention de références documentaires a été l'interrogation de certaines bases de données en ligne. Comme nous le disions précédemment, d'emblée il nous a paru important d'éclairer notre réflexion d'un point de vue non seulement médical mais également juridique, sociologique et même philosophique, afin d'éviter l'écueil d'aboutir à un inventaire des fonctions de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, tâche déjà réalisée de façon pertinente par certains manuels et autres guides pratiques que nous ne manquerons pas de citer dans notre travail. C'est pour cette raison que nous avons tenu à ne pas interroger uniquement des bases de données médicales, mais également des bases de données en sciences humaines :

- Em Premium (<http://www.em-premium.com/>)

- Cairn.info (www.cairn.info)
- OpenEdition Journals (<https://journals.openedition.org/>)
- Proquest Sociology (www.proquest.com)
- Psycarticles (<http://www.apa.org/pubs/databases/psycarticles/index.aspx>)
- Pubmed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>)
- Research Gate (<https://www.researchgate.net/>)
- Sage Journals (<http://journals.sagepub.com/>)
- Science Direct (<https://www.sciencedirect.com/>)
- Web of science (<https://login.webofknowledge.com/>)

Afin que notre travail s'intègre dans la continuité des travaux de thèses antérieurs, nous avons également interrogé les deux bases de données universitaires suivantes :

- Système universitaire de documentation (<http://www.sudoc.abes.fr/xslt/>)
- Moteur de recherche des thèses françaises (www.theses.fr)

B. La définition des mots-clefs et l'interrogation des bases de données

Afin d'interroger ces bases de données en lignes, nous avons retenu comme mots-clefs les trois termes centraux de notre sujet (la psychiatrie, la prison, la place) et des termes apparentés à ces 3 mots-clefs initiaux :

- « Psychiatre, Santé mentale », comme termes apparentés à celui de « Psychiatrie ».
- « Carcéral, pénitencier, détention », comme termes apparentés à celui de « Prison ».
- « Fonction, rôle », comme termes apparentés à celui de « place ».

Nous avons interrogé les bases de données durant le mois d'avril 2018, et avons d'abord fait l'essai de plusieurs combinaisons entre ses différents mots-clefs. Nous avons ainsi

pu constater d'une part, qu'en combinant les trois groupes de mots-clefs, nous obtenions des résultats certes parfois spécifiques, mais trop peu nombreux ; d'autre part, qu'en combinant les termes « psychiatrie » et « prison » ou leurs termes apparentés, nous obtenions de nombreux résultats, mais dont beaucoup n'étaient pas pertinents dans le cadre de notre travail.

Devant ce constat, nous avons priorisé le fait de ne passer à côté d'aucune référence documentaire potentiellement intéressante pour notre réflexion, nous avons fait le choix de recourir aux deux mots-clefs les plus généraux, générant le plus de résultats, « psychiatrie » et « prison ». Nous avons pu secondairement gagner en spécificité en associant ces 2 termes avec l'opérateur logique « ET », donnant la formule de recherche : « psychiatrie et prison ».

Toujours dans le but d'augmenter la spécificité de nos résultats, nous n'avons à cette étape que retenu les références documentaires en langue française, compte-tenu que notre travail porte sur la place de la psychiatrie en prison, en France. Dans la même idée, lorsque nous avons interrogé les bases de données, nous avons conservé notre formule de recherche (« psychiatrie et prison ») en français.

Nous avons également limité les résultats de notre recherche aux disciplines suivantes : médecine, psychologie, santé publique, sociologie, philosophie, histoire, sciences humaines, droit.

Enfin, nous n'avons fixé aucune limite de date de publication ou d'édition concernant les références documentaires que nous retenions.

C. Identification, sélection, éligibilité et inclusion des références documentaires

Une fois ces prérequis définis, il nous a fallu filtrer de façon progressive les nombreux résultats obtenus afin de ne conserver que les références documentaires pertinentes pour notre travail.

Afin d'illustrer cette démarche, nous avons repris le diagramme de flux proposé par la méthode de revue systématique de littérature PRISMA [2] (voir le diagramme placé en Annexe I).

Tout d'abord, à partir des résultats de notre recherche, nous avons d'abord identifié les références potentiellement pertinentes sur simple lecture des titres. De ces documents identifiés, nous avons ensuite sélectionné ceux dont le contenu du résumé laissait entendre que le document concerné pouvait s'avérer informatif sur la place de la psychiatrie en prison.

Ensuite, notre accessibilité aux bases de données en ligne dépendant du portail documentaire de l'Université de Strasbourg (accessible via l'espace numérique de travail, <http://ent.unistra.fr/>), nous avons fixé comme critère d'éligibilité que les références documentaires sélectionnées soient accessibles en texte intégral, et que la lecture intégrale devait confirmer la pertinence du document dans le cadre de notre travail.

Après la lecture intégrale de 88 références documentaires éligibles, nous en avons inclus 58 pour notre travail.

Enfin, les références bibliographiques de ces 58 documents premièrement inclus, ont elles-mêmes pu faire l'objet d'une inclusion suivant la même démarche précédemment décrite (lecture du titre puis du résumé, vérification de l'accessibilité en texte intégral et lecture en texte intégral avant inclusion). Pour ces références bibliographiques

secondairement incluses, nous n'avons cependant pas maintenu la restriction de la langue française puisqu'elles étaient de fait utilisées comme références dans des sources documentaires dont nous avons préalablement contrôlé le caractère informatif sur le sujet de la psychiatrie pénitentiaire en France.

Au final, cette démarche de recherche documentaire nous a permis de recueillir à un total de 67 références documentaires permettant d'étayer notre réflexion théorique sur la place de la psychiatrie en prison, en France.

L'IMPLANTATION DE LA PSYCHIATRIE EN PRISON : HISTORIQUE

A. Préambule

Comme nous le disions en introduction, nous avons d'abord souhaité saisir la complexité du contexte historique dans lequel ont évolué la psychiatrie et la prison. Ainsi, plutôt que de faire uniquement une description chronologique de cette évolution, nous avons tenu à donner une part importante aux réflexions d'auteurs qui ont consacré certains de leurs travaux à théoriser les changements qu'ont connus les institutions psychiatrique et carcérale à travers l'histoire.

Nous avons décidé de réaliser cet historique d'abord sous l'angle de l'évolution de la justice pénale, puis sous l'angle de l'évolution de la psychiatrie, afin de saisir avec lisibilité, comment ces deux institutions en sont venues à se rencontrer au sein de la prison.

B. Une histoire d'évolution pénale : entre l'adoucissement pénal de Durkheim et l'auxiliarisation judiciaire de Foucault

Des supplices et autres châtiments corporels d'antan, aux peines de prison aménageables actuelles, on peut voir qu'il y a eu une nette évolution des sanctions pénales dans le temps. Pour développer ce premier point, nous allons nous appuyer sur les travaux menés par deux grands auteurs qui ont abondamment exploré le sujet de l'évolution pénale, le sociologue Émile Durkheim et le philosophe Michel Foucault. Bien que les points de vue de ces deux auteurs aient parfois été mis en opposition, nous allons ici mettre en avant leurs points de convergence, afin de comprendre en quoi

l'évolution pénale permet d'expliquer en partie l'implantation de la psychiatrie en milieu carcéral.

Émile Durkheim aborde cette question de façon directe dans son texte *Deux lois de l'évolution pénale* (1899-1900) [3], dans lequel il soutient que la sanction pénale au cours de l'histoire, est passée par deux types de variation, l'une quantitative et l'autre qualitative.

Sur un plan quantitatif d'abord, il soutient que : « *l'intensité de la peine est d'autant plus grande que les sociétés appartiennent à un type moins élevé et que le pouvoir central a un caractère plus absolu* » [3]. Afin de comprendre cet énoncé, il est nécessaire de préciser quelques points. Tout d'abord, Durkheim pose comme postulat de base qu'il existe une évolution générale des sociétés, évolution qui ne se déroulerait pas en une série unique et linéaire mais sous forme de ramifications naissants d'une souche commune. Concernant ensuite le caractère plus ou moins absolu du pouvoir central d'une société, Durkheim définit que le concept de justice s'établit autour de deux pôles, d'un côté un organisme gouvernant qui détient le pouvoir central ; de l'autre le reste de la société qui est gouvernée, c'est-à-dire sur lequel ce pouvoir s'exerce. Plus les rapports entre ces deux pôles sont unilatéraux, plus le gouvernement est absolu, et inversement, plus les rapports entre ces deux pôles sont réciproques, moins le gouvernement est absolu. En d'autres termes, ce qui rend le pouvoir central d'une société plus ou moins absolu, c'est l'absence plus ou moins complète de contrepoids limitants ce pouvoir. Ces contrepoids pouvant être des lois et des organismes secondaires, tout comme des traditions ou des croyances. Afin d'affiner cette théorie de variation quantitative de la sanction pénale au cours de l'histoire, Durkheim précise que : « *le caractère plus ou moins absolu du gouvernement n'est pas solidaire de telle ou telle société (...) L'organisation politique ne tient pas qu'à la*

constitution congénitale de la société, mais à des conditions individuelles, transitoires, contingentes. » [3]. Cela signifie d'une part que l'absolutisme ne concerne pas que les sociétés primitives, et d'autre part qu'une même société, quel que soit son degré d'évolution, peut connaître une modification de son caractère plus ou moins absolu suivant la manière dont s'organise son pouvoir central. Pour illustrer son propos, Durkheim retrace l'évolution historique des supplices et autres châtiments. Il décrit la pratique de la peine de mort aggravée de châtiments corporels dans l'Égypte antique (de 3000 av. JC à 300 av. JC environ) tandis que le peuple hébreu, moins évolué sur le plan sociétal mais où un pouvoir absolu n'avait pu s'établir de façon durable, était bien plus modéré dans ces châtiments. Il décrit également les pratiques pénales des cités grecques puis des cités romaines, supérieures sur le plan sociétal, qui ont adouci leur loi pénale durant toute la durée de la République romaine (de 500 av. JC aux environs de la fin du premier siècle av. JC) pour ensuite la durcir à nouveau lorsque le pouvoir du gouvernement tendait à devenir absolu avec l'Empire Romain. Il revient ensuite sur la loi pénale des sociétés chrétiennes du Moyen-Âge, qui était initialement plus clémentine que dans les sociétés antérieures, jusqu'à l'installation progressive du pouvoir royal et de sa dureté pénale au XIV^{ème} siècle. Dans son cheminement historique, Durkheim en arrive progressivement à la période du milieu du XVIII^{ème} siècle qui va constituer le terreau de la Révolution française et de l'ensemble de changements en termes de pratique pénale qui fera suite. Il relate en particulier les vagues de protestation qui naissaient alors dans toute l'Europe ; mouvement historiquement initié par le traité de Baccaria (*Des délits et des peines*, 1764) qui dénonçait entre autres l'arbitraire des peines et l'atrocité des supplices. À la faveur de la Révolution, ces protestations se concrétiseront par une succession de réformes du système pénal qui iront globalement dans le sens d'un adoucissement en termes de sanction pénale (suspension des mutilations, la mise en place d'un système

de circonstances atténuantes...). Parmi les textes actant ce changement, il y aura tout d'abord l'ordonnance criminelle de 1788 puis le code pénal de 1791 suivi de celui de 1810, qui restera en vigueur jusqu'en 1994, alors remplacé par le code pénal actuel.

La théorie d'évolution pénale « quantitative » de Durkheim que nous venons de décrire, peut encore trouver une application dans nos sociétés contemporaines ; par le simple fait qu'aujourd'hui encore, on constate que la pénalité varie en sévérité suivant le caractère plutôt totalitaire et absolue des gouvernements, ou au contraire leur caractère démocratique.

En parallèle de cette première théorie, Durkheim soutient l'idée d'une variation qualitative de la sanction pénale à travers l'histoire. Il énonce ce second concept de la manière suivante : « *Les peines privatives de la liberté et de la liberté seule, pour des périodes de temps variables selon la gravité des crimes, tendent de plus en plus à devenir le type normal de la répression.* » [3]. Afin d'étayer cette théorie, il rapporte tout d'abord que les sociétés antiques ignoraient presque complètement ce mode de sanction, dont on ne retrouve des traces d'usage courant qu'à la période des cités grecques et romaines. Cependant, l'emprisonnement ne constituait alors pas la sanction pénale en elle-même mais plutôt une mesure de surveillance du criminel. La privation de liberté comme sanction pénale se serait développée à l'époque des sociétés chrétiennes où l'Église ordonnait contre certains criminels la détention temporaire ou perpétuelle dans les monastères. Initialement dans un but de surveillance, cette détention fut définie par la suite comme une peine d'emprisonnement véritable, pratique qui passa ensuite dans le droit laïque. C'est ainsi qu'au XVIIIème siècle, fut reconnu le caractère pénal de l'emprisonnement, c'est-à-dire lorsque cette mesure de privation de liberté était précédée d'une instruction judiciaire. Cela s'est traduit de façon concrète dans le code pénal Révolutionnaire de 1791, où l'incarcération devient

la base du système répressif parallèlement à la peine de mort et certaines aggravations comme le carcan ou les travaux forcés. À partir de ce moment, de réforme en réforme, la peine d'emprisonnement deviendra la norme en matière répression pénale en France.

Dans le but d'expliquer cette variation « qualitative » de la sanction pénale, autrement dit que l'incarcération ait remplacée intégralement les peines de mort et les supplices, Durkheim part de l'hypothèse que dans les sociétés antiques peu développées, la détention ne répondait à aucun besoin. Dans ces sociétés organisées en clans et familles autonomes, si un crime était commis, la peine en conséquence et la réparation, autrement dit la responsabilité, n'impliquaient pas seulement le coupable mais tout le clan. De ce point de vue, il n'y avait effectivement pas d'utilité à maintenir le coupable en détention pour le surveiller puisque le clan tout entier pouvait faire l'objet de la sanction. En évoluant, les sociétés se sont concentrées et les clans s'y sont dissous. Dans ce contexte, la responsabilité collective face à une infraction commise, a laissé place à la responsabilité individuelle. La détention a alors trouvé une fonction, faire que la répression puisse avoir lieu en évitant une éventuelle fuite des coupables. Durkheim ajoute que ce n'est pas uniquement cette fonction nouvelle qui a permis la naissance de la prison : « *Un besoin, même intense, ne peut pas créer ex nihilo les moyens de se satisfaire* » [3]. Il soutient ainsi l'idée que l'émergence de lieux de détention supposait au préalable la présence de certaines conditions ne pouvant être présentes qu'à un certain niveau de développement sociétal (l'existence d'établissements publics, d'espaces suffisants avec une présence militaire, d'espaces empêchant la communication avec l'extérieur, etc.). Une fois construites, ces prisons à but préventif auraient rapidement pris un caractère répressif, ce que Durkheim formule par deux hypothèses. La première tiendrait selon lui, dans la dureté des conditions d'incarcération dans ces lieux, donnant alors spontanément un caractère

répressif à la détention initialement pensée pour prévenir la fuite du coupable. La seconde hypothèse formulée par Durkheim, s'appuie sur sa théorie de variation « quantitative » de la sanction pénale. Il explique que les peines d'emprisonnement étaient à l'origine destinées à réprimer les petits délits ; les crimes et les grands délits étant sanctionnés par la peine de mort parfois aggravée de supplices. Mais, avec la disparition progressive des sentences les plus archaïques et violentes, Durkheim avance l'idée que cette nouvelle forme de pénalité qu'était l'emprisonnement serait progressivement venue en substitution.

Selon Durkheim, la variation qualitative de la sanction pénale a donc été dépendante de sa variation quantitative, autrement dit, c'est l'adoucissement pénale au travers de l'histoire qui aurait permis en dernier lieu à la peine d'emprisonnement de devenir le modèle de sanction pénale. Durkheim écarte d'emblée l'hypothèse que cet adoucissement pénal soit un phénomène parallèle à l'adoucissement des mœurs, en expliquant que : *« si, d'un côté, notre plus grande humanité nous détourne des châtiments douloureux, elle doit aussi nous faire paraître plus odieux les actes inhumains que ces châtiments répriment. Si notre altruisme plus développé répugne à l'idée de faire souffrir autrui, pour la même raison, les crimes qui sont contraires à ces sentiments doivent nous sembler plus abominables et, par suite, il est inévitable que nous tendions à les réprimer plus sévèrement. »* [3]. Il base donc sa réflexion sur le postulat qu'une peine fait réponse à un crime de la manière que ce crime offense la conscience publique. Ainsi, ce serait donc l'évolution du crime qui permettrait d'expliquer l'évolution pénale. Pour parvenir à cela, Durkheim commence par distinguer deux catégories d'actes criminels : ceux dirigés contre des choses collectives d'une part (autorités publiques, mœurs, traditions, religion), et ceux qui n'offensent que des individus d'autre part (vols, certaines violences, fraudes en tous genres). Durkheim développe ensuite l'idée que lorsqu'un acte criminel offense une

chose collective, il offense un sentiment qui relie l'individu à cette chose collective. Un sentiment proche de ce qui attache l'individu à lui-même, du fait de la morale qui oblige l'individu envers cette chose collective qui le dépasse infiniment. Ainsi, selon Durkheim, c'est pour cela qu'un acte qui viole ce sentiment collectif, paraît exceptionnellement odieux, car : « *une offense est d'autant plus révoltante que l'offensé est plus élevé en nature et en dignité au-dessus de l'offenseur. Plus on est tenu au respect, plus le manque de respect est abominable* » [3]. En revanche, concernant les actes criminels dirigés uniquement contre l'individu, ce ne sont alors plus ces sentiments collectifs qui sont offensés mais les sentiments d'empathie ou de simple sympathie d'un individu envers un autre. Ce serait pour cela que ces actes paraîtraient moins révoltants et susciteraient donc une répression moins violente que pour les actes offensants des choses collectives. Par ailleurs, ce serait ce même état mental d'un individu envers un autre qui nous amènerait d'une part à punir, par empathie pour la victime et antipathie pour l'acte criminel, et d'autre part à modérer la peine, par empathie pour le condamné et par aversion de la violence faite à autrui.

Durkheim clôt ce raisonnement en avançant qu'à mesure que les sociétés évoluent, on peut observer un certain retrait de la religiosité, de la morale, de la tradition, à la faveur de valeurs et principes plus individuels. Certains actes qui, dans les sociétés antiques, offensaient des choses publiques n'offensent actuellement que des sentiments à l'échelle de l'individu. Ainsi, des crimes qui, dans le passé, étaient sévèrement punis car ils offensaient une entité collective, sont aujourd'hui moins sévèrement sanctionnés. Voilà donc comment Durkheim lie l'adoucissement pénale à l'évolution sociétale.

Enfin, il n'oublie pas de développer le lien entre adoucissement pénal et caractère plus ou moins absolu du pouvoir gouvernemental. Son raisonnement dans ce cadre n'est pas sans lien avec ce que nous venons de décrire puisque de la même manière, il

développe le fait que, dans les sociétés au pouvoir central absolu, le détenteur de ce pouvoir obtient un statut de « choses collectives », transcendant le reste de la communauté. Il résulte de cette hiérarchie sociale, une discipline morale autoritaire, amenant les individus à réprimer sévèrement les actes offensant cette entité collective supérieure.

Cette approche historique à travers la théorie de l'évolution pénale de Durkheim, peut sembler quelque peu éloignée de notre sujet. Cependant, il y est abordé comment une société, à mesure qu'elle évolue, organise la manière dont elle sanctionne tout en ayant une aversion grandissante à exécuter cette fonction. Ceci constitue une première piste pour saisir comment la fonction de soin est arrivée progressivement dans un lieu dont la fonction principale est initialement la sanction.

Dans le même ordre d'idée, Durkheim théorise comment la sanction pénale est passée des châtiments corporels à un mode de sanction visant à être exclusivement une privation de liberté, dans l'idéal exempt de tout tourment physique ou psychique. Ce changement radical de mode de sanction pénale constitue une seconde piste dans l'explication de la présence paradoxale de soins dans le lieu de sanction qu'est la prison ; le soin devenant alors un moyen parmi d'autres, de garantir le caractère strictement privatif de liberté de la sanction pénale.

Ces hypothèses, que nous formulons via la théorie de Durkheim quant à la présence du soin en prison, trouvent écho dans les travaux de Michel Foucault. Dans son livre *Surveiller et punir* (1975) [4, 5], Foucault aborde lui aussi la question d'une évolution pénale vers l'adoucissement à partir de la fin du XVIIIème siècle, début du XIXème siècle. Il décrit lui aussi cette période comme une transition majeure en termes de justice pénale, dans divers pays dont la France, via l'émergence de nouveaux codes pénaux faisant disparaître peu à peu les supplices et définissant progressivement la

peine privative de liberté comme le modèle de sanction pénale. Derrière cette disparition des supplices, Foucault identifie deux processus, d'une part « *l'effacement du spectacle punitif* » [4], d'autre part « *la prise sur le corps qui se dénoue* » [4].

Concernant d'abord « *l'effacement du spectacle punitif* » [4], Foucault explique que, dans l'esprit humaniste qui anime la fin du XVIIIème-début du XIXème siècle, le spectacle que constitue les exécutions publiques perd de son sens. Au contraire, la surenchère de violence de ces scènes punitives génère une confusion entre la violence exercée par la justice et l'infraction sanctionnée chez les condamnés, inversant souvent les rôles de ces deux protagonistes : « *dans le châtiment-spectacle, une horreur confuse jaillissait de l'échafaud ; elle enveloppait à la fois le bourreau et le condamné : et si elle était toujours prête à inverser en pitié ou en gloire la honte qui était infligée au supplicié, elle retournait régulièrement en infamie la violence légale de l'exécuteur.* » [4]. C'est par ce contexte que Foucault explique le changement de paradigme qui a lieu à cette époque, dans l'application de la sanction pénale qui « *tendra donc à devenir la part la plus cachée du processus pénal (...) son efficacité, on la demande à sa fatalité, non à son intensité visible ; la certitude d'être puni, c'est cela, et non plus l'abominable théâtre, qui doit détourner du crime...* » [4]. De ce changement de paradigme, Foucault déduit le changement de position du judiciaire dans le processus pénal. Précisément, c'est parce que c'est la condamnation en elle-même, et non plus le spectacle du châtiment, qui est censée marquer négativement le comportement délinquant aux yeux de la société, que les débats et autres décisions judiciaires vont tendre à devenir publiques tandis que l'exécution de la peine va devenir la partie la moins visible du processus pénal. En pratique, ce changement va prendre la forme d'un partage des rôles. La décision de la sanction pénale, autrement dit le jugement, restera la fonction du secteur judiciaire, alors que l'exécution de la peine sera déléguée à un secteur de plus en plus autonome jusqu'à être incarnée par

l'institution pénitentiaire et son établissement symbolique, la prison. Foucault illustre cela par le fait que : « *en France l'administration des prisons ait été longtemps sous la dépendance du ministère de l'Intérieur, et celle des bagnes sous le contrôle de la Marine ou des Colonies.* » [4]. Foucault soutient que cet éloignement du secteur judiciaire vis-à-vis de la fonction d'exécution de la peine, ne se limitera pas à ce partage des rôles mais impactera également la sanction pénale en elle-même. D'une fonction initiale de pure et simple expiation, la sanction pénale tendra progressivement vers une ambition de corriger, réhabiliter voire guérir...

Car la disparition des supplices, c'est la disparition du « *spectacle punitif* » [4] mais c'est aussi « *la prise sur le corps qui se dénoue* » [4] selon Foucault qui soutient qu'à cette période : « *un déplacement dans l'objet même de l'opération punitive (...) À l'expiation qui fait rage sur le corps doit succéder un châtement qui agissent en profondeur sur le cœur, la pensée, la volonté, les dispositions.* » [4] ; et pour tendre vers cet objectif : « *le châtement est passé d'un art des sensations insupportables à une économie des droits suspendus* » [4]. Afin d'expliquer cette transition en matière de sanction pénale, Foucault avance que l'emprisonnement constitue : « *la peine par excellence dans une société où la liberté est un bien qui appartient à tous de la même façon et auquel chacun est attaché par un sentiment universel et constant (...) Sa perte a donc le même prix pour tous ; mieux que l'amende elle est le châtement égalitaire.* » [5].

La première conséquence d'un tel changement est que, si la sanction pénale infligée à l'individu ne doit consister qu'en une privation de droits dont la liberté, il est nécessaire à la justice de garantir que : « *le corps et la douleur ne sont pas les objets derniers de son action punitive* » [4]. Afin de garantir cela, différents techniciens en viennent progressivement à intervenir auprès des détenus. Parmi ces techniciens, des

surveillants, éducateurs et aumôniers mais aussi des infirmiers et médecins dont des psychiatres, ainsi que des psychologues.

Par ailleurs, indépendamment des évolutions pénales inhérentes aux évolutions sociétales comme le théorisait Durkheim, Foucault soutient que la transition qu'a connue la sanction pénale dans sa forme, ne visant plus le corps mais la privation de liberté, a été accompagnée d'une modification de ce qui faisait l'objet du jugement et de la sanction pénale : *« sous le nom de crimes et de délits, on juge bien toujours des objets juridiques définis par le Code, mais on juge en même temps des passions, des instincts, des anomalies, des infirmités, des inadaptations, des effets de milieu ou d'hérédité ; on punit des agressions, mais à travers elles des agressivités ; des viols, mais en même temps des perversions ; des meurtres qui sont aussi des pulsions et des désirs(...) non plus simplement sur les infractions, mais sur les individus ; non plus ce qu'ils ont fait, mais sur ce qu'ils sont, seront, peuvent être (...) les juges, peu à peu, mais par un processus qui remonte à fort loin, se sont donc mis à juger autre chose que les crimes : l' « âme » des criminels. »* [4] ; une modification donc de l'objet du jugement et de la sanction pénale, donnant à cette sanction un objectif autre que la répression et la réparation de l'infraction : *« si la peine infligée par la loi a pour but principal la réparation du crime, elle veut aussi l'amendement du coupable (...) Et cette transformation, il faut la demander aux effets internes de l'incarcération (...) pour cette opération l'appareil carcéral a eu recours à 3 grands schémas : le schéma politico-moral de l'isolement individuel et de la hiérarchie ; le modèle économique de la force appliquée à un travail obligatoire ; le modèle technico-médical de la guérison et de la normalisation.»* [5]. Ainsi, d'une manière similaire à celle qui a conduit le secteur judiciaire à s'entourer d'autres disciplines pour garantir une sanction pénale uniquement privative de liberté, sans souffrance physique ou psychique, ce même secteur judiciaire et le secteur pénitentiaire ont dû solliciter des disciplines extra-

judiciaires afin que le jugement pénal et la sanction pénale ne visent plus uniquement la répression et la réparation des faits criminels, mais visent aussi l'amendement du délinquant. Parmi ces disciplines extra-juridiques auxiliarisées, la criminologie et ses disciplines affiliées telles que la psychiatrie médico-légale dont l'expertise psychiatrique et la psychiatrie pénitentiaire.

Pour résumer cette première approche historique sous l'angle de l'évolution pénale, il est déjà possible d'arriver à une certaine convergence entre la vision de Durkheim et celle de Foucault, du moins en ce qui concerne le sujet de notre réflexion, la place de la psychiatrie en prison. L'un comme l'autre convient d'une évolution pénale vers l'adoucissement, tous deux faisant le constat de la disparition des supplices remplacés progressivement par un autre modèle de sanction, la peine privative de liberté.

Durkheim théorise cet adoucissement pénal sous l'angle de l'évolution sociétale. Il soutient d'une part, qu'à mesure que les sociétés évoluent et que leur pouvoir central présente un caractère moins absolu, leurs sanctions pénales s'adoucissent. D'autre part, il explique que le modèle de sanction pénale est progressivement passé du supplice à la détention du fait d'un changement des besoins sociétaux en termes de répression, et parce qu'un tel type de sanction nécessitait une logistique inhérente à un certain degré d'évolution sociétale. Ce développement théorique de l'évolution pénale selon Durkheim, introduit une notion pertinente dans le cadre de notre réflexion, à savoir, comment une société en vient à organiser la manière dont elle sanctionne pénalement tout en ayant une aversion grandissante à exécuter cette fonction.

On retrouve cette notion chez Foucault qui soutient également l'idée d'un adoucissement pénal, même s'il le développe sous un angle moins sociétal que Durkheim. La réflexion de Foucault s'oriente plutôt en faveur d'un mouvement de déculpabilisation du secteur judiciaire à partir de la fin du XVIIIème - début du

XIX^{ème} siècle, qui tendrait à se défaire de sa fonction d'exécuteur pénal, d'une part en déléguant progressivement cette tâche à un secteur pénitentiaire de plus en plus autonome, d'autre part en auxiliarisant diverses disciplines extra-juridiques, ce qui fait directement lien avec notre sujet, l'intervention de la psychiatrie en prison.

Ce synthétique historique de l'évolution pénale, nous éclaire donc sur le contexte pénal dans lequel la psychiatrie a été amenée à intervenir en prison. Même si ce contexte pénal ne nous renseigne pas de façon directe sur la place prise par la psychiatrie en prison, il nous renseigne sur la place à laquelle elle était attendue dans le système pénal. D'une part comme un garant, aux yeux de la justice et de la conscience collective, du caractère uniquement privatif de liberté de la sanction pénale, une peine idéalement dénuée de souffrance physique et psychique ; d'autre part comme un auxiliaire permettant à la sanction pénale de prétendre à l'amendement du coupable, un objectif voulu supérieur à la simple expiation de la faute.

Voyons donc à présent comment historiquement la psychiatrie a investi cette place au sein de la prison.

C. La psychiatrie et la prison, deux histoires liées

Pour reprendre la formule d'Emile Durkheim : « *Pour rendre compte d'une institution, il ne suffit pas d'établir qu'au moment où elle parut elle répondait à quelque fin utile ; car de ce qu'elle était désirable, il ne suit pas qu'elle était possible (...) Un besoin, même intense, ne peut pas créer ex-nihilo les moyens de se satisfaire* » [3]. Ainsi, pour le sujet qui nous concerne, nous ne pouvons expliquer l'implantation de la psychiatrie en prison uniquement par le besoin du secteur pénal. Plus précisément, la psychiatrie a pu intervenir en prison parce qu'à un moment donné,

d'une part son intervention répondait à une demande du secteur judiciaire, et d'autre part certaines conditions étaient réunies pour permettre son intervention en prison. C'est pour saisir ce moment propice à l'émergence de la psychiatrie en milieu pénitentiaire que nous allons reprendre historiquement la naissance et l'évolution de cette discipline.

La psychiatrie et la prison ont une histoire liée, faite de périodes successives de rapprochement et de séparation selon les époques. Nous ne sommes pas les premiers à estimer que l'intervention de la psychiatrie en milieu pénitentiaire peut s'expliquer en partie par l'histoire liée de ces deux institutions. Bon nombre d'auteurs ont étudié cette histoire, parmi eux, nous pouvons commencer par citer Michel David, psychiatre et auteur de nombreux ouvrages et articles sur la psychiatrie en milieu pénitentiaire et l'expertise psychiatrique pénale, deux pratiques qu'il a lui-même exercées. Nous allons tout d'abord reprendre plus particulièrement l'un de ses textes au titre explicite : *Le cheminement historique des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire* [6], texte présent dans le livre *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire* (2005) de Betty Brahmy et Laurent Michel.

1. Les origines communes de la prison et de l'asile

Nous pouvons ainsi débiter cet historique à la fin du Moyen-Âge. À cette époque, la France est en pleine crise socio-économique, une crise ayant pour origine le cumul de mauvaises récoltes, de la peste et de la guerre, une conjoncture face à laquelle le système socio-économique féodal ne peut faire face. Par ailleurs, comme le résume Michel David [6], il n'existe alors pas de dispositif social permettant une prise en charge institutionnelle des personnes présentant des troubles mentaux. Ces

personnes sont soit gardées par leur famille lorsque ces dernières en ont les moyens, soit livrées à elles-mêmes. L'intégration de ces personnes dans la société de l'époque dépend alors de l'altération de leur état ; certaines sont employées à des tâches agricoles ou domestiques, les autres vagabondent et mendient dans les rues.

Autour de la fin du XV^{ème} et du début du XVI^{ème} siècle arrive ensuite en France la période de la Renaissance et son progressif renouveau sur le plan artistique mais également sur le plan philosophique et scientifique. Parallèlement à cette période d'essor, le pays traverse encore les importantes difficultés socio-économiques qui ont marqué la fin du Moyen-Âge. Ces difficultés socio-économiques se traduisant au sein de la population par une pauvreté croissante, la mendicité, le vagabondage, les agressions et la prostitution, deviennent un problème majeur, en particulier dans les grandes villes. Au sein de cette population indigente, on retrouve fatalement une proportion notable de personnes atteintes de troubles mentaux. En réponse à cette situation problématique, le pouvoir royal en vient à établir une politique d'enferment systématique de ces personnes indigentes. Cette action publique s'axe autour de deux principes : l'assistance et la répression. Les établissements créés afin d'assurer cette action publique ont alors deux fonctions : l'enfermement et le travail obligatoire. En 1656, à partir des établissements de la Salpêtrière, la Pitié et Bicêtre, est ainsi créé l'Hôpital Général de Paris, établissement considéré comme le symbole du début de cette politique du « Grand enfermement ». À noter que, malgré la présence de quelques personnels médicaux intervenant dans cet établissement, ce dernier n'a alors aucune vocation de soin. Les personnes y étant enfermées et nécessitant des soins trop conséquents, sont adressées à l'Hôtel-Dieu de Paris qui a alors une fonction médicale. Cette action publique visant à enfermer les indigents dans des établissements dédiés s'étendra secondairement à tout le Royaume de France, avec la construction

d'établissements équivalents à l'Hôpital Général de Paris, à Douai, Lille ou Caen par exemple. Et ce phénomène n'est pas localisé à la France puisqu'à la même période, on peut observer des démarches similaires en Angleterre, Italie, Espagne, Hollande ou encore en Allemagne.

À cette époque, la psychiatrie et la prison telles que nous les connaissons, n'existent pas encore. Cependant, on peut voir dans les établissements que nous venons de décrire, un ancêtre commun à ces deux institutions. En effet, comme nous le disions précédemment, ces Hôpitaux Généraux ont à la fois la tâche de réprimer et celle d'assister, avec pour but « *de contrôler toute la foule des vagabonds et des pauvres hères quel que soit leur état mental* » [6]. Les individus qui vont donc peupler ces établissements, vont avoir pour seule caractéristique commune d'y être enfermés du fait de leur indigence, qu'ils présentent des troubles mentaux ou non. Mais la frontière entre indigence et délinquance est souvent trouble, si bien que l'Hôpital Général accueille aussi parfois des délinquants venant s'ajouter aux mendiants et malades mentaux. En d'autres termes, ces Hôpitaux généraux vont être le lieu d'enfermement, le plus souvent de force, des individus qui relèveront plus tard des asiles en ce qui concerne les malades mentaux, et des prisons en ce qui concerne les délinquants. Cette distinction ne se fait guère attendre puisque dès 1660, soit quatre ans après la création de L'Hôpital Général de Paris, un arrêt du parlement de Paris précise qu'il faut réserver un endroit spécial pour les fous, au sein des l'Hôpital Général et des établissements équivalent en province. Cette mesure permet ainsi de comptabiliser les personnes présentant des troubles mentaux admises au sein de ces établissements. Ils ne représentent alors que 5 à 10% de la population de l'Hôpital Général de Paris, et moins de 5% de la population des établissements équivalents en province.

En ce qui concerne la répression pénale à cette période, comme nous le développons précédemment, l'enfermement en tant que peine reste secondaire en comparaison aux châtiments corporels mais deux formes d'emprisonnement existent déjà. D'une part la peine des galères, qui sera progressivement remplacée par le bague, lieu ayant lui-aussi pour principes l'enfermement et les travaux forcés pour les délinquants ; d'autre part, les maisons de force, souvent tenues par des communautés religieuses. Dans ces maisons de force, les malades mentaux cohabitent bien souvent avec des délinquants, et représentent environ 20% des correctionnaires. Cette cohabitation peut s'expliquer par le recours aux lettres de cachet, très fréquent à cette époque. Cette procédure expéditive, aux origines lointaines, permettait par délégation d'un ordre du Roi, de faire incarcérer une personne sans procéder à un jugement, ou encore de faire interner un sujet malade mental. Dans ce cas précis, cette procédure pouvait se faire à la demande de la famille et, après enquête administrative, le sujet malade mental était placé en maison de force.

Ainsi, nous pouvons résumer cette période qui précède la Révolution française, comme le passé commun de la prison et de l'asile. Les délinquants condamnés à une peine d'enfermement se trouvent alors soit au bague, soit en maison de force, soit parfois, dans les Hôpitaux Généraux. Les malades mentaux quant à eux, s'ils ne peuvent être entretenus par leur famille, se trouvent soit dans les Hôpitaux Généraux, soit dans les maisons de forces. Dans un cas comme dans l'autre, ces malades côtoient des délinquants. En définitive, les Hôpitaux généraux créés dans un objectif d'assistance publique, se trouvent finalement très proche des maisons de force, créées dans un objectif de répression pénale. L'un comme l'autre reçoit indistinctement des malades mentaux et des délinquants ; et l'un comme l'autre s'organise autour de deux fonctions communes, l'enfermement souvent contraint, et le travail souvent forcé. C'est cette

analogie qui nous amène à rappeler ces établissements comme les « ancêtres communs » de l'asile et de la prison.

2. La Révolution française, naissance de l'asile et de la prison

À la veille de la Révolution Française, il existe donc une confusion entre les différents établissements que sont les bagnes, les maisons de force, et les hôpitaux généraux. Même si certains affichent un objectif d'assistance publique tandis que d'autres visent un but répressif pénal, tous ces établissements ont en commun de pratiquer l'enfermement et les travaux forcés ; et de recevoir les mêmes populations, à savoir les indigents, les malades mentaux et les délinquants.

Cet enfermement de personnes qui ont en fait besoin d'être nourris ou soignés, motive sous le règne de Louis XVI, qui débute en 1774, une réflexion sur la réorganisation de l'assistance publique. C'est tout d'abord le baron Turgot qui ordonne plusieurs commissions d'enquête, dont la conclusion est que ceux qu'on appelle alors les insensés, doivent relever d'une catégorie médicale différenciée. Ce travail est poursuivi par Necker puis par Colombier, alors inspecteur général des hôpitaux civils et des maisons de force, et son adjoint Doublet. Dans une circulaire à leurs noms, ils définissent en 1785, les prémices de la psychiatrie française, en soulignant notamment « *la fonction thérapeutique du cadre et des murs « hospitaliers » qui allaient devenir les asiles* » [6].

Ces prémices se concrétisent à la faveur de la Révolution française, période à laquelle les aliénistes, en particulier Pinel, œuvrent à l'humanisation du traitement des malades mentaux. Cette humanisation passe notamment par la levée des entraves dont faisaient l'objet les malades mentaux, les distinguant ainsi clairement des mendiants et

délinquants avec lesquels ils étaient mélangés jusqu'ici. Cette humanisation passe également par la préconisation d'un traitement moral des malades mentaux, dont l'un des principes est la nécessité d'un cadre architectural précis. Cet établissement permettant l'application d'un traitement moral, c'est l'asile, terme proposé peu après par Esquirol, successeur de Pinel, et qui traduit bien le désir de l'époque de marquer la distinction avec l'Hôpital Général et sa politique d'enfermement. Par ailleurs, le fait de séparer les aliénés des délinquants et mendiants, et de les rassembler dans des établissements dédiés, va permettre aux aliénistes de développer une nosographie moderne sur laquelle s'appuyer pour l'organisation des soins. Cette évolution du traitement des malades mentaux va se formuler par la loi du 30 juin 1838, instituant dans chaque département des établissements spécialisés devant accueillir les malades mentaux. La réalisation de ces établissements ne se concrétisera cependant que cinquante ans plus tard.

La Révolution française n'est pas seulement l'occasion d'une réorganisation en matière de traitement des malades mentaux, c'est aussi l'occasion d'une réorganisation concernant le traitement de la délinquance et de la mendicité. L'intervention du député Cabanis en 1798 devant le conseil des Cinq-cents, est représentative de cette volonté de réorganisation. Il y soutient d'une part que la mendicité constitue une prédisposition aux actes délictueux, et d'autre part que les Hôpitaux Généraux sensés réguler cette mendicité, ne se distinguent guère dans leur fonctionnement des bagnes et autres maisons de force. C'est à partir de ce constat que Cabanis fait la proposition d'une législation commune aux établissements d'assistance publique que sont les Hôpitaux Généraux, et aux établissements de travaux forcés que sont les bagnes et maisons de force. À ce désir de réorganisation s'associent des changements majeurs sur le plan pénal, en particulier l'abolition de la plupart des châtiments corporels dans

le code pénal de 1791 qui définit la peine privative de liberté comme la nouvelle norme de sanction pénale. Ce changement de paradigme en matière de sanction pénale combiné à cette volonté de mettre en commun la législation des Hôpitaux Généraux et des établissements de travaux forcés, va conduire à la création des premières prisons : les maisons d'arrêts et les maisons de justice. L'administration de ces prisons créée en 1795, est alors sous la dépendance du ministère de l'Intérieur. S'en suivra une multiplication progressive de ses établissements pénitentiaires, notamment avec la création de maisons centrales de force et de correction.

Dans *Balade historique autour de la faute et de la punition. La prison a-t-elle encore une fonction ? Pertinence des représentations sociales* [7], texte figurant dans le célèbre *Soigner et/ou punir : Questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison* (1995) réalisé sous la direction d'Odile Dormoy, Michel David développe comment la prison se voit assigner des fonctions variables selon l'époque et ce dès sa création : « *En premier temps, la peine privative de liberté instaurée par la Révolution française et consignée dans le code pénal de 1791 correspondait à un souci d'intimidation et d'expiation. L'enfermement, mesure d'utilité sociale, a une fonction de défense et de protection de la société (...) l'amendement du coupable est exclu de ce projet* » [7]. Mais rapidement, le début du XIX^{ème} siècle constitue une période active en termes de réflexion sur le système pénitentiaire, une période faite de grands débats en vue d'améliorer les régimes de détention pour que cette dernière exerce une action sur le psychisme du délinquant, l'amène à changer. Cette période voit ainsi l'élaboration d'un « traitement moral » pénitentiaire, visant l'amendement du sujet par la restriction et l'obligation au travail. Un traitement moral donc tout à fait distinct de son homonyme asilaire qui a une visée thérapeutique, autrement dit de soigner, soulager les personnes malades mentales.

Tout au long du XIX^{ème} siècle, le rôle de la prison va osciller. Durant le second empire, la fonction dominante de la prison sera la neutralisation du sujet délinquant. Avec la Troisième République, elle tendra plutôt vers un objectif de resocialisation du délinquant, notamment via les lois Bérenger (celle du 14 août 1885 instaurant d'abord la libération conditionnelle, puis sa prolongation en 1891 instaurant le sursis).

Un point que nous n'avons pas encore abordé et qui convoque pourtant la prison autant que l'asile, est la question du malade mental délinquant. Comme le raconte Jean Garrabé, dans son article *De la criminologie à la psychiatrie en milieu pénitentiaire* (2006) : « *La prison n'a cessé de préoccuper la psychiatrie depuis sa naissance. Il est d'ailleurs classique de rappeler qu'une de ses origines est la pratique par les aliénistes de la médecine légale* » [8]. De plus, que ce soit dans le code pénal de 1791 comme dans celui de 1810, via l'article 64 : « *il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment des faits ou lorsqu'il était contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ; lorsque les experts constataient une maladie mentale aliénante et que l'acte délictueux du sujet était directement en relation avec l'état pathologique, les magistrats pouvaient délivrer une ordonnance de « non-lieux », l'instruction s'arrêtait et il n'y avait pas de procès* » [6]. Malgré l'apparente clarté de ce dispositif, il y aura tout au long de la première moitié du XIX^{ème} siècle, une confrontation entre le discours judiciaire et le discours médical. En effet, dans certains cas la folie au moment des faits sera évidente pour tous, et l'article 64 du code pénal s'imposera sans discussions. Dans d'autres cas, seul l'aliéniste soutiendra l'état de démence au moment des faits, s'opposant alors au discours judiciaire soutenant le contraire. Enfin, dernier cas problématique : « *l'individu ne paraît que demi-fou, l'accusé semblait présenter des perturbations mentales mais sans qu'elles paraissent suffisantes pour qu'on puisse le déclarer dément au temps de l'action.* » [6]. Ces différents cas de figures

soulèvent un questionnement concernant les établissements chargés de recevoir les individus en question. Dans le cas des délinquants relevant de l'article 64, ces derniers doivent être orientés vers les asiles, avec pour conséquence que les malades mentaux non criminels vont côtoyer des malades mentaux criminels. La dangerosité de ces derniers impose alors des mesures restrictives en contradiction avec la fonction thérapeutique des asiles. Dans les deux autres situations, celle du « demi-fou » et celle où le trouble mental est constaté par l'expert mais que la justice condamne malgré tout le prévenu, des malades mentaux se retrouvent en prison. Rapidement, ces malades mentaux incarcérés ne peuvent être négligés. Premièrement, parce que leur présence en prison est également contradictoire avec les avancées aliénistes, en particulier celle visant à séparer les malades mentaux des délinquants ; deuxièmement, parce que ces malades mentaux perturbent l'ordre carcéral. Durant le dernier quart du XIX^{ème} siècle, la situation de ces malades mentaux incarcérés va donc faire l'objet de discussions, conduisant rapidement à la proposition de créer des asiles spéciaux pour ces individus. Un projet qui se concrétise en 1876 avec la création du quartier spécial pour aliénés criminels et épileptiques de la maison centrale de Gaillon dans l'Eure. On note donc cette fois une différence majeure en comparaison avec l'action des aliénistes durant la Révolution, qui ont sorti les malades mentaux des Hôpitaux Généraux et maisons de force pour les prendre en charge à l'Asile. Cette fois, le malade mental criminel demeure dans la prison, au sein d'un quartier dédié. Bien que la maison centrale de Gaillon ferme en 1901, ce quartier spécial demeure et devient « l'asile national des condamnés aliénés et épileptiques ». On assiste donc ici à une première tentative d'implantation de la psychiatrie en prison.

3. Le mouvement de défense sociale

Ces réflexions et tentatives d'aménagements concernant les malades mentaux délinquants en France, résonnent alors avec un mouvement plus global, lancé fin du XIX^{ème} siècle en Belgique, Allemagne et aux Pays-Bas : le mouvement de défense sociale. Ce concept de défense sociale peut renvoyer à diverses notions. Nous faisons ici référence au : « *Mouvement d'idées s'inspirant des sciences de l'homme, la défense sociale tend à orienter la politique criminelle vers la prévention de la criminalité et la récupération du délinquant* » [9]. Ce terme peut également renvoyer de façon plus spécifique à : « *un dispositif destiné aux auteurs de crimes ou délits considérés comme irresponsables de leurs actes en raison de leur état mental. Ce dispositif a pour double but de leur assurer des soins appropriés et de protéger la société* » [10]. Dans ce mouvement de défense sociale, ces pays européens en viennent par exemple à créer les premiers laboratoires d'anthropologies criminelles, prémices donc de la criminologie et de la médecine légale : « *C'est la période florissante de la criminologie clinique (...) médecine légale et pratique psychiatrique entretiennent alors des liens étroits* » [11]. Sensibilisés à ce mouvement de défense sociale, les Lillois organisent en 1927 à la maison cellulaire de Loos-lès-Lille, une intervention de dépistage assurée par des psychiatres, avec pour objectif de repérer les détenus psychiquement perturbés. Ailleurs qu'à Loos, des tentatives sont également faites mais rencontrent de nombreuses résistances. Par exemple en 1932, le directeur de la maison d'arrêt de la santé à Paris ne voit l'arrivée éventuelle de psychiatres en prison que comme une source de complications avec le risque de voir augmenter le nombre de simulateurs. Finalement, le décret du 31 mars 1936 acte la création des services d'examen psychiatriques dans les établissements carcéraux de la Santé, la petite Roquette et Fresnes. Autrement dit, une première fonction de psychiatrie en prison est instituée,

celle de dépister la présence de troubles mentaux parmi les détenus. Pour ce qu'il advient de ces détenus, cela reste alors encore à organiser.

Il est important de souligner que si la psychiatrie a pu faire cette entrée en prison, c'est certes parce que cette dernière en avait la nécessité pour solutionner le problème des malades mentaux troublant l'ordre carcéral, mais également parce que la loi pénale a rendu officiel la possibilité de condamner des sujets atteints de troubles mentaux. La circulaire Chaumié de 1905 est un élément clef de ce revirement. En introduisant le concept d'atténuation de responsabilité, ce texte officialise le cas dans lequel le malade mental est accessible à la sanction pénale. Une notion qui ne sera jamais abandonnée ensuite puisque reprise lors de la réforme du code pénal en 1992, avec l'article 122-1, dans lequel d'une part le terme de « démence » est remplacé par « trouble psychique et neuropsychique », et d'autre part, la distinction entre abolition et altération du discernement est précisée.

4. Les bouleversements au lendemain de la seconde guerre mondiale

Comme le décrit Bruno Milly dans son livre *Soigner en prison* (2001) : « *La seconde guerre mondiale, sans être une fracture, marque un tournant dans l'histoire de la santé en prison (...) C'est le début d'une période où les changements institutionnels s'accélèrent, où les initiatives novatrices en matière d'accès des détenus à la santé se multiplient et se concrétisent* » [12]. Avant cela, malgré les quelques avancées que nous décrivions précédemment, la présence du psychiatre en prison reste rare sur la première partie du XXème siècle. Et, lorsque celui-ci y intervient, c'est principalement dans le but de dépister les détenus atteints de troubles mentaux.

À la suite des horreurs commises durant la seconde guerre mondiale, la libération constitue un temps de dénonciation, où toute action publique d'allure concentrationnaire ou ségrégative est sévèrement contestée. Ainsi, comme lors de la Révolution française, la prison et l'asile sont à nouveau pointés du doigt. C'est dans ce contexte que va naître la politique de secteur psychiatrique et le courant de la psychiatrie institutionnelle. Une psychiatrie d'une part ouverte sur la cité et non plus tournée uniquement sur l'asile. D'autre part, une psychiatrie dont l'un des fondements est le respect du patient dans sa singularité, le responsabilisant dans ses soins en lui donnant un droit de parole. Cette évolution ne constitue pas uniquement une révolution de la psychiatrie par rapport à ce qu'elle était avant la seconde guerre mondiale ; ce progrès permet également à la psychiatrie de se démarquer significativement de la prison, qui est alors une institution centrée sur elle-même, au fonctionnement rigide, dans laquelle les détenus sont traités indistinctement.

Cet antagonisme entre prison et psychiatrie, au lendemain de la seconde guerre mondiale, explique l'accueil mitigé des psychiatres, à l'égard de la réforme de la prison proposée par Paul Amor, alors premier directeur de l'administration pénitentiaire. Celui-ci propose dans un texte réformateur de 1945, que : « *dans tout établissement pénitentiaire doit fonctionner un service social et médico-psychologique* » [12]. Le rôle de ce service social et médico-psychologique est également défini par Paul Amor, à savoir : « *éclairer la justice par le dépistage et le traitement des délinquants mentalement anormaux qui se trouveraient dans des établissements pénitentiaires* » [6], ajoutant ainsi la fonction de soin à la fonction de dépistage qu'avait déjà la psychiatre en prison.

Ainsi en 1947, 24 annexes psychiatriques furent prévues et seulement 14 fonctionnèrent, la plupart brièvement du fait d'un manque de personnel. Cet échec

peut s'expliquer par deux raisons. Comme le décrit simplement Bruno Milly, la première raison est que : « *Cet échec reflète plus largement la faible organisation de la psychiatrie en France jusque dans les années 1960. La psychiatrie en milieu pénitentiaire n'apparaît dans les années 1950 guère moins organisée que l'ensemble de la psychiatrie en France.* » [12]. La seconde raison de l'échec des annexes psychiatriques, comme l'explique Jean Ayme dans *Soigner et/ou Punir* (1995) et comme nous le décrivions précédemment, est que : « *avec les changements révolutionnaires qu'opère le secteur psychiatrique, la psychiatrie d'avant, si similaire au milieu carcéral, tend à en devenir l'opposé.* » [11]. Cela a pour conséquence qu'une partie des psychiatres présente alors un désintérêt pour la psychiatrie médico-légale et pénitentiaire, disciplines qu'ils estiment en contradiction avec les principes fondamentaux de la politique du secteur psychiatrique. Ce désintérêt est d'ailleurs potentialisé par le tournant qui s'opère dans la construction des professions de santé après seconde guerre mondiale. Bruno Milly aborde également cette notion : « *Le tournant réside moins dans l'accès à l'autonomie -encore très contesté et limité- des médecins et infirmières intervenant en prison que dans l'écart qui se creuse entre ces praticiens et ceux qui interviennent en milieu libre* » [12]. Bruno Milly fait ici référence à l'écart qui se constitue à l'époque entre la profession médicale en prison et la profession médicale en milieu libre, en termes d'autonomie. En effet, la profession médicale en milieu libre tend alors à faire de plus en plus reconnaître son autonomie comme une valeur essentielle à sa bonne pratique, tandis que la profession médicale en prison demeure assujettie à l'administration pénitentiaire, ne faisant donc qu'accroître le désintérêt que pouvait déjà avoir les médecins à l'égard de cette discipline.

5. Des annexes psychiatriques au CMPR, du CMPR au secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire

Malgré tout, cette première initiative de création d'annexes psychiatriques, marque une percée de la psychiatrie en prison et : « *La prison commence ainsi à être traversée par un courant psychiatrique qui échappe aux logiques propres au milieu pénitentiaire* » [12]. Il existe alors un fossé majeur entre les attentes des professionnels médicaux intervenant en prison et les attentes des représentants de l'administration pénitentiaire : « *ces derniers considèrent généralement les médecins et infirmiers intervenant en prison non comme des « cliniciens », mais comme des intervenants « correctionnalistes » mus par une idéologie philanthropique et humaniste (tels les aumôniers, les visiteurs de prison, ...) (...) Au contraire, les infirmiers, et plus encore les médecins, cherchent alors à s'imposer en tant que cliniciens sur des bases strictement techniques, de par leur qualification et leur compétence, et non de par leur humanisme et leur charité.* » [12]. Parallèlement à cette première volonté exprimée par les soignants en prison, ces derniers souhaiteraient également : « *cette autonomie professionnelle au travers de laquelle leurs confrères en milieu libre définissent leur professionnalité (...) L'exercice en milieu pénitentiaire devient problématique à leurs yeux car il tend à accroître l'écart qui sépare les médecins intervenant en prison du reste des médecins. (...) les décennies suivantes peuvent alors se lire comme des tentatives des médecins et infirmiers de prison de se raccrocher à une profession qui se construit en dehors d'eux.* » [12].

Durant les décennies qui suivent, une lutte a lieu entre, d'une part, ceux qui estiment que ce n'est pas le rôle du secteur psychiatrique d'intervenir en prison, cette dernière étant : « *une institution répressive, elle se devait de gérer elle-même la psychopathologie qu'elle sécrétait* » [6] ; et, d'autre part, ceux qui estiment que la

prison faisant partie de la communauté, le secteur psychiatrique a pour mission d'y assurer la prise en charge de la maladie mentale. À cette même période, il existe par ailleurs des difficultés grandissantes dans la gestion des détenus malades mentaux devant être transférés dans les hôpitaux psychiatriques. Ces transferts se font sur décision de l'autorité préfectorale suivant l'article D398 du code de procédure pénale, une mesure permettant l'hospitalisation d'office de détenus pour raison de santé mentale. Cependant, ce dispositif engendre des difficultés conséquentes car il s'agit d'une décision motivée par des éléments médicaux mais prise par une autorité administrative. Dans les faits, cela amène tantôt à des situations où le détenu relevant d'une hospitalisation, n'en bénéficie pas car l'autorité préfectorale n'a pas actée l'hospitalisation d'office ; tantôt des situations où le détenu est hospitalisé d'office sans concertation préalable avec le psychiatre hospitalier chargé de recevoir un détenu dans ses services avec tout ce que cela peut impliquer. S'impose donc une réflexion urgente et une réorganisation autour de cette question, réflexion sollicitée tant par le secteur psychiatrique général que par les représentants et psychiatres pénitentiaires. La circulaire de l'administration pénitentiaire 67-16 du 30 septembre 1967, émanant du ministère de la justice, est une étape importante montrant le début de cette réorganisation de la psychiatrie en prison. Cette circulaire institue le terme de CMPR (centre médico-psychologique régional) remplaçant celui d'annexe psychiatrique. Elle réaffirme la dépendance des psychiatres pénitentiaires au ministère de la justice, ainsi que leur subordination hiérarchique au chef d'établissement pénitentiaire. Cependant, ce document confirme la fonction thérapeutique de l'intervention psychiatrique en prison.

Beaucoup de chemin reste à parcourir pour que la psychiatrie carcérale puisse prétendre égaler la psychiatrie en milieu libre, tant en ce qui concerne le statut des

médecins pénitentiaires dont « *Les marges d'autonomie, les rémunérations, les modes de recrutements font des médecins de prison des « sous-médecins »* » [12] ; qu'en ce qui concerne le détenu-patient, dont la demande de soin n'apparaît pas dans cette circulaire de 1967, l'initiative de la consultation restant réservée au personnel pénitentiaire. Au début des années soixante-dix, cette lutte pour réduire l'écart entre médecins de prisons et médecins en milieu libre, sera portée par Georges Fully, premier inspecteur général de l'administration pénitentiaire et coordonnateur des médecins en prison, puis par sa successeuse Solange Troisier (une lutte qui portera peu à peu ses fruits puisque les psychiatres pénitentiaires, par décret en 1977, seront libérés de leur subordination hiérarchique au directeur d'établissement pénitentiaire, avant que ne le soient leurs confrères somaticiens).

Pour faire suite à la circulaire de 1967 instituant les CMPR, une commission mixte santé-justice est créée et siège de 1974 à 1975. Cette commission réalise un état des lieux des structures existantes, et cinq centres médico-psychologiques principaux répondent alors aux dispositions de la circulaire de 1967 : Lyon, Paris, Marseille, Lille et Fleury-Mérogis. En réponse à ce constat, Simone Veil, ministre de la santé, propose en 1977 une nouvelle réglementation des CMPR qui solliciterait les moyens du secteur psychiatrique. Le corps médical, représenté par son syndicat, s'oppose initialement à cette proposition pour des raisons qui sont restées les mêmes depuis les années soixante. Les psychiatres d'une part, ne souhaitent pas voir leur exercice associé au caractère répressif de la prison, ils voient la médecine pénitentiaire comme une médecine au rabais et ils craignent que le financement des CMPR ne se fasse aux dépens des structures de santé publique déjà menacées de réduction. D'autre part, ces mêmes psychiatres restent directement impactés par la problématique persistante des détenus nécessitant un transfert en hôpital psychiatrique. C'est ce dernier point qui

finira par conduire les psychiatres à être en faveur du développement des CMPR, afin qu'ils puissent obtenir une place officielle en prison leur permettant un regard et une possibilité d'action intra-carcérale sur ces situations donnant lieu jusqu'ici à des hospitalisations d'office via l'article D398 du code de procédure pénale. Ce changement s'officialise tout d'abord par la création du règlement intérieur des CMPR le 28 mars 1977, qui souligne encore une fois l'orientation d'avantage thérapeutique de l'intervention psychiatrique en prison, cette fois dans l'idée claire de réduire les charges et les difficultés rencontrées avec les hospitalisations d'office des détenues. Autrement dit, obtenir de meilleures conditions de traitement des détenus souffrant de troubles mentaux, afin d'éviter le transfert dans les hôpitaux psychiatriques des malades atteints de troubles sans gravité.

Les années quatre-vingt vont être marquées par plusieurs décisions majeures dans l'évolution du système de santé des détenus. La première de ces décisions est le décret n°84-77 du 30 janvier 1984, qui transfère la mission de contrôle sanitaire en milieu carcéral de l'inspection générale de l'administration pénitentiaire à l'inspection générale des affaires sociales. Comme le rappelle Michel David : *« pour la première fois, ce sont des personnels indépendants de l'administration pénitentiaire qui sont chargés du contrôle de l'hygiène et de l'organisation des soins en milieu carcéral. »* [6]. Le décret du 14 mars 1986 constitue la seconde évolution marquante du système de soins aux détenus. Ce décret donne une réelle reconnaissance au secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire qui s'ajoute ainsi officiellement aux deux secteurs psychiatriques préexistants, ceux de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile. De façon concrète, ce texte établit qu'un ou plusieurs secteurs de psychiatrie pénitentiaire soient créés dans chaque région pénitentiaire. Ces secteurs doivent être rattachés à un établissement de santé, et chacun doit comporter un SMPR (service

médico-psychologique régional) aménagé dans un établissement pénitentiaire. Ce secteur est placé sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier, assisté d'une équipe pluridisciplinaire relevant du centre hospitalier auquel il est rattaché. Ce décret vient être complété par l'arrêté du 14 décembre 1986, dont le dernier alinéa de l'article 11 précise qu'un règlement intérieur type fixe l'organisation des SMPR. Dans ce règlement sont définies les missions du SMPR :

- la prévention des affections mentales par le dépistage systématique des troubles psychiques des entrants.
- la mise en œuvre de traitements psychiatriques nécessaires.
- le suivi psychiatrique éventuel des populations postpénales en coordination avec les équipes des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile.
- la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie.

Afin de mener ces missions à bien, le SMPR assure des prestations diversifiées (prise en charge à temps complet, prise en charge à temps partiel, consultation, intervention ambulatoire, atelier thérapeutique). Autre fait notable, la demande de soins peut émaner du détenu, mais également du directeur d'établissement, du médecin généraliste de l'établissement, de l'autorité judiciaire compétente et de toute personne connaissant le détenu.

Ainsi, à la fin des années quatre-vingt, la prison connaît deux grands changements institutionnels en accueillant officiellement un secteur psychiatrique dans ses murs. Premièrement, en intégrant un secteur psychiatrique dédié, la prison intègre également la fonction de ce secteur, celle de soigner. Dès lors cette fonction de soin va coexister avec la fonction attribuée à la prison depuis la réforme Amor de 1945, celle d'obtenir l'amendement du sujet. Le second changement institutionnel que va devoir

intégrer le milieu pénitentiaire, va être la collaboration avec des intervenants n'étant pas sous l'autorité de l'administration pénitentiaire.

6. Des années quatre-vingt-dix à aujourd'hui

Au début des années quatre-vingt-dix, malgré les progrès qui ont marqués la décennie précédente, la qualité des soins dispensés aux détenus reste en deçà de celle des soins dispensés en milieu libre. Quant aux professionnels de santé en prison, leur marge d'autonomie reste limitée, la plupart de leurs actions étant asservies à une logique pénitentiaire sur laquelle ils ne peuvent influencer en retour. C'est à ces points fondamentaux que souhaitent s'attaquer Michel Vauzelle, garde des Sceaux, et Bernard Kouchner, ministre de la santé, par la saisine du haut comité de la santé publique le 15 juillet 1992. Ce dernier fournit alors plusieurs rapports qui soulignent l'important décalage entre les soins en prison et ceux en milieu libre. En 1994, ces démarches aboutissent à plusieurs mesures visant à amener la médecine pénitentiaire à un niveau égal à la médecine en milieu libre. En tête de ces mesures, la loi du 18 janvier 1994 fait passer la médecine en milieu pénitentiaire, jusqu'ici sous tutelle du Ministère de la justice, sous la tutelle du Ministère de la Santé. Par ailleurs, cette même loi du 18 janvier 1994 et le décret n°94-929 du 27 octobre 1994 traduisent : « *la démarche éthique de l'époque qui a pour objectif de mettre fin à la « médecine pénitentiaire », considérée comme une médecine de sous-hommes...* » [6] ; cela passant par diverses mesures telles que l'affiliation au régime générale de la sécurité sociale pour l'ensemble des détenus dès leur incarcération. Afin d'ancrer ses mesures dans une réalité pratique, la circulaire n°45 du 8 décembre 1994 qui définit les orientations générales sur la prise en charge sanitaire des détenus, se combine à un guide méthodologique. Ce dernier

présente en particulier les dispositifs de soins somatiques et psychiatriques dont bénéficient les détenus, les missions de ces dispositifs et les moyens d'articulation entre le service public pénitentiaire et le service public hospitalier. Ce choix d'un dispositif de santé toujours plus décloisonné de la prison, privilégiant les soins en réseau et incitant l'administration pénitentiaire à s'ouvrir davantage aux professionnels de santé extérieurs, affirme la volonté politique de l'époque de réduire le décalage entre la santé en prison et la santé en milieu libre. Derrière cette démarche, l'enjeu pour l'État français est de faire respecter le droit à la santé de chacun, un droit constitutionnel imposant que la santé soit la même pour tous, y compris pour les personnes dans les lieux de détention.

En 1995, on dénombre 26 SMPR qui sont soit développés à partir d'implantation préalables, soit créés intégralement. Bien que l'une des volontés des textes de 1994 soit d'établir une homogénéité des moyens entre ces différentes structures, chacun de ces SMPR présente des particularités suivant ses conditions d'apparition (présence d'un hôpital de jour ou non, présence de lits d'hospitalisation complète ou non, etc.). À l'approche du XXI^{ème} siècle, les pouvoirs politiques se penchent à nouveau sur la situation des prisons françaises. Cela donne lieu à une commission d'enquête parlementaire en février 2000 et le Sénat en fait de même peu de temps après. Les rapports de ces commissions d'enquêtes sont présentés le 28 juin 2000 à l'Assemblée Nationale et au Sénat. L'une comme l'autre dressent un constat sévère. Les députés constatent alors la surpopulation carcérale et les conditions de vie dégradantes. Sur le plan sanitaire, des difficultés subsistent pour les situations d'urgence de nuit, et pour l'accès aux soins à l'hôpital public du fait de l'organisation complexe des extractions. Sur le plan psychiatrique, les soins ne sont pas suffisamment développés face à la prévalence des troubles psychiques au sein de la population carcérale. Mais,

paradoxalement, il demeure la crainte qu'un dispositif de soins psychiatriques en prison trop développé en vienne à cautionner le retour à une fonction asilaire de la prison. Quant aux Sénateurs, ils évoquent une dérive psychiatrique et judiciaire, amenant des milliers de détenus atteints de troubles psychiatriques à être ballotés tantôt entre les quartiers disciplinaires et les SMPR des établissements pénitentiaires ; tantôt entre les unités pour malades difficiles (UMD) et les unités fermées des hôpitaux psychiatriques, le tout sans aucune cohésion intra-région pénitentiaire et avec d'importantes disparités inter-région pénitentiaires. Certaines nuances sont apportées à ce constat dans le rapport d'évaluation de l'organisation des soins aux détenus réalisé en juin 2001 par l'inspection générale des services judiciaires et inspection générale des affaires sociales. D'une part, il y est expliqué que le dispositif de soins psychiatriques carcéral actuel est insuffisant à cause de la demande de soins psychiatriques en perpétuelle augmentation dans la population générale et donc dans la population carcérale (augmentation du nombre de personnes présentant des troubles psychotiques, augmentation du nombre de suicides, augmentation de la consommation de psychotropes, etc.). D'autre part, cette évaluation rapporte que les détenus n'auraient pas le même accès aux soins psychiatriques que la population générale, sauf dans certains établissements pourvus de SMPR, qui pourraient au contraire permettre aux détenus un accès favorisé aux soins psychiatriques. Dans le but de réduire la différence d'accès aux hospitalisations psychiatriques complètes entre les détenus et la population générale, la Loi Perben de septembre 2002 prévoit, aux environs de 2008, la création d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Hélas, le système de santé pénitentiaire n'a pas le temps de voir naître ces unités qu'il prend déjà une nouvelle longueur de retard suite à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Car, si l'application de certains de ces droits s'avère complexe en milieu ordinaire, elle devient parfois totalement

inconciliable avec le milieu carcéral, comme l'évoque Olivier Obrecht dans son article intitulé *Des progrès pour la santé en prison* (2002) : « *Le patient détenu dispose en principe des mêmes droits que tout citoyen en termes d'accès aux soins. Des hiatus demeurent cependant entre une situation de droit et une situation de fait. Le premier concerne l'accès aux soins, qui passe obligatoirement par l'intermédiaire du surveillant pénitentiaire, en particulier en urgence. Le deuxième concerne le libre choix du praticien, reconnu en théorie dans le code de procédure pénale, mais qui n'existe pas dans les faits. Une préoccupation particulière concerne le secret médical. En raison de l'organisation des soins en milieu carcéral, la préservation stricte de ce secret se révèle dans bien des cas difficiles.* » [13].

En 2004, Jean-Louis Senon, professeur de psychiatrie émérite en matière d'expertise et de psychiatrie pénitentiaire, publie dans les annales médico-psychologiques, un article faisant le point sur la question des soins aux détenus malades mentaux, dix ans après la loi du 18 janvier 1994 [14]. Il y dépeint un constat mitigé. D'une part, il relève effectivement la réussite de « *la greffe* » [14] du secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire, et comment ce dernier a réussi à constituer un maillage fait de différents niveaux de soins. D'autre part, il nuance cette réussite en précisant qu'il demeure encore une grande disparité d'une région pénitentiaire à une autre, tant en termes de moyens matériels que de moyens humains. Car le secteur de psychiatrie pénitentiaire n'échappe pas aux problématiques de la psychiatrie générale qui doit couvrir toujours plus de missions de santé à moyens constants, sur fond de démographie médicale qui décline. Par ailleurs, le Professeur Senon soulève la question spécifique d'une coordination à développer pour assurer la continuité des soins concernant les détenus atteints de troubles psychiques, pris en charge durant leur incarcération, pour lesquels un relai doit avoir lieu avec le secteur de psychiatrie générale. Enfin, il souligne avec

pertinence le contexte sociétal dans lequel la psychiatrie pénitentiaire s'étoffe de décennie en décennie, et rappelle le piège que peut constituer ce contexte : « *Un piège restera à éviter avec une vigilance continue, celui de réduire tout trouble du comportement et toute délinquance à un seul déterminisme psychologique ou psychiatrique et de n'entrevoir de réponses que soignantes. (...) L'augmentation des attentes de notre société vis-à-vis de la psychiatrie est préoccupante et doit être analysée pour ne pas tomber dans une « psychiatisation » de tout comportement violent (...) Cette même demande abusive existe aussi dans la prison où la difficulté de gestion de la surpopulation (...) amène les pénitentiaires à analyser toute crise ou tout trouble du comportement comme ayant une connotation pathologique relevant immédiatement de la responsabilité du psychiatre... » [14].*

Une nouvelle réorganisation des soins psychiatriques en prison ne se fait guère attendre. Dans un article publié en 2015, intitulé *La création des UHSA : une nouvelle régulation de l'enfermement ?* [15], un collectif d'auteurs estime que cette réorganisation est impulsée par une pression double, médiatique et juridique. Pour la part médiatique, la fin de l'année 2004 est marquée par le double meurtre de soignants par un malade à Pau. À la suite de ce drame très médiatisé, le ministère de la Santé propose très vite le plan Santé mentale et Psychiatrie 2005-2008, dans lequel figurent des mesures concrètes de mise en place des UHSA. Pour la part de pression juridique, c'est tout d'abord la Cour européenne des droits de l'Homme qui condamne la France en 2006 pour avoir maintenu en détention des détenus ayant des troubles psychiatriques importants, malgré les directives introduites dans le code de santé publique en 2002. Peu de temps après cela, c'est le Comité européen de prévention de la torture qui dénonce l'état très préoccupant de la psychiatrie pénitentiaire en France. Dans ce contexte, la loi du 30 octobre 2007 institue le Contrôleur général des lieux de

privation de liberté (CGLPL), une autorité administrative indépendante qui a pour mission de veiller à la protection de l'ensemble des droits fondamentaux des personnes privées de liberté. Parallèlement, le programme de création des UHSA connaît une accélération à l'initiative des ministères de la Justice et de la Santé. Ainsi, malgré des avis très mitigés au sein de la communauté des psychiatres comme en témoigne l'article de Gérard Dubret au titre explicite : *UHSA : un formidable effort dans la mauvaise direction* (2008) [16], l'année 2010 marque la création de ces unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) prévues par la loi Perben de 2002. Ce programme de construction prévoit 17 unités réparties sur l'ensemble du territoire français, soit une capacité totale de 705 lits. Il s'agit d'unités créées au sein d'établissements publics de santé, sécurisées par l'administration pénitentiaire qui assure également les transferts des détenus. La première innovation est que les détenus peuvent y être hospitalisés en soins sous contrainte mais également en soins libres, ce qui est inédit dans l'histoire des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire. La seconde originalité des UHSA réside dans le revirement institutionnel qui les accompagne, comme l'explique Bouchaïb Moustache, dans son article *L'unité hospitalière spécialement aménagée* publié en août 2015 : « *L'arrivée de l'UHSA, inaugure, une nouvelle ère, celle de « surveiller de loin et laisser soigner ».* C'est la première fois dans l'histoire de France que le rapport du soin à la détention est inversé. À l'U.H.S.A, la surveillance est soluble dans le soin. » [17]. Autrement dit, c'est la première fois dans l'histoire de la psychiatrie en prison que la dynamique n'est pas dans le sens de l'implantation du dispositif de soin psychiatrique dans le milieu carcéral, mais au contraire dans l'externalisation de certaines fonctions carcérales dans des services de psychiatrie dédiés à la population pénitentiaire.

« Alors que les psychiatres intervenant en prison ont historiquement cherché à marquer leur distance d'avec l'enfermement carcéral, la création d'unités spécifiques pour les détenus réduit cette distance et les expose au risque de participer à aggraver encore le problème qu'ils dénoncent par ailleurs : la responsabilisation et l'incarcération croissantes de personnes présentant des troubles mentaux. Leur réticence face à une unité qui repose sur un « double enfermement », surnommée rapidement par la presse « hôpital-prison » prend également appui sur le risque d'une psychiatrie « sécuritaire ». » [15]. Afin d'éviter cet écueil d'un amalgame entre le soin et le sécuritaire, la mise en place des UHSA doit s'accompagner d'une définition tant administrative que clinique, par l'élaboration de règles d'organisation et de fonctionnement claires. Ces règles seront définies dans la circulaire interministérielle du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA. Bien que ce texte sépare de façon explicite les fonctions de sécurité et de soin des UHSA, il instaure également plusieurs dispositions particulières ne relevant ni complètement de l'administration pénitentiaire, ni de l'administration sanitaire. Parmi ces dispositions spécifiques, la question de la liberté d'aller et venir du « patient-détenu » [15], se pose de manière très concrète : « La chambre de l'UHSA n'est pas tout à fait une chambre d'hôpital comme les autres ; elle a un statut hybride, du fait que le patient est aussi un détenu » [15]. Ce statut hybride abouti à « une régulation hybride de l'enferment » [15]. L'administration pénitentiaire assurant une sécurité périmétrique des UHSA, n'intervient pas à l'intérieur de ces unités, sauf sur sollicitation du personnel soignant. Or, comme à l'hôpital psychiatrique général, lorsque cela se justifie cliniquement, le patient-détenu peut parfois avoir des horaires d'ouverture de chambre limités suivant une prescription médicale. Dans ce cas précis, la fonction d'enfermement pour raison sanitaire vient se substituer à la fonction d'enfermement carcéral ; une substitution de la fonction d'enfermement que voulaient justement éviter les psychiatres en

règlementant le fait que l'administration pénitentiaire ne soit pas présente à l'intérieur des UHSA mais assure une sécurité périmétrique. On peut donc lire la création des UHSA suivant deux dimensions. Sur le plan des droits à la santé du détenu, ces unités constituent une évolution indiscutable puisqu'elles permettent aux détenus d'accéder aux hospitalisations psychiatriques en soins libres. Sur le plan institutionnel, parler d'une évolution de la psychiatrie pénitentiaire est discutable. Car, avec la création des UHSA, la psychiatrie pénitentiaire fait un pas en avant dans son autonomisation vis-à-vis de la prison, mais également un pas en arrière puisque ces UHSA réattribuent à la psychiatrie pénitentiaire une part de la fonction d'enfermement, fonction dont elle cherchait à se distancier jusqu'ici. Il est important de préciser qu'à cette période, ce qui peut paraître une simple question de principe concernant cette fonction d'enfermement, s'intègre dans un débat plus vaste autour des rapports entre psychiatrie et justice. Comme l'expliquent Jean-Louis Senon et Nemat Jaafari dans un article publié en 2008 (*La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté : ne faudrait-il pas clarifier et établir des priorités dans les rapports entre psychiatrie et justice ?* [18]), ce débat est particulièrement ravivé depuis que la loi du 25 février 2008 a été promulguée. Cette loi relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, relance plus précisément le questionnement quant à l'institution dont doivent relever les personnes irresponsabilisées d'une part, et les individus pour lesquelles une mesure de rétention de sûreté est prononcée du fait de leur dangerosité d'autre part. En d'autres termes, ces personnes potentiellement dangereuses doivent-elle relever d'une structure pénitentiaire ou d'une structure hospitalière ? Il s'agit là de l'éternel débat autour de la question de l'évaluation et la prise en charge de la dangerosité, sujet propice à la confusion entre justice et psychiatrie depuis les premières expertises réalisées par les aliénistes, et toujours d'actualité de nos jours.

Parallèlement à la création des UHSA, les inspections générales des affaires sociales et des services judiciaires mettent en œuvre le « *Plan d'action stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice* » [19]. Ce plan 2010-2014 a pour mission, d'une part, de suivre l'avancement des actions publiques prévues en termes de santé des personnes placées sous main de justice ; d'autre part, de contrôler si cet avancement reste en adéquation avec les besoins de santé auxquels il est supposé répondre. À travers ce plan, on peut voir la volonté d'établir une politique de santé des personnes placées sous main de justice, qui serait une politique adaptative et non plus une politique de santé qui ne se réorganise que lorsqu'elle est mise face à ses retards et dysfonctionnements. Ce plan 2010-2014 va se décliner sous la forme d'un guide méthodologique institué par la circulaire interministérielle du 30 octobre 2012 [20] ; guide qui, comme son prédécesseur de 1994, se veut un véritable mode d'emploi pour les professionnels de santé en milieu carcéral et une référence pour toute situation concernant la santé aux personnes placées sous main de justice. Parmi les principaux éléments réactualisés dans ce guide méthodologique, on retrouve tout d'abord une réorganisation des soins psychiatriques. Le but de cette réorganisation est, d'une part, de réduire les disparités de moyens inter-régions pénitentiaires, d'autre part, de clarifier les missions des divers dispositifs de soins afin d'améliorer la cohésion de leurs interventions. Pour ce faire, UCSA et SMPR sont rebaptisés en « *Unités sanitaires* » [20] et 3 niveaux de soins psychiatriques sont définis. Le premier niveau de soin est assuré par les unités sanitaires de niveau 1, il s'agit des soins psychiatriques ambulatoires (consultations et activités thérapeutiques de groupes). Le second niveau de soin est assuré par les unités sanitaires de niveau 2, il s'agit des hospitalisations à temps partielle (prise en charge type hôpital de jour). Le troisième niveau de soin correspond aux hospitalisations complètes, libres ou sous contrainte, ayant lieu soit en UHSA soit en hôpital psychiatrique général. Dans ce

dispositif à trois niveaux, le rôle des SMPR est redéfini. Ils doivent assurer une mission de coordination et de formation au niveau régional. Ce guide méthodologique n'a pas que la volonté d'améliorer la cohésion entre les différents dispositifs de soins psychiatriques, il a également l'ambition d'améliorer la cohésion au sein de ces dispositifs. Pour cela, il souligne la nécessité d'un partenariat entre professionnels de santé et de justice, et précise les modalités de partage d'informations pour faciliter l'application pratique de ce partenariat.

Malgré ce travail de réorganisation, les premiers retours restent défavorables et les dysfonctionnements de la psychiatrie pénitentiaire persistent. Dès novembre 2015, l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des services judiciaires rendent *L'évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de la justice* [19]. Ils y constatent la persistance d'une offre de soins et d'un niveau de collaboration globalement insuffisants, avec d'importantes disparités suivant les régions et les établissements pénitentiaires. Trois ans plus tard, ce constat reste inchangé, comme en témoigne l'article de Adeline Hazan, publié en avril 2018 : *Soins psychiatriques aux détenus : les constats du CGLPL* [21]; ainsi qu'un récent rapport de groupes de travail de l'Assemblée nationale sur la détention [22].

D. L'histoire, support d'une réflexion institutionnelle

1. La psychiatrie en prison, une histoire d'attentes et de demandes

a. La demande du Droit pénal à l'adresse de la psychiatrie

À travers cet historique, nous avons tout d'abord pu être éclairé sur le contexte pénal dans lequel la psychiatrie a été amenée à intervenir en prison. L'évolution pénale vers l'adoucissement que théorise Durkheim, nous permet une réflexion quant à la manière dont une société organise ses modes de sanction pénale tout en ayant une aversion grandissante à exécuter cette fonction. Ce que Foucault décrit de façon plus tranchante, comme une « déculpabilisation » du secteur judiciaire à partir de la fin du XVIIIème siècle. Un secteur judiciaire qui tendrait à se défaire de sa fonction d'exécuteur pénal, d'une part en déléguant progressivement cette tâche à un secteur pénitentiaire de plus en plus autonome, d'autre part en auxiliarisant diverses disciplines extra-juridiques, ce qui fait directement lien avec notre sujet, l'intervention de la psychiatrie en prison. Même si ce contexte pénal ne nous renseigne pas de façon directe sur la place prise par la psychiatrie en prison, il nous renseigne sur la place à laquelle elle était attendue dans le système pénal. D'une part, comme un garant, aux yeux de la justice et de la conscience collective, du caractère uniquement privatif de liberté de la sanction pénale ; d'autre part comme un auxiliaire permettant à la sanction pénale de prétendre à l'amendement du coupable. Afin d'étayer ce dernier point, citons Véronique Voruz, maître de conférences en droit et criminologie, qui développe le rapport entre psychiatrie et droit pénal dans un article publié en 2014 et intitulé : *Comment les sociétés « se débarrassent de leurs vivants » : dangerosité et psychiatrie, la donne contemporaine* [23]. En fondant sa réflexion essentiellement sur l'œuvre de

Foucault, elle introduit deux notions clefs liant la psychiatrie et le droit pénal : d'une part le concept de dangerosité, et d'autre part le principe de précaution ou principe de gestion de risque. L'auteur définit comme postulat initial que les logiques gouvernementales des sociétés démocratiques modernes, sont « *articulées autour des concepts de risque, d'assurance et de prévention pour gouverner les populations* » [23]. Les systèmes pénaux, dans ces démocraties modernes, se seraient également inscrits dans cette logique de prévention, une logique corrélée à la dangerosité avérée ou supposée des délinquants : « *Les législations européennes ont par exemple pour point commun d'indexer la durée et le régime des peines carcérales de moins en moins sur le principe d'une proportionnalité entre sévérité de l'acte criminel et sanction et de plus en plus sur la dangerosité, réelle ou perçue, de l'infracteur (...) La jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme elle-même s'attache, depuis quelques années, à redéfinir le principe de proportionnalité entre peine et crime en termes d'une proportionnalité entre peine et risque (de récidive, etc.)* » [23].

En ce qui concerne la France, Véronique Voruz illustre son propos en rappelant la loi Dati de 2008 sur la rétention et la surveillance de sûreté, qui introduit des mesures indexées sur la dangerosité du criminel et non plus sur l'acte commis. Ce concept de dangerosité sur lequel se fondent les principes de prévention et de gestion de risque, est une entité hybride. Elle n'est ni totalement juridique au sens où ce qui la compose dépasse l'unique question de la conformité à la loi ; ni totalement médicale au sens où il ne s'agit pas non plus d'une condition médicale clairement repérable par la présence de symptômes précis. Véronique Voruz définit la dangerosité comme : « *un instrument de politique criminelle indexée aux probabilités de passage à l'acte ou de récidive. Son champ est ouvertement présenté comme celui de la gestion des risques : le risque représenté par les délinquants pour la dangerosité criminologique, par les personnes souffrant de troubles mentaux pour la dangerosité psychiatrique* » [23]. Elle poursuit

en disant que : « *la dangerosité est l'instrument conceptuel au moyen duquel le lien entre droit et psychiatrie, deux disciplines autrefois distinctes, s'est noué ; il a de même permis la naissance de la criminologie comme « science » de la dangerosité ainsi que la constitution de la forme de subjectivité attenante, la subjectivité dite criminelle. C'est depuis que l'on a confié au pouvoir judiciaire – en Europe généralement au XIXe siècle – la mission non plus seulement de juger les infracteurs mais aussi d'aménager et de gérer la peine selon le principe de l'individualisation des sentences que cette notion de politique criminelle a pu se développer, jusqu'à en devenir centrale pour tout ce qui est des décisions pré- et post-sentencielles.* » [23].

L'auteur nous explique donc en quoi l'émergence du concept de dangerosité symbolise le changement de paradigme du système pénal, passant d'une logique de responsabilité à une logique de prévention, de gestion de risque, de sureté. Elle estime également que ce serait ce changement de logique pénale qui expliquerait que la psychiatrie soit de plus en plus convoquée par les politiques gouvernementales. Autrement dit, l'auteur nous fournit ici une lecture beaucoup plus pragmatique de ce que Foucault appelé « la déculpabilisation du secteur judiciaire ». Car, en passant d'une justice de responsabilité à une justice de sureté, le système pénal ne juge plus uniquement l'acte commis et la responsabilité de l'auteur de cet acte, il juge le sujet criminel : « *Les notions de risque et de probabilité causale, à savoir la responsabilité pour risque et non plus pour faute (...) fournissent l'outil conceptuel qui faisait défaut pour pouvoir rendre un individu responsable non seulement de son acte mais aussi de son être.* » [23]. Ceci a plusieurs conséquences en ce qui concerne l'intervention de la psychiatrie dans le domaine du droit.

Tout d'abord, cette intervention de la psychiatrie ne se limite plus à établir la responsabilité ou non du sujet vis-à-vis de l'acte commis, elle doit également

appréhender l'infracteur dans sa subjectivité criminelle, en établissant le risque, la dangerosité qu'il peut représenter : « *puisque'on ne punit plus le crime mais le criminel, encore faut-il savoir qui il est.* » [23]. De part ce changement de paradigme, Véronique Voruz soutient d'ailleurs que c'est la nature même de l'aveu du délinquant qui est modifiée : « *Dans les cas de crimes sans aveu, on substitue à l'autovéridiction, l'hétérovéridiction de l'examen psychiatrique ou psychologique du criminel pour « essayer de faire émerger cette vérité du criminel que le criminel lui-même n'est pas capable de formuler (...) ce qui est demandé dans l'aveu ce n'est plus la reconnaissance du crime afin de fonder la sentence mais bien l'aveu de « qui tu es », au niveau « de ce qu'est l'être même de la subjectivité criminelle» (...) le criminel est responsable de son être, dont le crime fait signe* » [23]. La psychiatrie se voit donc attribuer la tâche de cerner la subjectivité criminelle, mais pas seulement. Cette fonction de dépister la dangerosité n'a de sens, que si elle entraîne l'application de mesures en conséquence. Ainsi : « *Dans ce contexte d'une « justice de sûreté », c'est la subjectivité criminelle qui est au centre des dispositifs de sécurité. Les psychiatres sont donc en première ligne pour ce qui est, ostensiblement, d'évaluer la dangerosité des personnes souffrant de troubles mentaux, et avec moins d'éclat mais plus d'impact, de « légitimer la peine-traitement et le continuum peine-mesure de sûreté ».* » [23].

Si on résume, dans le domaine du droit pénal fondé sur une logique de sûreté, il serait donc tout d'abord attendu de la psychiatrie qu'elle assure le dépistage d'une dangerosité individuelle, autrement dit qu'elle mette en évidence un idéal de « responsabilité véritable », une subjectivité criminelle qui transcenderait la simple responsabilité de l'acte. Or, cerner un potentiel danger ne peut avoir de sens que si on applique en conséquence des mesures visant à prévenir ce danger. C'est ainsi que la psychiatrie, en mettant en évidence une subjectivité criminelle, justifie le contrôle continu des individus dits à risque, un contrôle qui d'ailleurs sera en partie assuré par

la psychiatrie elle-même, via les suivis socio-judiciaires et autres obligations de soins, mais également l'intervention de la psychiatrie en prison. Car la justice trouve également un autre intérêt dans l'intervention de la psychiatrie dans le domaine du droit, ce que Véronique Voruz développe en reprenant une fois encore Michel Foucault : « *La justice, dit-il, trouve intérêt à la mise en intelligibilité de la subjectivité criminelle par la psychiatrie à partir du moment où la sanction est conçue sur le modèle non plus de la punition mais de la correction, comme une « technique de transformation individuelle ».* En effet, pour « corriger » efficacement l'individu, il faut un savoir sur sa subjectivité » [23]. Elle décrit ainsi ce que nous évoquions précédemment en disant que la psychiatrie s'est placée en auxiliaire judiciaire permettant à la sanction pénale de prétendre à l'amendement du coupable.

Pour apporter quelques nuances, nous avons parfaitement conscience qu'une poignée de théories ne fait qu'effleurer la nature complexe de ce qui détermine les rapports entre psychiatrie et droit pénal. D'autant plus que ces attentes du domaine pénal à l'égard de la psychiatrie, sont bien souvent motivées par des politiques gouvernementales qui ne font que traduire la demande grandissante de nos sociétés vis-à-vis de la psychiatrie. Jean-louis Senon aborde cette vaste thématique dans un article intitulé *Évolution des attentes et des représentations en clinique dans les rapports entre Psychiatrie et Justice* [24]. Il y aborde « *la montée des peurs que l'être social a plus que jamais besoin de contenir en vérifiant que tout est fait pour les juguler au nom du sacro-saint principe de précaution* » [24] et comment la psychiatrie est toujours plus sollicitée pour tous les maux qui hantent notre société, des difficultés familiales aux difficultés professionnels, de la prise en charge des victimes à celle des criminels... mais nous ouvrons là une problématique qui justifierait une thèse à elle seule. Il s'agissait, dans cet aparté, de garder à l'esprit que la vaste question de la place

de la psychiatrie dans la société vient immanquablement teinter notre réflexion quant à la place de la psychiatrie en prison.

Quoi qu'il en soit, nous sommes tout de même parvenus à dégager quelques points notables qui nous éclairent sur la manière dont s'est placée la psychiatrie par rapport aux attentes de l'appareil pénale à son égard. En effet, à travers les théories de Durkheim et Foucault, nous avons pu constater que le système pénal, avant d'être celui que nous connaissons aujourd'hui, avait connu une évolution de deux natures. D'une part, un adoucissement pénal au travers duquel la psychiatrie en prison est venue s'inscrire comme un garant aux yeux de la justice et de la conscience collective, du caractère uniquement privatif de liberté de la sanction pénale. D'autre part, comme nous venons de le développer, le système pénal est progressivement passé d'une logique de responsabilité à une logique de sûreté. Établir qu'un individu est responsable ou non d'un acte criminel est depuis longtemps le champ d'action de l'expertise psychiatrique pénale et cela reste une de ses missions principales actuellement. Cependant, en passant à une logique de sûreté, la psychiatrie se voit attribuer un autre champ d'action, celui de l'évaluation et la prise en charge de la dangerosité. Autrement dit, la psychiatrie expertale mais également la psychiatrie en milieu pénitentiaire sont attendues à une fonction d'auxiliaire du système pénal. Ce rôle consiste alors à cerner la subjectivité criminelle de l'individu et ce pour servir un double objectif : d'une part, connaître le criminel dans sa subjectivité pour pouvoir prétendre à l'amendement du délinquant, objectif que s'est donné l'appareil judiciaire ; d'autre part, estimer la dangerosité du criminel afin de justifier ou non l'application de mesures de contrôle.

b. Les attentes réciproques de la psychiatrie et de la prison

Comme nous le disions auparavant, l'implantation de la psychiatrie en prison ne peut s'expliquer uniquement par le besoin du secteur pénal. Si la psychiatrie a pu intervenir en prison, c'est parce qu'à un moment donné, son intervention répondait, d'une part, à une demande du secteur judiciaire et certaines conditions étaient réunies, d'autre part, pour permettre son intervention en prison. Les histoires liées de la psychiatrie et de la prison, nous permettent de saisir ce moment propice à l'émergence de la psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Comme nous l'avons vu, la période du « Grand renfermement » qui précède la Révolution française, constitue le passé commun de la prison et de l'asile, au travers des Hôpitaux Généraux et autres Maisons de forces où se trouvent mélangés malades mentaux et délinquants. Les ancêtres propres à la psychiatrie et la prison se distinguent à la faveur de la Révolution française et ses bouleversements en matière de traitement des malades mentaux et de la délinquance. C'est la naissance de l'asile et de la prison, tous deux investis d'un « traitement moral ». Une appellation similaire pour deux fonctions pourtant distinctes, le traitement moral asilaire ayant une visée thérapeutique, soigner le sujet malade mental, tandis que le traitement moral pénitentiaire vise l'amendement du sujet par la restriction et l'obligation au travail. Malgré cette distinction institutionnelle majeure, il demeure la question des malades mentaux délinquants et par conséquent des malades mentaux incarcérés. Cette question ne peut être négligée, d'une part, car leur présence en prison est contradictoire avec les avancées aliénistes visant justement à séparer malades mentaux et délinquants ; d'autre part, car ces malades mentaux perturbent l'ordre carcéral. Commence ainsi à émerger une demande de la part des aliénistes comme de la part du secteur pénitentiaire, pour organiser une intervention qui solutionnerait ce problème

des malades mentaux incarcérés. En réponse à cette demande, est créé en 1876 le quartier spécial pour aliénés criminels et épileptiques de la maison centrale de Gaillon dans l'Eure. Cette première démarche sera ensuite catalysée par le mouvement de défense sociale qui touche alors plusieurs pays d'Europe. En France, cela s'incarne tout d'abord à la maison cellulaire de Loos-lès-Lille qui organise en 1927 un dépistage des détenus psychiquement perturbés, puis par le décret du 31 mars 1936 qui acte la création des services d'examen psychiatriques dans les établissements carcéraux de la Santé, la petite Roquette et Fresnes. Au-delà du fait qu'il s'agisse des précurseurs de la psychiatrie pénitentiaire française, la création de ces dispositifs établit une première orientation cruciale : le malade mental criminel demeure en prison, et c'est la psychiatrie qui vient à lui en intervenant au sein de la prison. Cela constitue un contrepoint notable avec l'esprit aliéniste de la Révolution française, dont l'un des principes fondamentaux était que le sujet malade mental devait être extrait de la population délinquante pour bénéficier du traitement moral asilaire. La circulaire Chaumié de 1905 confirme sur le plan légal, cette orientation première dans le sens de l'entrée de la psychiatrie en prison. En effet, cette circulaire rend officiel la possibilité de condamner des sujets atteints de troubles mentaux en introduisant le concept d'atténuation de responsabilité, cas dans lequel le malade mental reste accessible à la sanction pénale. Partant de là, il aurait été contradictoire d'instituer en parallèle que les détenus malades mentaux relèvent d'un dispositif de prise en charge extérieur à la prison.

Le second tournant dans l'histoire de la psychiatrie et de la prison, se déroule après la seconde guerre mondiale. Les horreurs vécues par les malades dans les asiles durant cette période, motivent la psychiatrie à opérer d'importants changements. Ce sont les prémisses de la psychiatrie institutionnelle et du secteur psychiatrique. En se tournant

vers la cité par opposition à l'hospitalo-centrisme de l'asile et en instituant des principes tels que la primauté du sujet, la psychiatrie se démarque de façon significative de la prison. Même si la demande de la psychiatrie est alors de ne pas être associée à l'image correctionnelle de la prison, le pouvoir politique sollicite tout même son intervention en prison. Car la seconde guerre mondiale n'a pas uniquement mis en évidence les mauvais traitements dans les asiles, elle a également montré ceux dans les prisons. Au lendemain de la seconde guerre mondiale, le respect des droits de l'Homme étant une priorité, le pouvoir politique ne peut donc négliger cette situation des détenus. Cela donne lieu à la réforme Amor de 1945 qui prévoit donc un partenariat quelque peu forcé entre la psychiatrie et la prison, par la création d'annexes psychiatriques. Ces annexes conservent leur fonction préexistante de dépister les détenus malades mentaux mais se voient également attribuer la fonction de leur fournir des soins, confirmant ainsi l'orientation d'amener le soin au malade détenu et non l'inverse. C'est bien cette fonction supplémentaire de soin qui va constituer un fossé entre les attentes des professionnels médicaux intervenant en prison et les attentes des professionnels de l'administration pénitentiaire.

Comme le décrit Camille Lancelevée, dans son travail de recherche doctorale : « *Loin de constituer un programme institutionnel unique et fédérateur, la tendance à faire de la peine un moment de traitement produit des tensions et des conflits importants entre les différents groupes professionnels inscrits dans l'espace pénitentiaire.* » [25].

En s'appuyant sur l'exemple d'un détenu atteint de troubles mentaux ayant agressé un professionnel de l'administration pénitentiaire, elle illustre la confusion pouvant exister au sein de la prison entre la fonction de soin et la fonction de sanction : « *violences monstrueuses, suicides spectaculaires, etc. Ces comportements sont appréhendés par les personnels pénitentiaires au travers des risques qu'ils*

*comportent : risque d'agression d'abord, mais également risque de faute professionnelle s'ils n'ont pas été en mesure d'anticiper une agression ou un suicide. Les personnels pénitentiaires ont ainsi le sentiment d'avoir la lourde charge d'un problème qui ne relève pourtant pas de leur compétence : les troubles mentaux (...) Les professionnels composent ici de façon pragmatique avec les moyens à disposition, mais l'ensemble des décisions prises témoigne de l'ambivalence morale du traitement apporté, entre punition et soin. La définition du « bon traitement » génère dans d'autres situations des tensions professionnelles, tout particulièrement autour du mandat des équipes de santé mentale. » [25]. Cette donne institutionnelle ne soulève pas que des enjeux du côté des professionnels pénitentiaires, il en est de même pour les professionnels de santé, comme le dit Xavier Laqueille dans une publication de 2016 ayant pour sujet la place de la pratique psychiatrique en prison : « *La position du médecin apparaît en effet particulièrement délicate. (...) Il s'agit d'être soignant en évitant toute instrumentalisation (...) Le détenu-patient espère du praticien le soulagement d'un mal-être existentiel et de son cortège symptomatique, somatique ou psychiatrique. L'administration pénitentiaire attend des soignants des réponses médicales, voire psychiatriques à ce mal-être, en particulier lors des crises clastiques ou des tentatives de suicide (...) Ces attentes multiples, parfois contradictoires et souvent de l'ordre du fantasme, risquent de projeter le médecin dans une position de toute-puissance – fictive – entre séduction et angélisme, attitudes potentiellement sources de violences lors de la confrontation avec la réalité. » [26].**

Afin d'essayer de dépasser le simple constat d'une difficile compatibilité entre fonction de soin et fonction de sanction au sein de la prison, nous pouvons approfondir la question en nous appuyant sur l'œuvre de Charlotte Herfray, et plus particulièrement son livre *La Psychanalyse hors-les-murs* [27] dans lequel elle analyse, entre autres, les déterminants d'une dynamique institutionnelle. Elle y définit que : « *Le concept*

d'institution est une abstraction. Ce que nous rencontrons sur le champ social, ce sont les formes concrètes des institutions. (...) ce sont les établissements. (...) Toute organisation comporte des places différenciées. Ces places correspondent à une surface plus ou moins grande par rapport à la légitimité d'un pouvoir. L'organisation de toute institution est hiérarchique (du moins dans notre modèle occidental). La hiérarchie définit la manière dont le pouvoir est réparti (...) Comme tout pouvoir est un pouvoir de décision, il permet de prendre le pas sur autrui et de décider ce que le tenant estime juste et nécessaire. (...) Dans les établissements la demande qui monte vers l'Autre aliène le sujet au désir de cet Autre. Nous mettons à une place d'autorité ceux qui sont supposés « avoir » ce qui nous manque (...) Mettre quelqu'un à cette place revient à lui consentir un pouvoir d'influence sur nous. Quoi qu'il en soit, l'autorité n'est pas le pouvoir. Celui-ci relève de la réalité institutionnelle, c'est-à-dire d'une place réelle dans la hiérarchie. On peut avoir du pouvoir et nulle autorité, l'inverse existe aussi. » [27]. Cette longue citation constitue une grille de lecture possible pour comprendre : « qu'il est difficile d'occuper sa « juste » place » [27] pour la psychiatrie en prison.

En effet la psychiatrie en prison est dans une position paradoxale. Du fait de son savoir médical, elle détient un pouvoir mais qui n'est pas associé à une place d'autorité clairement définie. Car, à cette période, la psychiatrie pénitentiaire reste assujettie à l'administration pénitentiaire sans pour autant avoir une place bien définie dans sa hiérarchie. Cette place de pouvoir sans autorité constitue une première explication de la confusion autour de la place de la psychiatrie en prison. La conséquence directe de ce statut flou est que l'intervention de la psychiatrie est indéterminée. Elle peut alors aussi bien être perçue comme la panacée, une réponse aux situations ingérables par l'administration pénitentiaire ; qu'être considérée comme un avis étranger à

l'institution pénitentiaire, une intrusion dénuée d'autorité et dont on ignore quel crédit lui accorder.

Se joue également ici une question culturelle qui à la fois explique et majore ce flou institutionnel autour de la place de la psychiatrie en prison. Toujours selon Herfray : « *La culture infléchit les manières dont les hommes s'organisent et commandent les solutions qu'ils vont apporter aux problèmes d'ajustement auxquels ils sont confrontés. (...) La manière dont les fonctions sociales sont mises en actes, s'incarne dans des rôles joués par les uns et les autres, selon leurs statuts et leurs fonctions. Les rôles ne sont pas figés, mais relèvent des modèles « culturels » qui peuvent être différents selon le temps et l'espace. (...) Le rôle n'est pas la fonction : il désigne la manière dont sont assumées les fonctions et dont le sujet occupe la place qui correspond à son statut.* » [27]. Ainsi, l'autorité de la psychiatrie dans le milieu pénitentiaire est floue car son pouvoir se réfère à une culture différente. La profession médicale dispose d'une autorité dans l'institution de la santé car son pouvoir, lié à son savoir médical, fait partie de cette culture sanitaire. Dans l'institution pénitentiaire, pouvoir et autorité se réfèrent à une autre culture, celle de la sanction pénale. C'est donc possiblement pour cette raison, cette différence de culture, que la place de la psychiatrie en prison est si confuse. Et c'est du fait de cette différence de culture et de cette confusion que le traitement d'une même situation pénitentiaire peut parfois être si paradoxal. Pour illustrer cela, on peut reprendre l'exemple rapporté par Camille Lancelevée, d'un détenu malade mental ayant présenté un comportement agressif : « (...) *la résolution tout à fait paradoxale de cette affaire illustre la confusion morale qui entoure la prise en charge des troubles mentaux : l'homme ne semble pas 'avoir sa place en prison', il est pourtant condamné à une peine de prison supplémentaire et sanctionné d'un séjour de 30 jours au quartier disciplinaire. Il est condamné mais on*

espère qu'il sera placé aussi vite que possible en hospitalisation sans consentement pour décharger la détention d'une situation jugée ingérable. » [25]. Ce cas précis de gestion des troubles du comportement chez les détenus est particulièrement représentatif de l'écart entre le référentiel culturel pénitentiaire et celui sanitaire. Mais de manière plus générale, cet écart, ce fossé, se manifeste pour toutes situations de soin en milieu pénitentiaire. Car le respect du droit à la santé du détenu prend un caractère différent suivant qu'il soit appliqué dans le référentiel de la santé ou dans le référentiel carcéral. Comme nous l'abordions dans l'histoire de l'évolution pénale, dans le référentiel culturel carcéral, assurer le droit à la santé du détenu correspond à veiller à ce que la sanction pénale soit effectuée telle qu'elle a été prononcée, ce qui implique que le détenu privé de liberté ne souffre d'aucun manquement en termes de santé tant sur plan physique que psychique. Autrement dit de manière très caricaturale, s'assurer que le détenu ne tombe pas malade ou qu'une maladie préexistante ne s'aggrave pas du fait de la détention. Or, dans le référentiel sanitaire, la fonction de soin se définit suivant la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.* » [28], une fonction donc plus étendue que de veiller à l'absence de souffrances psychique ou physique du détenu. C'est donc cette différence de référentiel culturel en matière de santé du détenu qui rend l'osmose si difficile entre fonction de soin et fonction carcérale.

Cette analyse de la donne institutionnelle autour du soin en prison nous permet de saisir un peu mieux pourquoi les soignants en prison ont tant œuvré pour leur

autonomie. Cela ne fait aucun doute que c'est avant tout pour suivre le mouvement général d'après-guerre des soignants en milieu libre, qui gagnent de plus en plus cette autonomie et l'établissent comme un principe fondamental à l'exercice de la médecine. Mais, après l'analyse que nous venons de réaliser, on peut également voir dans cette quête d'autonomie le souhait de clarifier une situation institutionnelle confuse, clarifier cette place de la psychiatrie en prison pour que la fonction de soin puisse s'exercer à la fois suivant les principes fondamentaux de la médecine et à la fois en cohésion avec la fonction carcérale qui relève d'une autre culture.

Malgré cette osmose difficile entre fonction de soin et fonction pénitentiaire, la démarche ayant pour orientation d'apporter le dispositif de soin psychiatrique auprès du malade détenu continue de progresser. En 1977, ce sont ainsi les moyens du secteur psychiatrique qui sont sollicités pour venir soutenir les CMPR fraîchement créés, comme le raconte Daniel Glezer, ancien chef du SMPR de la prison des Baumettes à Marseille : « *Telle était donc, globalement, la situation institutionnelle des prisons Françaises lorsque Paul Hivert et Jacques Laurans prennent la Direction des premiers CMPR ouverts dans l'hexagone, en région parisienne, à la Maison d'Arrêt de Fresnes et de la Santé : suivront bientôt le CMPR de Rennes avec Christian Pouyollon, le CMPR de Lyon, avec Pierre Lamothe, et donc le 1er Juillet 1980, le CMPR de Marseille Baumettes. Le principe général, humaniste, consistait à suppléer l'Administration Pénitentiaire pour que soient offerts à la population pénale des soins « similaires » à ceux dont bénéficiaient, à l'extérieur, les personnes non détenues. À cet effet, il appartenait aux hôpitaux de proximité, psychiatriques ou universitaires, de détacher, en prison, des équipes soignantes pluridisciplinaires, dont ils assumaient la gestion administrative, leur confiant, en milieu carcéral, une autonomie de fonctionnement qui nous est légitimement enviée, dans toutes les prisons*

Européennes que j'ai été amené à visiter avec le Conseil de l'Europe. » [29]. Il faut tout de même préciser que la motivation humaniste, qu'évoque Daniel Glezer, n'était alors pas un argument suffisant pour convaincre les psychiatres du secteur qui étaient initialement peu favorables à cette réorganisation. Ils étaient cependant impactés, tout autant que l'administration pénitentiaire, par la problématique persistante des détenus nécessitant un transfert en hôpital psychiatrique. C'est ce dernier point qui finit par conduire les psychiatres à changer d'avis, voyant là une occasion d'obtenir une place en prison leur permettant un regard et une possibilité d'action intra-carcérale sur ces situations donnant lieu jusqu'ici à des hospitalisations d'office via l'article D398 du code de procédure pénale.

Sur le plan institutionnel, les années quatre-vingt se démarquent. Avec la création du SMPR est conservée l'orientation d'apporter le dispositif de soin psychiatrique auprès du malade détenu et la question de l'autonomie, que nous développions précédemment, est prise en compte. Une autonomisation qui se décline sur trois niveaux. Tout d'abord, la psychiatrie en prison gagne son autonomie vis-à-vis du secteur pénitentiaire en étant libérée de la subordination hiérarchique au chef d'établissement et par le transfert de la mission de contrôle sanitaire en milieu carcéral de l'inspection générale de l'administration pénitentiaire à l'inspection générale des affaires sociales. Puis, la psychiatrie en prison, se voyant attribuer un secteur propre, s'autonomise également vis-à-vis du reste de la psychiatrie sans tomber dans l'écueil de totalement s'en détacher, puisque chaque SMPR est sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier et son équipe soignante relève d'un centre hospitalier auquel le SMPR reste rattaché. Enfin, et nous l'avons peu évoqué jusqu'ici, la création du SMPR et de sa propre réglementation est également l'occasion d'une autonomisation du détenu qui peut enfin formuler sa demande de soin, ce qui n'était pas le cas auparavant.

Avec ces changements inhérents à la création des SMPR, la pondération de la donne institutionnelle que nous décrivions précédemment se modifie. Au sein de la prison, culture sanitaire et culture pénitentiaire ne vont plus seulement coexister mais vont se mêler accentuant un phénomène d'acculturation que nous développerons par la suite. Les changements inhérents à l'arrivée du SMPR vont par ailleurs alimenter une dynamique visant toujours plus à réduire le décalage entre la santé en prison et la santé en milieu libre, et ce, en organisant le dispositif de santé de manière toujours plus décloisonnée de la prison en privilégiant les soins en réseau et en incitant l'administration pénitentiaire à s'ouvrir d'avantage aux professionnels de santé extérieurs.

Cette dynamique de soin tournée de plus en plus vers l'extérieur de la prison, atteint son paroxysme à la création des UHSA. Pour la première fois en France, ce n'est pas la fonction de soin qui est implantée en prison mais bien la fonction carcérale de surveillance qui est externalisée de la prison pour être appliquée à un service de soins psychiatriques hospitaliers. Sur le plan des droits à la santé du détenu, l'UHSA constitue une évolution indiscutable puisqu'elle permet aux détenus d'accéder aux hospitalisations psychiatriques en soins libres. Sur le plan institutionnel en revanche, la création des UHSA amène plus à discussion. D'une part, la psychiatrie pénitentiaire y fait un pas en avant dans son autonomisation vis-à-vis de la prison. D'autre part, ces UHSA amènent à un retour en arrière en confiant dans certains cas la responsabilité à l'équipe médicale de décider certaines restrictions concernant le patient-détenu ; réattribuant à la psychiatrie pénitentiaire une part de fonction correctionnelle dont elle cherchait à se distancier jusqu'ici.

Que retenir de cet historique autour du triptyque loi pénale, prison et psychiatrie ? La première impression qui se dégage de cet historique est plutôt bien décrite par Michel

David : « on a l'impression que dans l'histoire il y a des répétitions, et qu'à chaque fois la question fondamentale induit une réponse, qui n'est ni blanche ni noire, mais que le contexte de l'époque essaye d'apporter. (...) en permanence on a l'impression qu'un problème se pose et qu'on essaye d'y répondre avec les moyens de l'époque. » [7]. C'est sans doute dans ce cadre que depuis 2010, avec le *plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de la justice*, on observe une volonté d'établir une politique de santé des personnes placées sous main de justice qui serait une politique adaptative ; et non plus une politique de santé qui ne se réorganise que lorsqu'elle est mise face à ses retards et dysfonctionnements. Une autre manière de formuler les choses serait de dire que cet historique illustre la manière dont la psychiatrie en milieu pénitentiaire a été et est encore en perpétuelle évolution. De façon globale, nous pouvons comprendre cette perpétuelle évolution par le fait que la psychiatrie en milieu carcéral est une discipline dont la place s'est définie en réponse à des attentes et des demandes elles aussi en perpétuel remaniement. Des demandes et des attentes sociétales, politiques, carcérales, médicales, évoluant d'une époque à l'autre, et s'influçant les unes et les autres. En se constituant en réponse à ses demandes diverses, la psychiatrie en prison s'est définie une place transversale à plusieurs institutions : pénale, carcérale et psychiatrique. Cette transversalité participe tout autant à la perpétuelle mutation de la psychiatrie en prison, car ces institutions sont elles aussi en mouvements, tantôt traversées par des courants institutionnels communs qui les rapprochent, tantôt traversées par des courants institutionnels propres qui les séparent. Mais également des courants institutionnels qui se colorent les uns les autres, par un phénomène proche de celui de l'acculturation.

2. La psychiatrie en prison : analyse d'un point de vue culturel

La psychiatrie pénitentiaire se distingue donc par sa transversalité institutionnelle, entre le psychiatrique, le pénitentiaire et le judiciaire. Nous allons à présent tenter de saisir comment la psychiatrie pénitentiaire en France en est venue à occuper une telle place transversale.

Pour cela, nous allons approfondir cette question sous l'angle culturel. Nous pouvons débiter à partir de l'analyse de Herfray qui définit l'institution comme « *un fait culturel* » [27]. Derrière cette affirmation, elle déploie la théorie que nous reprenions précédemment, à savoir que : « *La culture infléchit les manières dont les hommes s'organisent et commandent les solutions qu'ils vont apporter aux problèmes d'ajustement auxquels ils sont confrontés. (...) La manière dont les fonctions sociales sont mises en actes, s'incarne dans des rôles joués par les uns et les autres, selon leurs statuts et leurs fonctions. Les rôles ne sont pas figés, mais relèvent des modèles « culturels » qui peuvent être différents selon le temps et l'espace.* » [27]. En fondant notre raisonnement sur cette théorie initiale, la place transversale prise par la psychiatrie pénitentiaire en France relèverait donc d'un modèle culturel. On pourrait même parler d'une dynamique culturelle puisque ce modèle changerait d'une période à l'autre et d'un lieu à l'autre. Cela semble tout à fait séduisant d'un point de vue théorique puisqu'au terme de notre historique de la psychiatrie carcérale en France, nous constatons l'évolutivité perpétuelle de la place de la psychiatrie en prison en France. Plus spécifiquement, nous observons comment les événements qui ont modifié la culture française (Révolution française, seconde guerre mondiale, ...) ont progressivement donné naissance puis façonné la psychiatrie pénitentiaire. Cela vient donc déjà illustrer comment la dynamique culturelle sous-tend les choix institutionnels à travers le temps.

Pour illustrer ce même postulat, mais cette fois en termes de lieu, nous allons à présent réaliser un rapide comparatif des choix organisationnels réalisés par d'autres pays que la France en matière de santé mentale des détenus.

a. L'organisation de la Santé mentale des détenus dans d'autres pays

L'historique, que nous avons réalisé jusqu'ici, peut donner une impression d'évidence quant à la façon dont les soins psychiatriques en prison se sont organisés en France. Il n'en est rien. Il s'agit là d'une donne institutionnelle tout à fait originale si on la compare à celle mise en place dans d'autres pays.

Nous pouvons tout d'abord prendre les exemples de l'Allemagne et de la Belgique. Deux pays particulièrement marqués d'un point de vue culturel par le mouvement de défense sociale ; mouvement dont nous pouvons rappeler que la ligne directrice se définit à mi-chemin entre sécurité et soins. Dans *Soigner et/ou punir* [30], le professeur allemand de psychiatrie Heinfried Duncker décrit l'organisation allemande de la prise en charge des délinquants présentant des troubles mentaux. Tout d'abord, il explique que de façon sensiblement similaire à la France : « *Le code pénal allemand prévoit 2 modalités de restrictions de la responsabilité pénale (...) l'irresponsabilité en raison de trouble psychique et la responsabilité atténuée. (...) Le sujet est soit reconnu irresponsable ou à responsabilité atténuée, et alors se pose le problème de l'internement en psychiatrie légale, ou alors il est reconnu comme responsable, ou la responsabilité atténuée n'a pas pu être formellement exclue par l'expert et alors, la sanction pénale traditionnelle, depuis l'amende jusqu'à l'emprisonnement, en est la conséquence.* » [30]. C'est sur ce point précis du devenir des irresponsabilisés pénaux et des responsabilisés atténués que le système français et le système allemand

divergent. En France, comme nous l'avons vu, le soin psychiatrique a été implanté et développé dans la prison. Les irresponsabilisés séjournent certes en hôpital psychiatrique général mais les responsabilisés atténués sont pris en charge au sein de la prison. Alors qu'en Allemagne, on peut résumer grossièrement que les délinquants exempts de troubles mentaux vont en prison, tandis que les délinquants malades mentaux sont internés. D'un point de vue organisationnel, comme le raconte Duncker : « Ceci a pour conséquence (...) que dans les « Länder » auxquels incombent la responsabilité complète de l'organisation des soins médicaux, des lieux spécifiques pour la psychiatrie légale doivent être créés. Les « Länder » ont distribué ces tâches aux hôpitaux psychiatriques publics et il y a deux modalités fondamentales suivant lesquelles les « Länder » ont organisé ces soins : soit dans des institutions centralisées (...) soit dans des petites unités spécialisées et décentralisées qui sont rattachées aux hôpitaux publics régionaux. » [30]. Il est donc intéressant de voir comment l'Allemagne et la France ont opté pour des organisations tout à fait opposées. La France de son côté a progressivement implanté et développé la psychiatrie au sein de la prison, amenant le soin psychiatrique au délinquant malade mental et attribuant par la même une fonction psychiatrique à la prison ; tandis que l'Allemagne oriente le délinquant malade mental vers le soin, en développant des services spécialisés de psychiatrie médico-légale, avec pour conséquence que la prison est déchargée de toute fonction psychiatrique.

La Belgique, quant à elle, s'est organisée de façon intermédiaire au système français et au système allemand, comme le raconte Marinette Mormont dans un article publié en 2014, *Internés sous les verrous : punis ou soignés ? Du côté de la Belgique* [31]. Comme en Allemagne, le système belge est également particulièrement organisé autour du principe de défense sociale : « Entre sécurité et soins, l'internement devrait

poursuivre une double finalité : soigner le malade et protéger la société contre son éventuelle dangerosité. » [31]. Le système belge présente cependant la particularité de cumuler un dispositif psychiatrique intra-carcéral, les annexes pénitentiaires, ainsi qu'un dispositif psychiatrique extra-carcéral, les établissements de défense sociale, le tout s'articulant de la manière suivante : « Quand l'auteur d'une infraction est considéré comme irresponsable en raison de son état mental (handicap mental, maladie mentale), il est interné. Dans un premier temps (et quand il y a eu un mandat d'arrêt), cette personne est mise en observation dans l'annexe psychiatrique d'une prison. Puis, si l'irresponsabilité est confirmée, elle est acheminée vers un Établissement de défense sociale (EDS) ou un hôpital psychiatrique, des lieux dans lesquels elle doit recevoir des soins adaptés en vue d'une libération à l'essai ou définitive. (...) Les annexes psychiatriques des prisons ont initialement été conçues comme des lieux de mise en observation préalable à la décision de la commission de défense sociale portant sur l'irresponsabilité ou non de l'auteur d'une infraction. (...) Les établissements de défense sociale, trois dans la partie francophone du pays, constituent un régime intermédiaire entre la prison et l'hôpital psychiatrique. » [31].

En d'autres termes, si le système allemand a choisi de séparer en deux institutions propres la fonction carcérale et la fonction psychiatrique ; le système belge, quant à lui, a la particularité d'avoir physiquement séparé la fonction de dépistage des troubles mentaux et celle de soin. Le dépistage des troubles mentaux chez les délinquants y est combiné à la fonction d'expertise au sein des annexes psychiatriques intra-carcérales, tandis que la fonction de soin est attribuée aux établissements de défenses sociales extra-carcéraux.

Afin de recentrer notre réflexion, rappelons que le but ici n'est pas de prétendre réaliser une analyse comparative fine des systèmes français, allemand et belge, mais bien de constater que les choix organisationnels divergent d'une dynamique culturelle à

l'autre. Avec l'exemple de l'Allemagne et la Belgique, nous venons de voir comment ces choix organisationnels peuvent, d'une dynamique culturelle à une autre, diverger sur la forme. L'exemple des États-Unis, et plus particulièrement de la ville de New York, nous montre que les choix organisationnels peuvent parfois prendre une forme similaire d'un pays à l'autre, mais diverger sur le fond. *La situation des auteurs d'infractions souffrant de troubles psychiatriques dans les systèmes judiciaire et pénitentiaire de la ville de New York* [32], est décrite par Louan et Senon dans un article datant de 2005. On pourrait intuitivement être découragé de comparer la situation des États-Unis et celle de la France, tant leurs organisations politiques, judiciaires et sanitaires sont différentes. Pourtant, après une lecture rapide de la publication de Louan et Senon, on est surpris de l'apparente similitude entre la prise en charge des détenus souffrant de maladie mentale en France et à New York. Certes une première différence majeure attire l'attention, le fait que cette prise en charge soit assurée par une compagnie commerciale : « *Prison Health services* » [32], bien que cela ne dénote guère quand on prend connaissance du fonctionnement du système de santé américain. Toujours est-il que pour la ville de New York, les soins psychiatriques de niveau ambulatoire sont assurés au sein de la prison. En cas de nécessité de soins plus intensifs ou sur un plus long terme, il y a possibilité de transférer les détenus nécessitant ces soins vers toute une gamme de structures diverses. Des structures annexées aux établissements pénitentiaires tout comme des structures relevant de l'hôpital psychiatrique d'État. Au prime abord, sur la forme, cette organisation n'est pas sans nous rappeler notre dispositif de soin psychiatrique carcéral français et sa gradation allant des soins ambulatoires en unité sanitaire de premier niveau, jusqu'à l'hospitalisation complète en UHSA. Cependant, même s'ils peuvent avoir des similitudes sur la forme, le dispositif new yorkais et le dispositif français divergent sur le fond. Cette divergence de fond correspond à une différence de référentiel. La

gradation du dispositif français se définit en termes de niveau de soin (de l'ambulatoire en unité sanitaire de niveau 1, jusqu'à l'hospitalisation complète en UHSA). Même si cette notion de niveau de soin reste présente dans le dispositif de soin new yorkais, sa gradation se définit surtout dans un référentiel sécuritaire avec, pour chaque niveau, l'objectif de prévenir les troubles du comportement, en particulier hétéro et auto-agressifs. Concrètement, on peut distinguer dans le dispositif new yorkais un versant sanitaire et un versant sécuritaire. Si un détenu new yorkais nécessite des soins psychiatriques supérieurs au niveau ambulatoire et si son comportement est compatible, il sera hospitalisé à l'hôpital psychiatrique central de l'État de New York et pourra être orienté vers « *les programmes de prise en charge intermédiaires (Intermediate Care Programs – ICP)* » [32], si les traitements psychiatriques intensifs doivent être poursuivis à long terme. En revanche, s'il présente des troubles du comportements et crée des incidents liés à son état mental, il peut être placé en « *unité d'isolement (Special Housing Units – SHU)* » [32], voire être transféré vers « *des unités annexes (Satellite Units) à l'intérieur de 11 établissements pour peine classés « sécurité maximum ».* » [32]. On peut ainsi voir, pour le cas de New York, que ce n'est plus la forme du dispositif de soin qui va incarner la dynamique culturelle sous-jacente mais la façon dont ce dispositif va être utilisé. Dans ce cas précis, c'est le parcours de soin du détenu malade mental qui constitue la spécificité du dispositif puisque suivant la dangerosité de l'état mental du détenu, ce dernier sera soit orienté sur un versant sécuritaire du dispositif, soit sur un versant sanitaire.

Enfin, un dernier exemple intéressant dans l'étude de l'influence de la dynamique culturelle sur le choix institutionnel, est celui de la Tunisie. Il montre lui-aussi comment cette dynamique culturelle se modifie dans le temps et ne peut être résumée en une simple question d'orientation politique. Dans un article publié en 2015, Kilani Hajji et al. font un point sur *la situation de la psychiatrie carcérale en Tunisie* [33] et

reviennent sur son histoire. À travers cet article, on perçoit que, durant la période coloniale, la France a placé en Tunisie des éléments dont on peut imaginer l'impact culturel. Sur un plan législatif, la loi de 1838 qui régit l'assistance aux aliénés en France, est promulguée en Tunisie à partir de 1920 et s'applique pour les Européens. Elle coexiste avec la législation musulmane qui s'applique aux Tunisiens. Sur le plan psychiatrique ouvre, en 1931, l'hôpital Razi : « *Ce centre hospitalier, conçu selon le modèle des « asiles » français de l'époque d'avant la Deuxième Guerre mondiale (...) fut l'unique institution de son genre au pays du temps de la colonisation française ; il continue, de nos jours, à représenter le cœur de la psychiatrie tunisienne, avec quelques aménagements de complément.* » [33]. Par ailleurs, les textes de loi qui régissent l'irresponsabilité pénale, d'une part, et les placements d'offices, d'autre part, sont promulgués en Tunisie au début des années cinquante. L'ensemble de ces éléments influents, tant législatifs que psychiatriques, et provenant de la culture française, seront conservés après l'indépendance de la Tunisie. Pourtant, Hajji témoigne dans sa publication que le dispositif de soin des malades mentaux délinquants a pris en Tunisie une autre forme qu'en France. En effet, dès 1973, dans une tendance plutôt sécuritaire, a ouvert le premier service médico-légal chargé de recevoir les irresponsabilisés pénaux, les détenus mis en observation dans le cadre d'une expertise, les détenus développant des troubles mentaux durant leur incarcération et les malades difficiles du fait de leur dangerosité. Cette orientation se poursuivra puisqu'en 2003 ouvrira un plus vaste service de psychiatrie légale dans l'hôpital de Razi. Concernant l'activité médicale de la prison, dans ce contexte, ce sont les médecins généralistes qui assurent l'activité médicale intra-carcérale. Pour la psychiatrie, quelques prisons ont établi des conventions avec des psychiatres du secteur public ou privé, d'autres envoient les détenus en consultation externe pour avis spécialisé. Pas de dispositif de soin psychiatrique intra-carcéral institué donc.

Ce dernier exemple de la Tunisie montre que la façon dont s'organise le dispositif de soin psychiatrique en milieu carcéral ne peut seulement s'expliquer par un cadre législatif et sanitaire, même s'il reste déterminant. En dépit que la France ait placé en Tunisie des éléments influents sur le plan légal et psychiatrique durant la période coloniale, la Tunisie a finalement organisé son dispositif de soin psychiatrique des délinquants de manière tout à fait différente.

Comparer ces quelques exemples nous a permis d'illustrer autrement l'importance de la dynamique culturelle qui vient sous-tendre la place de la psychiatrie pénitentiaire en France, au même titre que dans les autres pays d'ailleurs, et qui ne peut être réduite à un cadre législatif et sanitaire. Une dynamique culturelle qui change d'un temps à un autre et d'un lieu à un autre, expliquant ainsi l'évolutivité de la place de la psychiatrie carcérale française. À ce stade cependant, nous ne nous expliquons toujours pas pourquoi cette place a pris un tel caractère transversal. Pour cela, il nous faut parvenir à qualifier cette dynamique culturelle qui sous-tend ce dispositif institutionnel si particulier. C'est dans cet objectif que nous abordons à présent le concept d'acculturation.

b. Une acculturation réciproque

Nous définissons ici l'acculturation comme « *l'ensemble des processus qui se produisent lorsque deux cultures se trouvent en contact et agissent et réagissent l'une sur l'autre* » [34]. Ce terme clef est employé par l'historien Marc Renneville dans un article publié en 2004 intitulé *Psychiatrie et prison : une histoire parallèle* [35]. Il y développe : « *ce processus d'acculturation du psychiatrique et du juridicopénitentiaire* » [35], et illustre son propos par un rappel historique dans lequel

il souligne les étapes majeures qui ont marqué l'évolution des notions de crime et de folie. Dans cet article, Renneville développe en particulier une dimension de cette acculturation, celle que l'on peut appeler psychiatisation juridico-pénitentiaire ou encore pathologisation du crime. Autrement dit, comment la culture psychiatrique s'est progressivement insinuée dans la culture judiciaire et carcérale. Cependant, s'il existe bien une acculturation du psychiatrique vers le juridico-pénitentiaire, la réciproque se soutient également. Autrement dit, une acculturation dans le sens d'une judiciarisation et une carcéralisation de la psychiatrie. Nous allons à présent développer ces différentes dimensions composant ce phénomène.

b.1. La psychiatisation juridico-pénitentiaire

Comme le rappelle Renneville, de la naissance de la psychiatrie et de la prison après la Révolution française jusqu'au début du XIX^{ème} siècle, le crime et la folie font l'objet d'une distinction radicale : « *le crime et la folie ne se recoupent pas. Ils forment deux ensembles clos sans intersection possible. Si un aliéné commet une transgression, il reste un aliéné. L'addition de son acte et de son état n'en fait pas une figure singulière.* » [35]. Il estime que cette orientation initiale s'explique par l'ambition placée en ces institutions à leur création. Autrement dit, l'espérance placée en l'efficacité du traitement moral de la folie, d'une part, et du traitement moral du délinquant pour aboutir à son amendement, d'autre part. Cependant, comme en témoigne la situation actuelle : « *La frontière entre crime et folie est devenue définitivement perméable* » [35], et Renneville identifie plusieurs causes à cela. Les premières circonstances pouvant expliquer ce rapprochement entre folie et crime se situent autour de la moitié du XIX^{ème} siècle. Comme cela reste le cas aujourd'hui,

l'opinion publique présente déjà à l'époque une tendance naturelle à convoquer la folie face à des crimes majeurs commis pour des motifs dérisoires. Les psychiatres, quant à eux, s'intéressent à la question criminelle depuis déjà bien longtemps, au moins depuis que la fonction d'expertise pénale leur a été attribuée. En conséquence, ces derniers suivent et alimentent cette tendance de l'opinion publique à associer crime et folie, en participant à l'élaboration d'une lecture scientifique du crime et du criminel :

« L'hypothèse d'une déraison meurtrière spécifique est avancée dans les années 1820, en réaction aux premières grandes affaires de crimes sans motifs et sur fond de débat sur l'abolition de la peine de mort. Baptisée « monomanie homicide » par les élèves de Pinel et d'Esquirol, cette déraison partielle et meurtrière va être durant toute la première moitié du XIXe siècle le cheval de Troie de la pathologisation du crime (...) Le milieu du XIXe siècle est aussi un moment charnière dans l'histoire des sciences de l'homme. La préhistoire et l'anthropologie physique se dotent d'institutions en empruntant leur méthode aux sciences de la nature. » [35].

Dans ce contexte, l'élément qui va catalyser le rapprochement entre crime et folie, va être le constat de l'efficacité bien moindre que prévue du traitement moral asilaire tout comme du traitement moral pénitentiaire : *« La population asilaire s'accroît, tout comme la population carcérale, et les deux institutions se voient confrontées à l'échec du pari thérapeutique ayant justifié leur naissance. Les aliénés comme les criminels récidivent. Le traitement moral de l'aliéné n'apparaît plus comme une panacée. L'amendement moral du criminel est loin d'être acquis. L'incurabilité du patient et l'incorrigibilité du criminel sont pointées. Cette période est marquée par les premières grandes critiques de l'asile et de la prison (...) il faut en finir avec l'asile et la prison et développer d'autres modes de prise en charge (...) La question de la récidive devient alors un problème dont la solution est renvoyée à l'anthropologie du récidiviste (...) La brèche ouverte par la monomanie homicide ne cesse alors de s'élargir pour*

constituer un territoire de l'entre-deux dans lequel on cherche à définir scientifiquement le délit du corps déviant. » [35]. Cette pathologisation du crime, ou tout du moins cette lecture médico-scientifique du crime, ouvre ainsi un mouvement d'acculturation entre la culture juridico-pénitentiaire et la culture psychiatrique. En toute logique, ce mouvement d'acculturation va influencer sur les deux disciplines frontières de ces deux cultures, l'expertise psychiatrique et la psychiatrie pénitentiaire. Comme le racontent Laurence Guignard et Hervé Guillemain dans leur texte *les fous en prison ?* [36], cette acculturation se traduit et se poursuit dans le champ de la Loi, d'abord par la notion de responsabilité atténuée, introduite par la Circulaire Chaumié de 1905 puis reprise dans le nouveau code pénal de 1994. La responsabilité atténuée incarne l'image, choisie par Renneville, d'une frontière entre crime et folie devenue perméable, pour la simple raison qu'elle rend accessible à une sanction pénale les personnes souffrant de troubles mentaux. Crime et folie perdent ainsi leur caractère exclusif d'un point de vue légal. Toujours sur le plan de la loi, un autre témoin d'acculturation est la place donnée à la psychiatrie dans le domaine législatif. Jusqu'ici, l'avis de la psychiatrie n'était demandé que dans le cadre de l'expertise. À présent, on observe que la psychiatrie est de plus en plus convoquée lorsque le législateur est amené à prendre des décisions en matière de justice pénale. En témoigne Corinne Erhel dans un chapitre de *Soigner et/ou punir* [37], dans lequel elle raconte son vécu de député ayant participé au débat parlementaire concernant la Loi sur la perpétuité réelle et comment la psychiatrie s'était alors vue attribuer une place de « *caution scientifique de la Loi* » [37].

Par ailleurs, un autre marqueur tangible de cette perméabilité entre les notions de crime et de folie est l'émergence et le recours croissant aux soins pénalement ordonnés. Comme l'exprime Jean-Luc Roelandt dans son article intitulé *Pour en finir avec la*

confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement [38], les injonctions de soin et autres obligations de soin incarnent une zone de chevauchement entre le domaine psychiatrique et le domaine judiciaire. Il s'agit purement et simplement de prises en charge médicales mais indiquées par une autorité judiciaire et non médicale ; une mesure qui, si elle est enfreinte, entraîne des conséquences d'un point de vue pénal et non d'un point de vue médical. On est donc bien ici dans un dispositif hybride entre culture psychiatrique et culture judiciaire.

Ainsi, avec ce décloisonnement des notions de crime et de folie, le mouvement d'acculturation est non seulement ouvert mais est également lancé dans une dynamique singulière. De façon caricaturale, lorsque crime et folie étaient strictement distincts, justice pénale et psychiatrie fonctionnaient en vase clos ; l'une sollicitant parfois l'avis de l'autre dans le cadre des expertises psychiatriques, mais leur domaine commun se limitant à cela. À présent qu'il existe une perméabilité entre les notions de crime et de folie, psychiatrie et justice pénale vont fonctionner en « *vases communicants* » [25], de telle sorte que la dynamique de l'une impactera la dynamique de l'autre. Cela aura inmanquablement des conséquences institutionnelles, en particulier en matière de psychiatrie pénitentiaire.

b.2. La carcéralisation de la psychiatrie

La psychiatrie en prison est donc prise dans une double dynamique, psychiatrique, d'une part, et juridico-pénitentiaire, d'autre part. Elle prend sa place entre les deux, où a lieu un phénomène d'acculturation via lequel ces deux dynamiques culturelles s'influencent réciproquement. Ce thème est abordé par Bérard et Chantraine dans un article publié en 2008, au titre évocateur : *La carcéralisation du soin psychiatrique* [39]. À la base de leur analyse, les auteurs décrivent un double constat. Depuis les années quatre-vingt, ils relèvent, d'une part, une augmentation de

la proportion de détenus souffrant de troubles psychiatriques, d'autre part, une diminution du nombre d'irresponsabilités pénales prononcées. Il est important de préciser que le but ici n'est pas de démontrer une relation causale entre ces deux phénomènes, mais d'illustrer le phénomène d'acculturation qui est à l'œuvre. La question de l'augmentation de la proportion de détenus souffrant de troubles psychiatriques étant complexe et multifactorielle, nous l'aborderons par la suite. Bérard et Chantraine cherchent donc ici à expliquer cette tendance à la responsabilisation du malade mental par « *une carcéralisation du soin psychiatrique* » [39], ou comme ils le disent autrement : « *si l'incarcération des malades mentaux (...) était devenue sans le dire un des piliers de l'usage de la prison* » [39]. Selon Bérard et Chantraine, cette transition tient initialement d'une « *double dynamique institutionnelle* » [39]. D'une part, il y a une dynamique d'ouverture de l'asile et de développement de la psychiatrie de secteur. La prise en charge des malades mentaux étant toujours plus tournée vers l'insertion dans la communauté, ces derniers souvent marginalisés se trouvent fréquemment confrontés à l'appareil judiciaire. D'autre part, il y a une dynamique d'accélération du fonctionnement de cet appareil judiciaire, avec une augmentation des procédures ultra-rapides de comparutions immédiates. La conséquence de ces deux tendances pourtant distinctes, est que les malades mentaux délinquants sont de plus en plus souvent jugés dans le cadre de ces procédures rapides, inadaptées pour la reconnaissance judiciaire de leurs troubles psychiatriques. Et, comme nous l'avons vu, la frontière entre crime et folie étant à présent perméable, les malades mentaux délinquants, au terme de ces procédures rapides, sont donc le plus souvent responsabilisés ou responsabilisés atténués, et donc incarcérés. Cette dynamique s'accroît encore lorsque ce statut de responsabilité atténuée dévie de sa fonction initiale d'être associé à une peine modérée, car : « *Sombre ironie du dispositif : dans la pratique, jugées à la fois coupables, folles et*

dangereuses, les personnes dont on a reconnu l'altération du discernement voient leurs condamnations souvent alourdies. » [39]. Cette double dynamique aboutit donc à une augmentation du nombre d'incarcération de malades mentaux, auxquels on attribue des peines plus longues, aboutissant donc à un effet de sédimentation ne faisant qu'accentuer la proportion de personnes présentant des troubles mentaux en prison. La conséquence directe est une augmentation de la demande de soins psychiatriques en prison et, afin d'y répondre, le dispositif de soin s'étoffe toujours plus. Selon Bérard et Chantraine, ce développement du dispositif de soin psychiatrique en prison produit un ultime effet en retour, celui d'augmenter le nombre d'incarcérations de malades mentaux avec la particularité que le jugement, en plus de prononcer l'incarcération, précise la nécessité de soins psychiatriques adaptés. Autrement dit, de légitimer la responsabilisation du malade mental du fait de la carcéralisation du soin psychiatrique.

Cette ultime étape signe définitivement l'acculturation qui s'est produite d'abord entre folie et crime, puis, à terme, entre soin psychiatrique et décision judiciaire. Car avec la psychiatrisation juridico-pénitentiaire, une première étape a été franchie, celle de responsabiliser une personne présentant des troubles psychiatriques. Cela bouleverse certes le paradigme d'origine selon lequel le fou ne peut pas être jugé responsable de son crime, mais sans pour autant altérer la nature du processus judiciaire, ni la nature de la responsabilité pénale. Avec la carcéralisation du soin psychiatrique, une toute autre étape est franchie puisque cela influe sur le processus de jugement et l'évaluation de la responsabilité pénale. Autrement dit, l'institution d'un dispositif de soin psychiatrique en prison figure parmi les éléments pondérant la décision du juge quant à la responsabilisation ou non du délinquant malade mental.

Bérard et Chantraine dépeignent donc ici une analyse franchement en faveur de l'hypothèse de « *la redistribution partielle de l'enfermement psychiatrique vers*

l'enfermement carcéral » [39] ; un point de vue que nuancent la plupart des auteurs pour expliquer la proportion croissante de malades mentaux incarcérés mais nous y reviendrons plus tard. Cela nous permet cependant d'illustrer le phénomène d'acculturation que nous étudions ici. En effet, nous voyons bien ici comment culture judiciaire et culture psychiatrique se répondent mutuellement en une dynamique complexe, et comment la psychiatrie pénitentiaire se retrouve placée au cœur de cette dynamique d'acculturation.

Pour reprendre de manière concise et schématique, la psychiatrie pénitentiaire est donc prise dans une double dynamique, psychiatrique, d'une part, et juridico-pénitentiaire, d'autre part. Elle prend sa place entre ces deux dynamiques, où se déroule un phénomène d'acculturation via lequel ces deux dynamiques culturelles s'influencent réciproquement. Ou comme le dit de façon plus métaphorique le psychiatre suisse Bruno Gravier pour introduire son article *Le psychiatre, le juge et la peine* : « *La psychiatrie en milieu pénitentiaire est à la croisée des chemins* » [40]. C'est cette disposition qui donne son caractère transversal à la psychiatrie pénitentiaire, un peu de la même manière que la tectonique des plaques en profondeur vient créer un nouveau paysage hybride en surface.

Même si notre raisonnement a été jusqu'ici très théorique, faire le constat d'une telle dynamique sous-tendant la place de la psychiatrie en prison, dépasse la simple originalité institutionnelle. Les conséquences d'une telle transversalité ne sont pas qu'organisationnelles, elles ne s'arrêtent pas à la porte de la consultation. Cette transversalité dessine en effet, les spécificités de la psychiatrie pénitentiaire dans sa pratique, peut-être même dans sa clinique. C'est l'objet de notre seconde partie.

LES SPÉCIFICITÉS DE LA PSYCHIATRIE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

A. Préambule

Pour rappel, afin de mieux cerner la place particulière de la psychiatrie en prison en France, nous avons souhaité répondre à la problématique suivante : Comment et pourquoi la psychiatrie s'est-elle implantée en prison ? Comme nous le développons en introduction, cette problématique a de multiples dimensions. En effet, cette problématique interroge, d'une part, la place de la psychiatrie en prison dans sa dynamique à travers le temps ; dit plus simplement, elle soulève la question de comment la psychiatrie en est venue à intervenir en prison. D'autre part, cette problématique interroge la place de la psychiatrie en prison dans le sens organisationnel et institutionnel ; autrement dit, de quelle manière la psychiatrie s'est implantée en prison.

Notre réflexion, prenant pour support l'histoire de la psychiatrie et de la prison, nous a permis de mieux saisir pourquoi la psychiatrie pénitentiaire française présentait l'originalité d'être implantée au sein de la prison et comment ce dispositif de soin psychiatrique pénitentiaire avait depuis perpétuellement évolué. Plus précisément, nous avons pu voir comment, sous l'influence d'une double dynamique culturelle psychiatrique et juridico-pénitentiaire, la psychiatrie pénitentiaire française occupait une zone frontière d'acculturation entre ces 2 dynamiques, lui donnant son caractère transversal. Cette transversalité s'incarne dans la façon dont s'organise le dispositif de soin psychiatrique pénitentiaire, la façon dont il évolue dans sa forme, mais pas seulement. Cette transversalité résonne également sur la discipline qu'est la psychiatrie

pénitentiaire, tant au niveau pratique et clinique, qu'au niveau déontologique et éthique.

En témoignent les auteurs sur lesquels nous allons nous appuyer dans cette partie, pour la plupart eux-mêmes psychiatres en milieu pénitentiaire, la psychiatrie en prison ne peut être réduite à une simple transposition de la pratique de la psychiatrie générale en détention. Dans ce second chapitre nous aborderons les points qui constituent les spécificités fondamentales de la psychiatrie en milieu pénitentiaire. Dans un second temps, nous développerons plus particulièrement la question d'une spécificité clinique de la psychiatrie en prison.

B. Les spécificités fondamentales

Par le terme fondamental, nous entendons ici les spécificités qui ont un caractère essentiel et déterminant, celles qui concernent les bases de la psychiatrie pénitentiaire. Nous développerons ici deux de ces fondements. Tout d'abord les spécificités inhérentes au lieu qu'est la prison et à sa temporalité, puis les spécificités relationnelles, tant concernant la relation entre professionnels de soin psychiatrique et autres professionnels intervenant en prison, que la relation soignant-patient.

1. La psychiatrie dans l'espace-temps de la prison

a. La souffrance psychique générée par les contraintes carcérales

Dans un article publié en 2018 intitulé *Clinique de l'espace et du temps en prison* [41], Giravalli et Sirere, deux psychiatres de l'UHSA à Marseille, décrivent comment le

contexte carcéral génère, d'une part, de la souffrance psychique pour ne pas dire de la psychopathologie et, d'autre part, comment ce contexte impacte le pratique du soin en prison. Les auteurs décrivent ainsi la prison comme « *un contexte où les contraintes de temps et d'espace sont maximales* » [41].

En ce qui concerne la dimension d'espace en prison tout d'abord, elle est décrite comme un espace de compression, « *une mosaïque composée de pleins et de vides : plein des cellules et vide des couloirs et de coursives.* » [41]. À cette compression physique vient s'ajouter une compression psychique : « *Dans cet espace subi, où l'autre fait intrusion à tout moment, l'œilleton suggère ce regard permanent auquel on ne peut se soustraire. C'est un espace angoissant où domine le sentiment d'être pris au piège. N'est-on pas là dans un contexte expérimental de persécution ? (...) Le peu de mobilité que permet cet espace figé, à la fois réduit et contraint, contribue à rendre plus pesant l'éprouvé d'un temps immobile.* » [41]. Dans cet espace contraint, le détenu n'a d'autre espace à intégrer, pas d'autre échappatoire, que son propre corps : « *le réduire à un corps étranger jusqu'à la somatisation, à laisser émerger l'angoisse comme fuite psychologique en lieu et place de toute fuite physique impossible, à mettre en scène son corps comme support de la plainte jusqu'à l'automutilation (...) ou bien encore à tenter d'élargir cet espace réduit par le mouvement (faire les 100 pas) jusqu'au passage à l'acte, qui peut être interprété alors comme le seul moyen d'augmenter l'espace occupé, ou bien encore à disparaître en tant que sujet autonome pour ne plus faire qu'un avec l'espace envahissant jusqu'à la persécution...* » [41]. Un corps dont le détenu ne dispose d'ailleurs pas totalement puisque la contrainte s'y exerce aussi : « *la perte d'intimité corporelle, la surveillance constante des surveillants (jusqu'à la « fouille à corps ») et celle des codétenus dans la promiscuité du quotidien de la*

cellule. (...) Ce corps mis à nu devient donc objet de surveillance, de suspicion et lieu de manifestations de l'angoisse de l'enfermement (somatisations). » [41].

Le détenu dépossédé de son espace, y compris d'une part de son propre corps, est également dépossédé de la dimension de temps : « *du temps synchronique (l'emploi du temps quotidien est régi par l'organisation pénitentiaire). (...) du temps diachronique (la durée de l'incération dépend du temps judiciaire, sur lequel ni l'individu ni le système pénitentiaire n'ont de prise). Cette double dépossession fait émerger un temps éprouvé très particulier : c'est un temps subi, immobile, un temps de l'attente.* » [41]. Dans cette attente contrainte que le temps figé finisse par s'écouler, le détenu n'a guère d'alternative. Certains cherchent à ignorer ce temps figé, ce qui se manifeste par un repli sur soi jusqu'à la dépression, d'autres cherchent à l'annuler via la consommation de psychotropes légaux et illégaux jusqu'à la toxicomanie. D'autres encore cherchent à reprendre possession de ce temps, en le mesurant et le ritualisant jusqu'à l'obsession. D'autres enfin cherchent à remplir ce temps vide en étant toujours en mouvement, en démultipliant les activités.

La psychiatrie carcérale se pratique malgré et avec ces contraintes spatio-temporelles de la prison et leurs effets sur le psychisme et le comportement des détenus. En effet : « *Dans ce temps figé, dans cette dépossession corporelle et psychique, chaque détenu essaie, avec ses armes psychiques, de retrouver un certain équilibre du flux temporel pour continuer à exister comme sujet autonome et libre. Il s'agit d'une tentative plus ou moins maladroite et pathologique, de se réapproprier un rythme à soi une existence propre, et donc de se créer un « espace de liberté ».* » [41]. L'équipe soignante pénitentiaire doit non seulement en tenir compte dans la façon dont elle pratique le soin, mais elle fait également parfois l'objet de ces tentatives maladroites ou pathologiques de recréation d'un espace de liberté de la part des détenus. En effet,

l'équipe soignante à la tâche de penser et créer un espace de soin qui se doit d'être repensé et renouvelé sans cesse pour un même patient et d'un patient à un autre. La raison de cette nécessité est que la pratique soignante sera prise sans cesse entre cette dynamique du détenu cherchant à se réapproprier un espace de liberté, et certaines contraintes spatio-temporelles de l'incarcération qui sont incompressibles puisqu'elles constituent la peine et donc la raison d'être de la prison. L'exercice soignant en prison est ainsi en tension et doit pouvoir créer un espace assurant sa fonction de soin et compatible avec les contraintes spatio-temporelles carcérales. Les exemples de pratiques quotidiennes qui illustrent cette complexité sont nombreux. Giravalli et Sirere prennent l'exemple simple et banal de fixer un rendez-vous médical avec le détenu. Cela peut être vécu par le détenu comme une réappropriation de son temps et de son espace puisqu'il dispose ainsi de la liberté de se présenter ou non à son rendez-vous, ou encore de pouvoir sortir de sa cellule pour s'y rendre hors des périodes prévues par l'administration pénitentiaire. Cette dernière n'est d'ailleurs pas insensible à cette espace de soin que le patient peut investir. Il n'est pas rare que certaines demandes de soin de détenus soient interprétées par l'administration pénitentiaire comme de la simulation dans le but d'obtenir un espace de liberté, ou que certaines décisions de l'équipe soignantes soient interprétées comme parties prenantes envers le détenu et entraves à l'administration pénitentiaire. Cela peut sembler insignifiant lorsqu'on prend le simple exemple d'une consultation, mais cela peut devenir un véritable casse-tête institutionnel lorsque les enjeux sont plus importants. Par exemple lorsque l'administration pénitentiaire suspecte l'équipe soignante de détenir une information sensible couverte par le secret médical, ou encore lorsque que le médecin atteste d'une contre-indication au maintien d'un détenu en quartier disciplinaire, mesure correctionnelle mise en place par l'administration pénitentiaire en cas d'écart de comportement de la part d'un détenu.

Nous faisons donc ici un double constat. D'une part, le dispositif de soin psychiatrique pénitentiaire a pour mission la prévention, le diagnostic et la prise en charge des troubles psychiatriques en prison, dont une partie est générée par les contraintes temporo-spatiales carcérales elles-mêmes. D'autre part, cette mission de soin doit être réalisée de façon compatible avec ces contraintes pathogènes. Ce double constat, quelque peu paradoxal, traduit une réalité élémentaire, la prison n'est pas un lieu dont la fonction est le soin et pourtant, le soin y est bien présent. Cela vient interroger la question de la compatibilité entre la fonction de soin et la fonction pénitentiaire, en particulier les aménagements nécessaires à cette compatibilité.

b. L'hospitalité du soin psychiatrique dans un lieu inhospitalier

L'histoire de la prison et de la psychiatrie en France, nous a permis de comprendre un peu mieux pourquoi le soin psychiatrique s'est implanté en prison. Il s'y est implanté en réponse à des demandes et des attentes réciproques du juridico-pénitentiaire et de la psychiatrie. L'analyse de ces attentes et demandes réciproques nous a permis par ailleurs de comprendre que psychiatrie et prison ont besoin de collaborer pour assurer leurs fonctions. Cependant, et pour plusieurs raisons, la prison peut sembler un lieu hostile pour le soin psychiatrique. Comme nous l'avons décrit précédemment, on peut déjà percevoir un certain antagonisme dans le fait que la prison génère une part de psychopathologie chez les détenus et que l'équipe soignante pénitentiaire ait pour mission de prendre en charge cette psychopathologie en composant avec les contraintes carcérales qui la génèrent. En d'autres termes et de façon très caricaturale, cela reviendrait à demander à un allergologue de soigner une allergie sans qu'il puisse procéder à l'éviction de l'allergène.

D'un point de vue beaucoup plus général, la prison peut, par ailleurs, sembler un lieu hostile au soin psychiatrique car les professionnels de la santé n'ont pas pour habitude de devoir se soumettre à une institution autre que sanitaire. Hors-mis certaines exceptions telles que la médecine militaire, la fonction de soin est une fin en soi lorsqu'elle est pratiquée en milieu hospitalier ou en libéral. Les professionnels doivent certes se conformer à un cadre administratif, légal, éthique et déontologique, mais leur pratique ne s'intègre que dans un référentiel sanitaire. En prison, ce même référentiel sanitaire est inclus au sein du référentiel juridico-pénitentiaire. Betty Brahmy, dans un chapitre de son *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire* [42], rappelle ce cadre de travail pour l'équipe soignante pénitentiaire : *« il faut rappeler que nous travaillons dans une prison et non dans un hôpital même si nous appartenons à un hôpital et que nous faisons partie d'une équipe hospitalière (...) Ceci se « traduit » concrètement par le fait que nous ne sommes pas « chez nous » mais que nous sommes, même dans les locaux de soins, hébergés par l'administration pénitentiaire. (...) Ceci implique de trouver en permanence la juste position vis-à-vis de l'administration pénitentiaire : ni isolement, ni complicité mais une collaboration où chaque fonction est respectée (...) la « culture sanitaire » n'a rien à voir avec « la culture pénitentiaire ». Or elles sont obligées de cohabiter au quotidien et chacun doit apprendre à travailler en respectant la pratique professionnelle et culturelle de l'autre. »* [42]. De ce constat élémentaire, elle décrit les conséquences en termes de pratique du soin psychiatrique en prison, en particulier le fait de fixer pour objectif la bonne entente entre personnel soignant et personnel pénitentiaire : *« Lorsque l'équipe de psychiatrie est reconnue par la pénitentiaire (direction comme surveillant) tout va bien. Ceci doit constituer un des objectifs de l'équipe psychiatrique intervenant en prison. Il peut cependant arriver que les relations soient difficiles et que la pratique*

soignante se heurte à des difficultés voir des obstacles. Il est alors indispensable de renouer le dialogue » [42].

Maintenir ce dialogue, ce respect mutuel, malgré l'écart « culturel » entre professionnels soignants et professionnels pénitentiaires est donc un travail considérable. Il est d'autant plus difficile d'entretenir cette tolérance mutuelle que certaines notions fondamentales s'avèrent distinctes d'un référentiel à l'autre. La question de temporalité est particulièrement intéressante non seulement pour comprendre cet écart entre culture sanitaire et culture pénitentiaire mais également pour penser le soin psychiatrique en prison. En effet, il existe une différence entre la temporalité du soin et la temporalité de la peine comme l'expliquent Durant-Poudret et Savin dans un chapitre du célèbre *Soigner et/ou Punir* [43]. Comme ils le décrivent simplement, le temps du traitement psychiatrique n'est pas superposable au temps de la peine, ou devrions-nous dire « aux » temps de la peine. Pourtant, fréquentes sont les occasions de confusion entre ce temps du soin et le temps pénal. Pour exemple, le début et la fin de la prise en charge psychiatrique peuvent souvent être perçus comme superposables au début et à la fin de l'incarcération, tout particulièrement pour les troubles psychiques secondaires aux conditions contraignantes de détention que nous évoquions précédemment ; ce qui reviendrait à penser que ces troubles naissent et durent le temps de l'incarcération puis disparaissent à la libération. Pourtant, et les équipes soignantes pénitentiaires le savent bien, il y a un continuum entre ce que le patient était avant son incarceration, les troubles qui se démasquent ou s'exacerbent à la faveur des conditions contraignantes de détention et les « séquelles » que le patient est susceptible de garder après sa libération. Il s'agit là d'une notion clef et une part notable de l'effort de soin psychiatrique en prison. Car c'est en (r)établissant ce continuum entre l'avant, le pendant et l'après détention que le patient-détenu aura

l'opportunité, d'une part, de réinterroger les circonstances de son crime et peut-être de procéder à des changements à sa libération ; et, d'autre part, c'est en remettant en histoire son séjour en détention que le détenu se créera une occasion de « défiger » le temps carcéral, dont l'immobilité est source de souffrance. Si entretenir ce continuum est donc important du point de vue soignant, la temporalité pénale fonctionne autrement. Même si le système pénal évolue et tend à ne plus réduire l'individu à un simple acte à juger et sanctionner, la temporalité de la peine ne prend pas en compte le détenu dans un continuum. Au contraire, la temporalité de la peine constitue plutôt une succession de moments marquants qui font fracture dans l'histoire de l'individu. Sans entrer dans le foisonnement de détails des diverses possibilités de parcours judiciaires, toute personne incarcérée traverse plusieurs phases de jugements mais également la mise sous écrou, les changements de quartiers au sein d'une même prison, les changements de cellules, les changements d'établissements pénitentiaires et bien d'autres encore jusqu'à la libération. Chacun de ces moments marquants, qui jalonnent le parcours juridico-pénitentiaire du détenu, chamboulent donc le continuum que cherche à cultiver l'équipe soignante psychiatrique pénitentiaire. Nous venons de décrire en quoi cette différence de temporalité, entre le soin et le pénal, se joue sur un plan théorique. Cette différence de temporalité peut parfois s'incarner en pratique. Il n'est pas rare, par exemple, qu'un détenu soit transféré ou libéré à l'issue d'un jugement sans que l'équipe soignante n'ait été informée et ait pu préparer cette étape au préalable avec le patient-détenu. Il est donc facile de s'imaginer en quoi cette différence de temporalité, entre peine et soin, participe à la difficile collaboration pourtant nécessaire entre professionnels de santé et professionnels pénitentiaires.

Comme nous l'évoquions en début de chapitre, le cadre de la prison vient inmanquablement influencer la manière dont le patient va investir le soin. Nous avons

ensuite abordé l'écart culturel qui pouvait exister entre la fonction pénitentiaire et la fonction de soin, en particulier en matière de temporalité. Afin de poursuivre dans la continuité de ce thème, nous allons à présent traiter plus particulièrement les spécificités du partenariat entre les différents professionnels intervenant en prison d'une part, et ,d'autre part, les spécificités de la pratique psychiatrique en prison.

2. Le partenariat entre les différentes professions liées à la prison

De nombreux acteurs interviennent auprès des personnes faisant l'objet d'une incarcération. Schématiquement, on peut catégoriser ces intervenants de la façon suivante :

-les professionnels judiciaires.

-les professionnels pénitentiaires.

-les professionnels soignants.

-les autres intervenants (assistant social, enseignant, éducateur, visiteurs de prisons, représentant de culte religieux, intervenants associatifs divers...).

Au sein de la prison, ces différents types d'intervenants entretiennent des relations de partenariat complexes, d'autant plus complexes que chaque catégorie professionnelle ne constitue évidemment pas un groupe homogène. Parmi les professionnels judiciaires, on pense bien sûr d'abord aux magistrats mais il y a également le service de greffe judiciaire ou encore les médecins mandatés comme expert. La profession pénitentiaire, quant à elle, comprend les différents grades de surveillants mais également le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), ainsi que les

différentes professions rattachées à la direction d'établissement pénitentiaire. Les soignants intervenant en prison sont également variés. Il y a les médecins de différentes spécialités, les infirmiers, les psychologues, etc. Chacune de ces professions est impactée par le cadre carcéral, d'abord à l'échelle du professionnel, de l'individu. L'environnement de la détention, contraignant parfois violent et très souvent précaire, rend ces métiers difficiles et délétères pour ceux qui les pratiquent. C'est particulièrement le cas pour les professions dont l'exercice est exclusivement intra-carcéral, comme en témoigne l'article de Devaud et al., *Conditions et environnement de travail des professionnels en prison : comparaison entre soignants et surveillants* [44]. Ce contexte n'est pas sans conséquence sur les relations de partenariat que doivent entretenir les différents professionnels intervenant auprès du détenu. En effet, cette mise sous tension individuelle quotidienne va venir faire pression sur les points de clivage préexistants entre les différentes professions, rendant encore plus complexe la difficile mission d'entretien d'un bon partenariat entre chacun.

L'ambiance étant placée, nous allons à présent développer ces spécificités du partenariat entre les professionnels soignants et les autres professions, mais également les spécificités du partenariat des professionnels soignants entre eux.

a. Partenariat entre les professionnels pénitentiaires et les professionnels soignants

Il n'est pas superflu de rappeler d'abord un axiome élémentaire. L'équipe soignante en prison ne peut effectuer son travail sans l'administration pénitentiaire. Comme le décrit Betty Brahmy dans son *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire* [45], l'équipe soignante, pour faire son travail en prison, a quotidiennement besoin des différents corps de métier qui constituent l'administration

pénitentiaire. En effet, aucun changement organisationnel et dans le fonctionnement de l'équipe de soin ne peut s'effectuer sans l'aval de la direction de l'établissement pénitentiaire. Mais encore, dans la pratique quotidienne, l'équipe de soin aura nécessairement besoin du personnel de surveillance tant pour assurer sa sécurité que pour la mise en place d'aménagements particuliers pour raison sanitaire. De même, le SPIP constitue un partenaire essentiel de l'équipe de soin tant durant l'incarcération que dans le cadre de la préparation de la sortie. Un partenariat est donc indispensable entre équipe de soin et administration pénitentiaire mais la complémentarité, nécessaire à cette collaboration, ne s'avère pas spontanée. Ce thème semble cher à la psychologue Delphine Garay puisqu'elle le développe à deux reprises. Une première fois en tant qu'auteur d'un chapitre dédié à cette question dans le livre édité en 2012 *,Psychiatrie en milieu carcéral* [46], et une seconde fois comme co-auteur d'un article intitulé *Professionnels de la psychiatrie et de la pénitentiaire, le poids des représentations sociales : Penser une articulation sans collusion ni clivage* [47]. Garay rappelle tout d'abord la donne institutionnelle dans laquelle se placent professionnels pénitentiaires et soignants : « *Personnels pénitentiaires et professionnels de la santé sont issus de cultures professionnelles différentes et entretiennent entre eux des rapports complexes. La cohabitation au quotidien oblige les relations entre ces deux catégories de personnels qui développent des perceptions différentes des personnes détenues en fonction de leur champ de compétences et poursuivent auprès de cette population des objectifs différents. (...) Alors que les médecins doivent avoir pour souci prioritaire la santé de leur patient, le respect de son consentement et de son autonomie dans une optique tant curative que d'éducation à la santé, les personnels pénitentiaires, au premier rang desquels se trouvent les surveillants, ont pour mission d'assurer la surveillance des détenus présentant des degrés de dangerosité divers. (...) Les soignants sont étrangers à la prison mais ne peuvent exercer leur*

métier sans un minimum de coopération mutuelle. (...) Toute volonté de faire progresser la prise en charge passe par une large concertation, trop souvent bloquée par des logiques institutionnelles ou par la simple ignorance des modes de fonctionnement respectifs de chacun des acteurs. Le dénominateur commun est la perception du rôle du partenaire basée sur un système de représentations, de croyances, de convictions qui viennent alimenter des résistances. » [46].

Derrière ces résistances rendant difficile la complémentarité entre soignants et personnel pénitentiaire, il y aurait d'abord des « *Différences structurelles* » [47]. En effet, l'ensemble des professionnels de la pénitentiaire sont formés au sein de l'école nationale de l'administration pénitentiaire (ENAP) et partagent ainsi des références professionnelles communes. De plus, entre professionnels de la pénitentiaire, la place de chacun est clairement et hiérarchiquement définie. Ces deux composantes permettent aux professionnels de l'administration pénitentiaire d'avoir une perception claire du travail de leurs collègues, perception qu'ils n'ont pas vis-à-vis des soignants. Car les professionnels soignants, et en particulier en psychiatrie, ont un fonctionnement pluridisciplinaire. Une équipe peut être composée, suivant les moyens, de psychiatres, psychologues, infirmiers, éducateurs, assistants sociaux. Ils sont chacun issus de formations différentes et ne partagent pas nécessairement les mêmes références. À cela s'ajoute une hiérarchisation elle aussi plus complexe. Le médecin psychiatre par exemple, doit être porteur du projet de soin et doit fédérer l'équipe autour de ce projet mais n'a pas une position d'autorité hiérarchique sur ses collègues. Garay résume cela en termes de dynamique : « *l'administration pénitentiaire pourrait être définie par une dynamique de type centrifuge (partant d'un noyau « cohérent » tendant -ou non- vers l'extérieur) alors que les professionnels de la psychiatrie partent d'une autre dynamique de type centripète (visant le partage d'un référentiel commun entre ses membres).* » [47].

Personnels soignants et pénitentiaires ont donc des dynamiques professionnelles distinctes et difficiles à synchroniser, ce à quoi s'ajoute le poids des représentations sociales, ces images étroites et stéréotypées que les uns se font des autres : « *Deux logiques s'affrontent : la sécurité et le soin. Les personnels pénitentiaires ont des représentations et attentes toutes puissantes à l'égard des professionnels de la psychiatrie, tandis que les soignants ont des représentations dans le tout sécuritaire vis-à-vis de l'administration pénitentiaire.* » [47]. Ces représentations peuvent donc avoir comme première conséquence de majorer le clivage entre personnel pénitentiaire et soignant. Elles peuvent également conduire à certains égarements. En effet, il n'est pas rare que l'équipe pénitentiaire sollicite l'équipe soignante comme « *outil de gestion de la détention pour apaiser certaines tensions* » [47], une intervention « magique » du soignant pour apaiser les situations de crise. Face à cette demande, deux cas de figure sont possibles. Dans un premier cas, le soignant accède pleinement à cette demande et use de sa fonction pour apaiser l'ambiance carcérale. Certes, il y aura alors eu une forme de complémentarité entre le soin et la pénitentiaire mais au prix d'une dénaturation de la fonction première du soignant. Cette fonction première est de soigner l'individu au sens de diminuer ses troubles et améliorer sa qualité de vie. Rendre l'individu compatible avec la détention ne doit rester qu'un bénéfice secondaire à cet objectif principal de soin et en aucun cas devenir l'objectif principal de soin. Dans un second cas de figure, beaucoup plus direct en termes de cause à effet, le soignant peut se refuser à répondre à la demande de l'équipe pénitentiaire, en tout cas telle qu'elle est adressée. Cela aura inmanquablement pour conséquence d'altérer l'entente entre équipe soignante et équipe pénitentiaire voire, dans le pire des cas, de conforter la représentation de « partenaire ennemi » que la pénitentiaire peut se faire de l'équipe soignante. Afin qu'il n'y ait aucune méprise, il est nécessaire de préciser que l'équipe soignante ne manque pas d'adresser elle-aussi certaines demandes qui

dénaturent la fonction de l'équipe pénitentiaire. C'est par exemple le cas lorsqu'elle demande au personnel pénitentiaire d'assurer une surveillance plus spécifique d'un détenu pour raison de santé somatique ou psychique, un type de surveillance pour laquelle le personnel pénitentiaire n'est pas formé.

Un autre point qu'il est nécessaire d'aborder, concernant le partenariat entre personnel pénitentiaire et personnel soignant, est l'objet commun qui lie ces deux professions à savoir le patient-détenu ou détenu-patient suivant le point de vue. Ce patient-détenu, qui rend indispensable cette collaboration professionnelle pourtant si difficile entre l'équipe soignante et l'équipe pénitentiaire, fait lui aussi l'objet de représentations sociales divergentes entre ces deux groupes de professions. Là où l'équipe pénitentiaire verra par exemple un psychopathe manipulateur et fauteur de troubles nécessitant une approche correctionnelle accrue, l'équipe soignante verra peut-être un trouble de l'attachement sévère nécessitant au contraire un cadre thérapeutique adaptatif, étayant et sécurisant. Mais encore, là où l'équipe pénitentiaire verra un trafiquant de stupéfiant incorrigible, l'équipe soignante verra peut-être une problématique addictive à soigner afin d'espérer secondairement l'arrêt des trafics. Dans un exemple comme dans l'autre, on peut facilement comprendre comment le patient-détenu peut lui aussi devenir un objet de clivage, du fait de ces représentations sociales divergentes, s'il ne s'établit un espace commun entre les deux professions.

C'est afin de réduire ces différences structurelles et ces différences de représentations sociales, qui divisent professionnels pénitentiaires et professionnels de santé, qu'une articulation est nécessaire. Une démarche visant à « *la compréhension de la logique de l'autre, le rôle de chacun, ses enjeux, mais également ses limites. La question de la position professionnelle et du cadre à construire et à entretenir est essentielle. Elle suppose, pour être élaborée, des espaces d'échanges, de confrontations et de réflexions qui manquent le plus souvent* » [47]. Apparaît ainsi en 2006 la commission

pluridisciplinaire unique (CPU) via les recommandations du comité des Ministres du Conseil de l'Europe. Cette commission vise à optimiser la prise en charge pluridisciplinaire des détenus. Elle est présidée par le chef d'établissement, ou son représentant, et comprend des représentants du service pénitentiaire d'insertion et de probation, des responsables des secteurs de la détention, des acteurs de la formation, du travail, de l'enseignement, et des représentants des équipes soignantes. Le point d'ancrage de la CPU s'axe au niveau du quartier arrivant dans lequel l'objectif est d'étudier le cas de chaque détenu durant son parcours initial en détention et de formaliser un bilan individualisé exposé durant la CPU et permettant au chef d'établissement de fixer les premières orientations quant au reste du parcours d'exécution de la peine. Si en théorie la CPU peut sembler un dispositif suffisant pour favoriser l'articulation entre les différents professionnels intervenant auprès du détenu, Garay fait état d'une réalité plus mitigée: « *Dans la réalité composite des établissements pénitentiaires, il existe autant de déclinaisons de la CPU que de structures (...) La CPU peut ainsi être le prolongement formalisé de ce qui était à l'œuvre et conforter les fonctionnements ou devenir le théâtre de problématique de la structure, d'enjeux de pouvoir dans une polyphonie des discours. (...) une asymétrie peut alors présider aux échanges qui ne sont pas dénués de présupposés et de représentations concernant les acteurs réunis.* » [46]. Par exemple, en ce qui concerne plus particulièrement les rapports entre équipe psychiatrique et équipe pénitentiaire durant la CPU, on retrouve fréquemment une demande paradoxale à l'adresse de l'équipe soignante: « *Pour l'administration pénitentiaire, les discours « psy » et médical sont envisagés comme faisant autorité et vont de facto impacter sur les fonctionnements. Cependant et paradoxalement, si l'administration est en attente d'éclairages pour orienter ses décisions, leurs portées peuvent être vécues comme une ingérence dans la détention.* » [46]. Un autre point essentiel et inflexible, limitant une

totale inter-disciplinarité lors de la CPU, est le secret professionnel. En effet, chaque professionnel est soumis à son propre secret et le secret médical est stricte sur le fait qu'il ne doit être partagé qu'au sein de l'équipe soignante. Dans ce cadre, la CPU peut parfois être un lieu de frustration pour l'administration pénitentiaire. C'est particulièrement le cas lorsque cette dernière pense que l'équipe soignante garde secrète des informations sur le patient-détenu pouvant s'avérer utiles à l'exercice de la fonction pénitentiaire. Mais nous reviendrons plus en détail sur la question du secret médical en détention dans une partie dédiée. De manière plus globale, Garay décrit que la mise en place de la CPU comme une avancée partielle dans l'articulation et la réorganisation des champs professionnels au sein de la prison. En effet, selon elle : « *Les professionnels n'ont pas attendu le cadre de la CPU pour partager et communiquer, l'échange d'informations à tous niveaux est quotidien et inévitable avec le plus souvent une circulation de la communication dans temps plus informels* » [46]. Si la CPU n'est donc pas une révolution en termes d'échanges d'informations au sein de la prison, elle a tout de même eu pour effet « *d'introduire le débat et la contradiction en prison et de sortir les personnels pénitentiaires et partenaires de leur camp retranché* » [46]. Car, selon Garay, même si ce n'est pas encore le cas actuellement, il faudrait que ces rencontres interdisciplinaires tendent à devenir un « *espace d'interconnaissance* » [46]. Un espace qui permettrait aux différents acteurs de connaître suffisamment bien comment fonctionnent et ce que proposent les autres, comprendre leur logique, les enjeux de leurs missions, mais aussi leurs limites, afin que chacun puisse être à sa place. L'enjeu d'une telle interconnaissance entre les intervenants serait d'abord l'élaboration de représentations non plus clivantes mais partagées entre les différents professionnels. Cela contribuerait secondairement à une redéfinition des pratiques et, dans un idéal, permettrait à terme une complémentarité entre les différentes professions pour une meilleure prise en charge du détenu.

Bien que l'administration pénitentiaire soit le principal partenaire avec lequel l'équipe soignante carcérale doit travailler, il n'est pas le seul. Les soignants en prison sont en relation avec un second type d'intervenant, les professionnels judiciaires.

b. Partenariat entre les professionnels judiciaires et les professionnels soignants

Un peu comme en médecine, chaque règle et principe en justice s'accompagne de multiples exceptions et autres cas particuliers, faisant du champ judiciaire un univers vaste et très complexe. Les soignants de la psychiatrie en milieu carcéral se doivent d'acquérir un minimum de connaissances dans le domaine judiciaire afin de comprendre, ne serait-ce qu'en partie, son langage et son fonctionnement. La première raison à cela est que les professionnels soignants en prison vont « suivre » des patients-détenus. Si nous faisons ici volontairement le choix du mot trivial « suivre » pour dire « prendre en charge », c'est bien parce que le soignant se doit de suivre autant que possible ce qui constitue le contexte de la problématique de son patient. Et, en l'occurrence, le contexte de tout patient-détenu comprend au moins deux composantes : les contraintes de l'incarcération et le parcours dans le système judiciaire. Car l'incarcération n'est pas une fin en soi d'un point de vue judiciaire, ce n'est qu'une étape d'un parcours commençant avant l'incarcération et se poursuivant bien souvent après. Suivant l'infraction commise, certains individus peuvent être incarcérés le temps qu'enquête soit faite. En langage judiciaire, ces individus sont en détention provisoire le temps de l'instruction. Pour toutes personnes incarcérées, il y a le temps du jugement lors duquel la peine est prononcée. Aux deux extrêmes, ce jugement peut être prononcé rapidement, après comparution immédiate par exemple, ou après une longue période de détention provisoire de plusieurs mois. Une fois

condamné à une peine de prison, le parcours du détenu continue de faire l'objet d'un suivi par la juridiction d'application des peines qui, comme son nom l'indique, a la tâche d'aménager la peine suivant l'évolution du détenu. Enfin, la peine de prison peut parfois se terminer à son terme sans autre type de peine qui lui succède, mais dans la plupart des cas le détenu sort de prison avec des peines très diverses (semi-liberté, liberté conditionnelle et autre suivi socio-judiciaire). C'est, là encore, à la juridiction d'application des peines que revient cette tâche de décider de l'après-incarcération. Le patient-détenu fait donc l'objet de ces différentes étapes judiciaires qui, comme on peut facilement se l'imaginer, sont souvent l'occasion de tourments psychiques. Chaque passage devant le juge est source d'appréhensions et d'inquiétudes, d'espoirs de dénouements souvent déçus et donc d'accablement. Autant d'éléments que le soignant doit comprendre pour justement comprendre l'état de son patient, mais pas seulement. Chacun des acteurs, qui jalonne le parcours judiciaire du détenu, sait que le soignant en prison, et particulièrement le psychiatre, peut être détenteur d'informations susceptibles d'être déterminantes dans le déroulement de la procédure judiciaire. Lorsque ces différents acteurs judiciaires s'adressent au soignant intervenant en prison, celui-ci doit donc non seulement comprendre la demande et déterminer si elle s'inscrit dans le cadre de ses fonctions ou non.

Cela est plutôt rare, mais l'équipe soignante en prison peut tout d'abord être sollicitée durant la période d'instruction, la phase préparatoire du jugement où sont recherchées des preuves de l'infraction afin d'en confirmer l'auteur. En cas de demande d'informations dans ce contexte, le secret médical est systématiquement opposable. Si le magistrat souhaite un avis spécialisé pour éclairer son enquête, il doit avoir recours à une expertise officielle. Au-delà du fait de suivre la procédure pénale telle qu'elle est définie dans les textes, il y a là un enjeu institutionnel, comme l'explique Laurent

Michel [48], celui de ne pas créer de collusion entre l'équipe soignante pénitentiaire et l'appareil judiciaire. Pour paraphraser le serment d'Hippocrate, une telle collusion entraverait toute confiance et donc toute confiance entre soignant et patient et le soin serait alors impossible. C'est le même principe protecteur de la relation thérapeutique qui sous-tend la loi précisant qu'un même médecin ne peut pas être expert psychiatre et psychiatre traitant d'un même individu. Soit dit en passant, cela règle d'ailleurs la question de la position que doivent adopter les soignants face à l'expert psychiatre. Laurent Michel, une fois encore, traite de cette question dans un chapitre du *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire* [49]. Même si cela peut paraître inconfortable de refuser de communiquer des informations à un collègue psychiatre mandaté pour une mission d'expertise, ou même si cela peut partir d'une intention a priori sensée (par exemple lorsque l'état pathologique a été constaté lors de la prise en charge mais s'est amendé au moment de l'expertise), le secret médical s'oppose à la communication d'informations aux experts judiciaires. Pour mener leur mission, ces derniers disposent de moyens de saisie officielle dans des conditions prévues par la loi ; une procédure permettant également aux équipes soignantes de conserver l'intégrité de leur cadre thérapeutique en préservant la protection par le secret médical.

Si le partenariat entre professionnels de soin et professionnels judiciaires peut sembler simple pendant l'instruction car très cloisonné par le secret professionnel, il en devient autrement après le jugement, lorsque le parcours du détenu relève de la juridiction d'application des peines. Pour comprendre cela, il est tout d'abord nécessaire d'avoir quelques connaissances sur le fonctionnement d'attribution des aménagements de peines. En dehors du cas précis des peines incompressibles, lorsqu'une personne est condamnée à une peine de prison, une partie de la durée de cette peine est d'emblée accessible à une réduction de peine « systématique » sous réserve de bonne conduite.

Concrètement, en l'absence d'écart de conduite, le détenu peut voir réduire sa peine de sept jours pour un mois passé en prison soit trois mois pour un an d'incarcération. À ces réductions de peines peuvent s'ajouter des réductions de peines supplémentaires pouvant être attribuées au détenu s'il présente des efforts sérieux de réadaptation sociale. Il peut s'agir d'activités scolaires ou d'études, d'un travail au sein de la prison ou encore l'obtention d'une promesse d'embauche au terme de l'incarcération, mais également la mise en place d'un suivi psychologique et/ou psychiatrique. Enfin, après une certaine durée d'incarcération non-aménageable fixée par le juge qui prononce la peine, le détenu devient accessible à un aménagement de sa peine de prison, autrement dit, qu'elle soit transformée en une peine alternative à l'incarcération complète (par exemple une peine de semi-liberté, de liberté conditionnelle, ou de suivi socio-judiciaire, etc.). Afin d'évaluer la bonne conduite ou non du détenu ainsi que le sérieux de ses efforts de réadaptation sociale, il se tient une fois par mois la commission de l'application des peines (CAP) suite à laquelle le juge d'application des peines dispose des éléments qui lui sont nécessaires pour accorder ou non les remises et autres aménagements de peine et dans quelle mesure. Cette commission réunit le juge d'application des peines, le détenu, assisté d'un avocat, et des représentants de l'administration pénitentiaire. Il est possible qu'un représentant de l'équipe soignante y participe à la condition que toutes les parties donnent leur accord et il est nécessaire de s'attarder un peu sur ce point. En effet, au-delà d'influencer considérablement la relation thérapeutique et nous y reviendrons plus tard, le fait de considérer le suivi psychologique ou psychiatrique comme un élément déterminant pour l'aménagement de la peine amène inmanquablement le psychiatre, au même titre que le psychologue, à communiquer avec la juridiction d'application des peines. Sur ce point, le psychiatre se trouve dans la position complexe d'à la fois devoir respecter le secret médical et à la fois permettre au patient-détenu de bénéficier du fruit de ses efforts. Face à ce

dilemme, les avis divergent. Pierre Moutin, qui a exercé comme psychiatre à la maison d'arrêt de Fresnes, raconte ses participations à la CAP dans un article publié en 2001 [50] et tient plutôt une position en faveur de la participation du psychiatre à cette commission afin que les intérêts du patient-détenu puissent être défendus au mieux. Laurent Michel, à nouveau, soutient que l'intervention du psychiatre à la CAP doit rester exceptionnelle : « *lorsqu'un projet particulier impose une bonne coordination et une information au magistrat de l'application des peines* » [51]. Il cite, comme exemple de projet particulier, la préparation d'une sortie de prison qui peut alors impliquer activement équipes soignantes intra et extracarcérales, l'administration pénitentiaire, via le SPIP, et la juridiction de l'application des peines. En dehors de ces projets particuliers, Laurent Michel invite à une certaine distance en préconisant plutôt la transmission d'informations par écrit. Il argumente ce point de vue par le fait que : « *L'expérience montre qu'une participation régulière de personnels sanitaires aux diverses commissions se réunissant au sein d'un établissement pénitentiaire rend quasiment impossible à terme la protection du secret professionnel* » [51]. Il ajoute même une réserve supplémentaire quant aux transmissions écrites qui seront consultées durant la CAP : « *Il peut donc paraître légitime de témoigner par un certificat médical ou une attestation de suivi de l'existence d'une prise en charge sans bien sûr y associer d'appréciation qualitative (...) On pourrait en effet être tenté d'associer un commentaire personnalisé sur la qualité de l'investissement dans le soin lorsqu'un réel progrès thérapeutique est à noter. Cette appréciation bénéficierait bien entendu au patient et pourrait paraître souhaitable (...) Mais que signifierait alors l'absence de commentaire pour les autres patients dont nous témoignons du suivi ? (...) Que l'existence d'une démarche de soin soit finalement préjudiciable au patient parce que le bon commentaire n'y a pas été associé, alors que nous l'avons fourni à*

d'autres, entretiendrait une confusion entre mission soignante et expertale qui n'a pas lieu d'être et remettrait en cause le fondement de notre intervention » [51].

En définitive, tout comme la CPU peut constituer une incarnation institutionnelle de la complexité du partenariat entre professionnels pénitentiaires et professionnels soignants, la CAP incarne la complexité du partenariat entre professionnels judiciaires et professionnels soignants. Chercher à améliorer « l'interconnaissance » par des rencontres entre professionnels judiciaires et professionnels soignants pourrait être un début d'avancée pour faciliter ce partenariat. Un espace d'échange où représentants sanitaires et représentants judiciaires pourraient expliciter leurs attentes et trouver des modalités de fonctionnement complémentaires, respectant les impératifs de chacun.

La prison est donc un lieu où plusieurs champs de professions sont amenés à collaborer et nous venons de décrire ce qui peut faire la complexité de ces partenariats. Comme nous l'évoquions en début de partie, chacun de ces champs professionnels est composé de plusieurs types d'intervenants aux missions et compétences diverses, qui doivent eux-aussi trouver une manière de fonctionner en complémentarité. C'est tout particulièrement le cas des équipes soignantes intervenant en milieu carcéral.

c. Le partenariat des professionnels de soin entre eux au sein de la prison

Dans le livre *Soigner en prison*, plus particulièrement dans le chapitre intitulé *Les logiques d'action des professionnels de santé en prison* [52], le sociologue Bruno Milly analyse les déterminants qui sous-tendent la diversité des actions des professionnels de santé en prison. Il ancre sa réflexion à partir d'une notion qui lui est chère, à savoir le clivage qui peut exister entre soignants en prison et soignants en milieu libre.

Comme nous le développons auparavant, l'histoire de l'implantation de la psychiatrie en prison en France nous renseigne sur les origines de ce clivage et sur l'une en particulier, l'autonomie des soignants. En effet, pour rappel, au moment où la médecine en prison est instituée, elle est initialement placée sous l'autorité pénitentiaire tandis que les soignants en milieu libre sont en pleine conquête de leur autonomie. À cette divergence fondamentale viennent s'agglomérer des conditions d'exercices précaires et de représentations correctionnelles du soin en prison donnant au milieu carcéral une image disqualifiante pour les professions du soin. Cette image perdurera même lorsque les soignants en milieu pénitentiaire gagneront par la suite en autonomie et ils n'auront de cesse d'essayer de réduire le décalage qui les sépare de leurs homologues en milieu libre. Selon Milly, les enjeux derrière l'effacement d'un tel clivage seraient au-delà d'une question d'égalité de statut, d'une question d'égale reconnaissance entre soignants en prison et soignants en milieu libre. Il se jouerait là une question de référence. Comme nous l'avons déjà évoqué à plusieurs reprises, l'ensemble des professionnels de santé, par leur formation, leur parcours et leur pratique, constitue un même groupe partageant un même grand référentiel, le référentiel sanitaire. L'appartenance à ce groupe référentiel constitue une part de l'identité professionnelle de tout soignant. En effet, l'intervention du soignant, sa pratique professionnelle, va s'inscrire en rapport à ce grand référentiel commun. Dit de façon plus pragmatique, c'est bien par rapport à ce référentiel sanitaire général que chaque intervention professionnelle soignante peut être qualifiée de conforme ou bien de transgressive, d'adaptée ou d'inadaptée, de pertinente ou non etc. Concernant le cas précis des professionnels soignants intervenant en prison, leur appartenance au groupe référentiel sanitaire et par conséquent une part de leur identité professionnelle, est mise en péril du fait que leur lieu d'exercice les disqualifie vis-à-vis de leurs homologues en milieu libre, ces derniers étant par ailleurs nettement prédominant

dans le groupe référentiel sanitaire. Dès lors, on comprend pourquoi les soignants en prison désirent réduire le clivage qui les sépare des professionnels en milieu libre ; l'enjeu est de ne pas perdre une part de leur identité professionnelle, ne pas perdre de vue leur référentiel. Un enjeu d'autant plus important que, comme nous l'avons vu précédemment, les professionnels soignants en prison se doivent de préserver autant que possible leur appartenance au référentiel sanitaire pour assurer leur fonction de soin ; cette fonction de soin risquant d'être dénaturée si elle quitte le référentiel sanitaire pour ne s'inscrire plus que dans les référentiels judiciaire et pénitentiaire.

Selon Milly toujours, cette volonté de maintenir l'appartenance au groupe référentiel sanitaire va influencer le partenariat entre les professionnels soignants en prison. À l'échelle de l'équipe soignante pénitentiaire, tout d'abord, cela va parfois se traduire par la reproduction de clivages « courants » dans le milieu hospitalier ou libéral. Milly cite par exemple les clivages pouvant exister entre infirmiers et médecins ou encore entre médecins ou infirmiers somaticiens et psychiatriques. Il y aurait énormément à dire sur ces clivages fréquents entre les différentes professions appartenant au groupe référentiel sanitaire mais cela nous éloignerait considérablement de notre sujet de réflexion. Limitons-nous donc à voir ces clivages comme des hétérogénéités au sein du grand groupe référentiel sanitaire. Médecins, infirmiers, psychologues etc. ne sont en effet pas issus des mêmes formations et leurs pratiques du soin, bien que complémentaires, suivent des angles différents qui sont autant de points potentiels de divergence et donc de clivage. Si ces clivages courants peuvent être déjà un frein considérable au soin en établissement sanitaire, il en est de même lorsqu'ils sont reproduits par l'équipe soignante en milieu carcéral ; la situation pouvant alors devenir tout à fait saugrenue. En ce qui concerne le clivage possible entre infirmiers et médecins, ces deux professions devant être complémentaires pour l'accomplissement

de la fonction de soin, tout clivage les séparant est nuisible à cette fonction tant en milieu libre qu'en milieu pénitentiaire. Pour ce qui est du clivage entre somaticiens et psychiatres, la situation est un peu différente. En milieu hospitalier ou milieu libéral, dispositif de soin somatique et dispositif de soin psychiatrique présentent certaines distinctions. En cas de clivage entre ces deux dispositifs, la prise en charge du patient en pâtit évidemment mais cela ne vient pas désamorcer l'ensemble du fonctionnement des dispositifs de soin. En milieu pénitentiaire, et particulièrement dans les établissements disposant d'un dispositif de soin de premier niveau, la situation est autre puisque soignants somaticiens et soignants psychiatriques forment une même équipe. Plus encore, les infirmiers, qu'ils soient rattachés à un établissement psychiatrique ou général, doivent assurer les soins autant pour les problématiques somatiques que psychiatriques. Si un clivage somatique-psychiatrique s'instaure au sein de l'équipe soignante pénitentiaire, c'est donc non seulement la prise en charge du patient-détenu mais également tout le dispositif de soin qui devient dysfonctionnel. Il est donc nécessaire que chaque soignant intervenant en prison, y compris le psychiatre, ait à l'esprit ce risque important de clivage au sein de l'équipe de soin pénitentiaire et qu'il veille dans sa pratique à ne pas favoriser ce clivage mais au contraire à le prévenir. Cela passe une fois encore par une meilleure connaissance de l'intervention de l'autre, de sa fonction, sa pratique et ses enjeux. Contrairement aux relations avec les professionnels juridico-pénitentiaires, l'équipe soignante pénitentiaire a en plus l'avantage de partager la prise en charge du patient-détenu et se trouve donc moins restreinte par le secret professionnel. Elle ne doit donc pas être avare en temps d'échanges et de communications entre soignants.

La volonté, qui anime les soignants en prison de préserver leur appartenance au groupe référentiel sanitaire, n'a pas pour seule conséquence la reproduction de clivages

fréquents en milieu libre. Cela a également des conséquences à l'échelle de l'individu, du soignant, dans la manière dont il va pratiquer sa fonction de soin et se positionner par rapport aux autres professionnels intervenant en prison. Milly va jusqu'à dresser une typologie, certes caricaturale, mais qui illustre les diverses manières dont les soignants « mettent en scène » leur fonction de soin en milieu pénitentiaire et comment chaque manière de procéder constitue un mode adaptatif afin de maintenir son appartenance au groupe référentiel sanitaire, notamment en contrecarrant le caractère disqualifiant du milieu carcéral. Il décrit tout d'abord « *les organicistes (...) qui centrent leur activité autour de l'acte technique du soin* » [52]. Pour ce premier type de soignant, le milieu carcéral n'est plus disqualifiant puisqu'il est en quelque sorte nié. Le soin étant centré sur l'acte technique, il est pensé et pratiqué comme il le serait en milieu libre. Cette position soignante trouve cependant rapidement ses limites puisque les contraintes du milieu carcéral imposent bien souvent une réduction de moyens techniques, logistiques et humains, que doit souvent venir compenser une certaine créativité du soignant. Or cette inventivité nécessite une connaissance et une prise en compte du milieu carcéral ce qui vient directement remettre en question la position de l'organiciste. En second type de soignant, Milly décrit « *les consensuels (...) qui cherchent avant tout à éviter les conflits avec les personnels pénitentiaires* » [52]. Chez ce type de soignant, il y a aussi une forme de dénégation du milieu disqualifiant de la prison. En effet, éviter tout conflit avec l'administration pénitentiaire permet de réduire les ingérences de cette dernière dans le fonctionnement du dispositif de soin. Les soignants évoluent alors dans un partenariat apaisé avec la pénitentiaire donnant une impression de pratique indépendante et autonome du soin en dehors des concessions nécessaires au maintien de la paix. Cette pratique trouve également rapidement ces limites. Car, par ces concessions, les soignants en arrivent rapidement à provoquer ce qu'ils souhaitaient justement éviter, à savoir sortir du groupe référentiel

sanitaire pour être accaparé par le groupe référentiel pénitentiaire. Une part de l'identité professionnelle soignante s'en trouve ainsi altérée et la fonction de soin dénaturée. Le troisième type de soignant décrit par Milly sont « *les puristes (...) qui font du respect de la déontologie l'alpha et l'oméga de leur activité* » [52]. Ces derniers préservent leur appartenance au groupe référentiel sanitaire en axant prioritairement leur pratique autour de principes fondamentaux. Des principes, tels que la déontologie et l'éthique médicales, communs à tous soignants et qui transcendent toutes spécificités potentiellement clivantes. Cette position se confronte elle-aussi rapidement à certaines limites carcérales. En effet, comme nous le disions précédemment et comme nous le verrons plus amplement par la suite, si certains de ces principes éthiques et déontologiques sont parfois complexes à appliquer en milieu libre, ils deviennent quelques fois impossible à appliquer en prison. Dans un tel contexte, pratiquer le soin en prison suivant cette manière « puriste » relève soit du casse-tête insoluble, soit d'une obstination potentiellement nuisible pour la prise en charge du patient-détenu. Enfin le dernier type de soignant qu'évoque Milly sont « *les spécialistes pénitentiaires (...) qui entendent faire reconnaître une forme de spécificité de l'exercice des métiers de santé en prison* » [52]. Actuellement, il s'agit de la position soignante en prison la plus répandue, en particulier chez les psychiatres pénitentiaires. Cette manière de pratiquer le soin en prison à la particularité d'être à la fois fondamentalement opposée aux trois précédentes, tout en empruntant certaines caractéristiques de chacune. Fondamentalement opposée aux précédentes car les « spécialistes pénitentiaires » ne nient pas le milieu pénitentiaire dans leur pratique, au contraire, ils le mettent en exergue afin de lui donner un caractère qualifiant. Autrement dit, le milieu carcéral, jusqu'ici disqualifiant pour les soignants qui y travaillent, devient qualifiant du point de vue des « spécialistes pénitentiaires » qui estiment nécessaires certaines connaissances, compétences, expériences spécifiques pour exercer le soin en prison.

En pratique, les « spécialistes pénitentiaires » combinent des caractéristiques des trois autres types de soignants. Ils sont souvent rigoureux en termes de respect de l'éthique et de la déontologie médicale, comme les « puristes », mais cultivent un partenariat avec la pénitenciaire qu'ils savent nécessaire à la prise en charge du patient-détenu, comme le font les « consensuels ». Leur positionnement en tant que spécialiste les amènent par ailleurs à centrer parfois leur intervention autour de l'acte technique, comme le font « les organicistes ». Concernant les psychiatres, l'acte technique en question peut par exemple être la prescription de psychotropes ou de traitement de substitution dans les addictions ; des médicaments dont la pondération du rapport bénéfice-risque est considérablement différente en prison par rapport au milieu libre mais nous y reviendrons plus tard. Même si ce positionnement de « spécialiste pénitenciaire » est actuellement le plus en vogue chez les psychiatres intervenant en milieu pénitenciaire, il ne fait tout de même pas l'unanimité. Les praticiens, qui soutiennent cette position, l'argumentent en avançant que seule une telle spécialisation, une telle expérience précise du milieu de la prison et de ses effets, permet de fournir un soin adapté au patient-détenu. Les opposants, quant à eux, soutiennent le contraire. Qu'une telle spécialisation n'est en réalité non pas une manière de fournir un soin adapté au détenu mais un soin adapté au milieu pénitenciaire. En d'autres termes, une spécialisation pénitenciaire serait une seconde forme de pratique consensuelle avec pénitenciaire.

Comme souvent lorsqu'il y a débat, la juste réponse se situe entre les deux points de vue. Une spécialisation pénitenciaire est à la fois nécessaire et périlleuse. Nécessaire car, comme le décrit Milly de façon caricaturale mais néanmoins pertinente, s'obstiner à transposer le soin en prison, tel qu'il est pratiqué en milieu libre, est délétère pour la prise en charge du patient-détenu ; que cette approche soit organiciste, puriste ou

consensuel. Le soin d'un patient se pense et se pratique dans un contexte qui ne peut être nié, que ce soit en prison ou ailleurs. D'un autre côté, développer sans retenue une spécialisation du soin pénitentiaire n'est pas sans risque. Une fonction de soin qui intégrerait toujours plus de références juridico-pénitentiaires dans sa pratique en viendrait à risquer de voir son référentiel sanitaire se dissoudre dans le référentiel judiciaire et carcéral. Cette fonction de soin hors de son référentiel sanitaire perdrait alors son sens initial.

À la lumière de ces quelques réflexions, il semble qu'un prérequis essentiel pour tout soignant exerçant une telle « spécialité pénitentiaire » serait une fois encore d'élaborer une connaissance de l'institution pénitentiaire et de ses effets, des rôles des différents acteurs et les enjeux de leurs interventions. Ce serait cette connaissance spécifique première qui permettrait de pratiquer le soin en prison tout en ayant conscience et en comprenant les forces dans lesquelles sont pris les différents acteurs dans leur pratique quotidienne. Avec une telle connaissance, le soin pourrait être alors pratiqué de façon adaptée au patient-détenu tout en restant vigilant à ce que ce même soin demeure prioritairement dans son référentiel sanitaire et non le référentiel juridico-pénitentiaire. Percevoir ces dynamiques institutionnelles et les intégrer dans la pratique de tous les jours nécessite donc une connaissance du milieu carcéral et des acteurs qui y interviennent. Cela inclut également la connaissance de son propre rôle, des limites et spécificités de sa propre pratique. C'est pour cette raison que nous allons à présent développer les spécificités de la psychiatrie en prison. Nous aborderons dans un premier temps les spécificités d'ordre pratique, puis dans une partie dédiée nous développerons les spécificités d'ordre clinique.

C. La pratique psychiatrique en prison

La psychiatrie, qu'on l'exerce en prison comme ailleurs, est une discipline qu'il serait présomptueux de vouloir réduire à quelques points essentiels. Il sera question ici de décrire, et dans une certaine mesure d'analyser, uniquement certains points fondamentaux qui confèrent une spécificité à la pratique de la psychiatrie en prison en comparaison à la pratique de la psychiatrie en milieu libre. Par points fondamentaux, nous entendons des thèmes élémentaires tels que l'autonomie et le secret médical ; la demande de soin, la consultation et la relation thérapeutique ; la prescription, la psychothérapie et l'hospitalisation du patient-détenu.

1. L'autonomie de la psychiatrie en prison

Si nous avons souhaité débiter par ce thème, c'est parce que l'autonomie particulière, dont dispose la psychiatrie en prison, influe sur la plupart des autres points fondamentaux qui seront par la suite abordés dans cette partie.

Comme nous le disions auparavant, le sociologue Bruno Milly, dans son livre *Soigner en prison* [53], donne une place centrale à cette question de l'autonomie des soignants au sein du système carcéral. À l'origine, comme le rappelle Milly, les soignants intervenant en prison n'avaient peu voire pas d'autonomie car ils dépendaient du Ministère de la Justice et, de façon plus directe, ils exerçaient en prison sous l'autorité de l'Administration pénitentiaire. C'est avec la loi du 18 janvier 1994 que médecins et infirmiers intervenant en milieu pénitentiaire acquièrent un statut d'indépendance. Ils ne sont dès lors plus vacataires de l'Administration pénitentiaire et ne dépendent plus du Ministère de la Justice mais de celui de la Santé. Concrètement, les professionnels de santé pénitentiaire ne sont plus sous la hiérarchie du directeur d'établissement

pénitentiaire mais sous la hiérarchie d'un chef de service praticien hospitalier et du directeur de l'hôpital public de rattachement. Ce statut d'indépendance fait apparaître les professionnels de santé comme réellement extérieurs à l'Administration pénitentiaire ce qui va avoir des conséquences sur la pratique courante du soin en prison. En effet, les tâches sanitaires en prison vont alors n'être assurées plus que par des professionnels de la santé, ce qui réduit considérablement les ingérences de l'Administration pénitentiaire dans les actions de soin. Là où l'équipe soignante était jusqu'ici au service de l'Administration pénitentiaire, l'inverse peut à présent se produire puisque : « *Si des surveillants sont encore parfois présents pendant des soins, ce n'est qu'avec le consentement ou à la demande des professionnels de santé eux-mêmes.* » [53]. En ce qui concerne la pratique de la psychiatrie, cela va se traduire notamment par le respect du « *colloque singulier* » [53], autrement dit l'absence de tierce personne pendant la consultation ; prérequis tout bonnement fondamental dans la construction de la relation thérapeutique et donc le soin. Selon Milly, si la réforme de 1994 a pu avoir l'effet escompté d'élargir l'autonomie des soignants en prison, c'est du fait de l'autorité qui est associée à leur profession et de la sacralité du Droit à la santé. En effet, la prison est une institution qui s'est parfois gérée de façon autarcique. Dans ce cadre institutionnel particulier et parfois immuable qu'est la prison, le fait de promulguer une loi censée réformer une partie du fonctionnement carcéral ne donne pas la garantie d'obtenir les effets institutionnels désirés. Si la réforme de 1994 a effectivement abouti à une certaine indépendance des soignants en prison, c'est parce qu'en les rattachant au Ministère de la Santé et à l'Hôpital public, et par la même en les extériorisant de l'Administration pénitentiaire, cette réforme de 1994 a fait reconnaître l'autorité professionnelle des soignants en prison. En les reconnaissant comme professionnels hospitaliers à part entière, la réforme de 1994 a rappelé que : « *Le contenu technique du travail des personnels sanitaires n'est pas d'abord objet de*

discussions, car la médecine reste une discipline absconse et difficilement accessible : il faut dire que le travail des professionnels de santé se caractérise par une haute technicité et une forte spécialisation, comme semble l'authentifier l'existence de cursus de formation longs et spécifiques. » [53]. C'est par le rappel de cette haute qualification des professionnels de santé que la réforme de 1994 a rappelé leur autorité professionnelle et que l'élargissement de leur autonomie n'a pas produit la contestation qu'on aurait pu redouter de la part de l'Administration pénitentiaire. Un autre point qui explique pourquoi l'Administration pénitentiaire n'a pas été totalement réfractaire à l'attribution de cette autonomie soignante, c'est la sacralité du droit à la Santé. En effet, dit de façon simpliste, lorsque les actions soignantes étaient assujetties au fonctionnement carcéral, le soin pouvait être identifié comme une faveur voire un privilège pour les détenus ; au même titre que pouvait l'être par exemple le fait d'accorder un changement de cellule, d'accorder un poste de travail, etc. Le fait de réancrer la fonction soignante à l'extérieur de la prison, en rattachant cette fonction au milieu hospitalier, a permis de rappeler que le soin n'est pas une faveur pénitentiaire mais un droit accordé à tous y compris aux détenus. Et puisque les professionnels soignants sont, comme nous le disions, les seuls qualifiés pour mettre en pratique ce Droit, cela assoit un peu plus leur autorité professionnelle et donc leur reconnaissance par l'Administration pénitentiaire.

Cependant, si les soignants ont obtenu une plus grande autonomie en prison, cela ne signifie pas qu'ils y ont obtenu une autonomie totale. La prison reste le « territoire » de l'Administration pénitentiaire et, bien que cette dernière reconnaisse l'autorité professionnelle des soignants, elle leur signifie tout de même certaines limites de leur autonomie. Deux éléments de pratiques quotidiennes peuvent illustrer cela : d'une part, les retards et temps d'attente, d'autre part, la gestion de situations dites critiques.

a. Les symboles d'une autonomie limitée : Les retards et temps d'attente

Tout soignant ayant déjà exercé en milieu carcéral le dira, les « retards » et « temps d'attente » y sont remarquablement contraignants. Derrière cette question de « ponctualité », qui pourrait paraître anodine, se joue en réalité un véritable rapport de force et un enjeu identitaire. Pour comprendre cela, il faut au préalable préciser certains points. Le premier est que le rythme carcéral, en comparaison au rythme du soin, est particulièrement lent. D'une part, il y a déjà une lenteur objective du fait des contraintes de sécurité qui ralentissent chaque ouverture et fermeture de porte, chaque mouvement de détenu, chaque transmission orale ou écrite etc. D'autre part, il y a également une lenteur subjective, une distorsion en longueur du temps dans laquelle est prise le détenu, comme nous le décrivions précédemment, mais qui n'épargne pas les professionnels intervenant en prison. Une sensation subjective que le temps est immobile ou mobilisé de manière factice par des repas, des sorties et réintégrations de cellule protocolisées, stéréotypées. Dans ce temps figé, qui se répète inlassablement, les surveillants ne ressentent pas l'obligation d'aller vite, cela n'aurait pas de sens. Que le travail du surveillant soit fait vite ou lentement, le temps carcéral, lui, s'écoule toujours au même rythme. Le second point, qu'il est nécessaire de préciser, et que : « *En milieu pénitentiaire, le professionnel de santé se trouve dans une situation inédite où il attend le patient.* » [53]. En effet, pour des raisons de sécurité évidentes, les soignants en prison ne peuvent pas aller et venir à leur guise pour chercher les patients-détenus et ces derniers, même pour bénéficier de soins, ne peuvent pas non plus aller et venir à leur bon vouloir au sein de la prison. Toute rencontre entre équipe soignante et patient-détenu nécessite donc la contribution du personnel surveillant, ce qui constitue une première limitation d'autonomie de l'équipe soignante. Et c'est là que le rapport de force et l'enjeu identitaire s'opèrent, car, au quotidien, c'est bien le rythme

carcéral qui va s'imposer à l'équipe soignante et non le rythme soignant qui va s'imposer à l'équipe pénitentiaire. Une manière pour la pénitentiaire de rappeler aux soignants qu'elle reconnaît leur autorité professionnelle en contribuant au déroulement de l'action de soin, mais que l'autonomie de cette action de soin n'est pas sans limites et que ces limites restent établies par l'Administration pénitentiaire. En pratique quotidienne, cela se traduira le plus souvent par des temps d'attente devenus une sorte de routine pour l'équipe soignante qui apprend à s'organiser en fonction de cette lenteur prévisible. Parfois, ce seront des rappels de la part des surveillants par des sempiternelles réponses telles que « il (le détenu) est en promenade », « il est au travail », « c'est l'heure des repas » etc. ; autant de façon de signifier que le temps pénitentiaire prime sur le temps du soin. Lorsque l'entente entre soignants et surveillants est précaire, ce rapport de force se traduit même par des refus. Car c'est une des premières leçons qu'on apprend en pratiquant en prison, lorsqu'il nous est annoncé qu'un patient refuse de se présenter en consultation, il est pertinent de se demander s'il ne s'agit pas en réalité d'un refus de l'administration pénitentiaire. Les retards et temps d'attentes ne sont pas les seuls éléments qui montrent que l'autonomie des soignants en prison n'est pas absolue. Certaines situations critiques en témoignent également et, par situations critiques, nous entendons de façon générale des situations conduisant à des changements déterminants. Parmi ces situations, nous aborderons plus précisément les transferts, d'une part, et l'intervention du psychiatre au quartier disciplinaire, d'autre part.

b. Les symboles d'une autonomie limitée : Les transferts de patients-détenus

La première situation « critique », remettant en cause l'autonomie et l'indépendance des soignants en prison, concerne les transferts de détenus. Schématiquement, il existe trois types de transferts de personnes détenues :

- les transferts de maison d'arrêt vers un établissement pour peine (maison centrale ou centre de détention).
- les transferts pour raison médicale.
- les transferts pour raisons de surencombrement ou pour raison disciplinaire.

Le premier type de transfert « *concerne les personnes condamnées dont la longueur de la peine permet ou exige d'envisager une incarcération dans des établissements pour peines* » [53]. Ce premier type de transfert est rarement source de tension entre l'Administration pénitentiaire et l'équipe soignante car il est intégré communément par l'ensemble des acteurs intervenant en maison d'arrêt. Tous ont à l'esprit dans leur intervention que le prévenu placé en détention provisoire en maison d'arrêt, selon l'infraction commise, sera amené à intégrer un établissement pour peine une fois jugé et condamné. C'est d'ailleurs l'une des missions de l'équipe soignante que de préparer ce transfert avec le détenu et d'organiser le relai de prise en charge avec l'équipe soignante de l'établissement d'accueil. Un second type de transferts, plus critique en ce qui concerne l'autonomie des soignants en prison, sont les transferts « médicaux ». Ce sont des transferts demandés par un médecin, somaticien ou psychiatre, mais dont la décision reste entre les mains du directeur d'établissement pénitentiaire qui n'est pas tenu de suivre l'avis médical. Si ces demandes de transferts « médicaux » sont rarement contestées en cas de situation médicale urgente nécessitant un transfert vers un établissement médical (pour le cas de la psychiatrie, les transferts en UHSA ou en hospitalisation d'office en hôpital psychiatrique), il en est différemment lorsque le

médecin demande un transfert vers un autre établissement carcéral plus médicalisé (pour le cas de la psychiatrie, les transferts vers un établissement doté d'un SMPR). Dans ce dernier cas de figure, il est nettement moins rare que le directeur d'établissement pénitentiaire n'accède pas à la demande du médecin ou que ce projet soit mis en attente tellement longtemps qu'il en vienne à être oublié. Il y a donc ici encore une limite à l'indépendance de l'action soignante puisque l'indication médicale d'un transfert n'est parfois pas suffisante pour que ce dernier puisse avoir lieu. Enfin, le dernier type de transferts sont les transferts de désencombrement des établissements surpeuplés et les transferts pour raison disciplinaire. Dans un cas comme dans l'autre, il s'agit de transferts souvent précipités (donc non anticipés) et décidés sans concertation avec les professionnels de santé car motivés uniquement par des raisons carcérales. Ces transferts sont également des rappels pour les équipes soignantes que leur indépendance en prison reste assujettie à l'Administration pénitentiaire. Ils viennent interrompre une prise en charge sanitaire pour laquelle aucun relai n'a pu être préparé, reproduisant au passage un fonctionnement de rupture que la prise en charge sanitaire cherche à contrecarrer. Ce fait même de transfert impromptu, constitue une manière de signifier à l'équipe soignante que leur intervention, certes autonome, reste quoiqu'il arrive secondaire à ce que l'Administration pénitentiaire estime d'impératif.

Au même titre que les transferts, les injonctions de soins, adressées par l'Administration pénitentiaire aux professionnels de la santé en prison, constituent une « situation critique » qui témoigne de leur autonomie limitée. Plusieurs exemples pourraient venir illustrer cette remise en question de l'autonomie soignante en prison. Ici, nous traiterons d'un cas de figure qui en témoigne particulièrement : l'intervention du psychiatre au quartier disciplinaire.

c. Les symboles d'une autonomie limitée : L'intervention du psychiatre au quartier disciplinaire

Laurent Michel et Benjamin Traynard, deux psychiatres ayant pratiqué en milieu carcéral, abordent cette question de l'intervention du psychiatre au quartier disciplinaire (le premier dans le *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire* [54], le second dans *Psychiatrie en milieu carcéral* [55]).

Le quartier disciplinaire (« le mitard » dans le vocabulaire carcéral) est « *un lieu de punition au sein même de la prison, destiné à marquer la sanction chez le détenu ayant transgressé les règles de fonctionnement carcéral* » [54]. Quand un détenu ne respecte pas le règlement intérieur de l'établissement carcéral, il peut comparaître devant la commission disciplinaire (« le prétoire »). Il y présente sa version de l'évènement qui est confrontée à celle du personnel pénitentiaire. Le directeur de la prison fait office de juge et rend un verdict : « *Le décret D.251 du CPP instaure une liste de fautes disciplinaires auxquelles correspondent des sanctions de degrés variables : avertissement, privation du droit d'achat par le système des « cantines », suspension des parloirs, retrait de la télévision, confinement en cellule individuelle ordinaire, placement en cellule disciplinaire pour 45 jours consécutifs au maximum. L'isolement au quartier disciplinaire est la mesure de référence.* » [55]. Le quartier disciplinaire peut donc être résumé comme une prison au sein de la prison. Et si la prison favorise déjà de manière générale l'éclosion de troubles psychiques ou la décompensation de troubles préexistants, le quartier disciplinaire, où l'isolement relationnel et sensoriel est encore plus intense, est un véritable catalyseur pour les troubles psychiques. Et c'est en totale connaissance de cause que le Code de Procédure Pénale ainsi que les guides méthodologiques de 1994 et 2012, relatifs à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, sollicitent les médecins somaticiens et psychiatres pour intervenir auprès des détenus placés au quartier

disciplinaire : « *une attention toute particulière doit être portée à l'état de santé des détenus (...) placés au quartier disciplinaire ou à l'isolement, envers lesquels il ne s'agit pas, pour le médecin, de se prononcer sur la mesure prise, mais de se donner les moyens d'intervenir si la santé du détenu est en péril (Guide méthodologique, page 13) (...) la sanction est suspendue si le médecin constate que son exécution est de nature à compromettre la santé du détenu (art.D.251-4 du CPP)* » [54]. En pratique courante, par extension de ses directives du CPP et du guide méthodologique, les médecins psychiatres et somaticiens sont systématiquement interpellés par l'Administration pénitentiaire pour évaluer si le détenu est médicalement apte à supporter le placement au quartier disciplinaire. Cette mission d'intervention des médecins au quartier disciplinaire est tout particulièrement représentative de la limitation d'autonomie des professionnels soignants en prison. En effet, un médecin totalement autonome lèverait toute mesure de confinement au quartier disciplinaire, puisque le code de procédure pénale définit que « *la sanction est suspendue si le médecin constate que son exécution est de nature à compromettre la santé du détenu* » [54] et que le placement en quartier disciplinaire est, de fait, susceptible de compromettre la santé de tout individu. Au-delà du paradoxe que constitue cette tâche, il en va de la crédibilité éthique et déontologique du médecin. Pensons-y un instant. Seriez-vous enclin à confier votre santé à un médecin qui, quelques temps auparavant, aurait donné son aval pour que vous soyez confiné presque 24 heures sur 24 dans une cellule d'environ 9m² ? Garderiez-vous comme médecin traitant un médecin validant une telle mesure à votre égard ? ... C'est bien pour cette raison qu'il est institué dans le code de déontologie médicale qu'un même médecin ne peut pas être le soignant et l'expert d'une même personne ; et c'est ce principe qui est nié dans cette « réquisition » du médecin au quartier disciplinaire. Le fait que cette intervention médicale au quartier disciplinaire soit mise en place, avec l'appui de textes officiels, traduit bien

une autonomie du médecin en prison seulement partielle. Et nous pourrions poursuivre encore. Il est illusoire de penser que la décision d'un médecin, de lever ou non un placement au quartier disciplinaire, se fasse de façon indépendante. Le médecin, au moment de son choix, a nécessairement en tête les répercussions institutionnelles que sa décision va pouvoir engendrer. Si opposer le secret médical, lorsque l'Administration pénitentiaire adresse une demande d'information à l'équipe soignante, peut déjà être perçu comme une opposition ; lever une mesure de quartier disciplinaire peut être perçu comme une véritable provocation dans le rapport de force qui oppose parfois équipe soignante et pénitentiaire. Dans un tel contexte, il semble donc difficile de parler de pleine autonomie et d'indépendance du médecin qui doit statuer quant au maintien ou la levée de la sanction disciplinaire.

En définitive, l'autonomie des soignants en prison s'est considérablement étendue depuis la réforme de 1994. Le fait d'extraire les soignants de la hiérarchie pénitentiaire et de les rattacher à une hiérarchie sanitaire, leur a permis d'asseoir leur autorité professionnelle, d'acquiescer une certaine reconnaissance de la part de la pénitentiaire et ainsi d'obtenir une certaine indépendance. Cette indépendance n'est cependant pas totale, comme nous avons pu le voir au travers d'exemples précis, et l'autonomie des soignants en prison est souvent reléguée au second plan derrière les impératifs pénitentiaires. S'il y a bien un autre sujet fondamental corrélé à cette situation d'autonomie en demi-teinte, c'est celui du secret médical en prison que nous allons à présent développer.

2. Le secret médical en prison

Le secret médical en prison est un thème fréquemment abordé dans la littérature sur la pratique de la médecine en milieu carcéral. Si ce sujet génère une telle réflexion, c'est parce que le secret médical est l'un des fondements les plus anciens de l'exercice médical et que ce fondement est mis en péril en milieu carcéral ; l'ensemble des auteurs s'accorde sur ce point.

Dans un article d'avril 2018 intitulé *Secret médical et éthique en Prison* [56], Nathalie Burnet et Mireille Esvan, psychiatres praticiens hospitaliers en milieu carcéral, rappellent le caractère fondateur du secret médical et ce à double titre. D'une part, parce qu'il renvoie aux origines de la médecine puisqu'il est issu du serment d'Hippocrate et, d'autre part, car il demeure un pilier de la relation médecin-malade. Pour convaincre sur ce dernier point, difficile de faire mieux que le célèbre adage du Professeur Louis Portes repris et quelques peu modifié par les deux auteurs : « *il n'y a pas de soins de qualité sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret* » [56]. Pour comprendre en quoi le secret médical est mis en péril dans le cadre de la prison, il est nécessaire de saisir la place de ce secret en milieu carcéral. Au quotidien, les soignants intervenant en prison communiquent avec de nombreux interlocuteurs : avec les détenus suivis par l'équipe de soin et parfois leur famille mais aussi avec les détenus non suivis, entre les membres de l'équipe soignante pénitentiaire mais aussi avec les soignants de leur établissement hospitalier de rattachement et les soignants du SMPR et de l'UHSA, avec le personnel pénitentiaire (surveillants, équipe de direction de la prison, conseillers d'insertion et de probation), avec les magistrats et parfois les experts, etc. Ces multiples interlocuteurs potentiels avec les professionnels soignants sont autant d'interfaces via lesquelles le secret médical peut être brisé. Et, mathématiquement, plus le nombre d'interfaces est grand, plus le risque de

transgression du secret médical est important. Il faut ajouter à cela que le dispositif de soin en prison, dans sa configuration et son fonctionnement quotidien de base, dévoile une part du secret médical dans chacune de ses interventions. En effet, chaque fois qu'un patient doit se rendre en consultation, pour des raisons de sécurité, cela ne peut se faire sans que le personnel pénitentiaire n'en ait connaissance. Et, sur le chemin entre la cellule et le lieu de consultation, le patient croisera inmanquablement d'autres détenus. Cela peut sembler anodin mais il faut s'imaginer que, si en milieu libre, croiser une connaissance lorsqu'on se rend chez son médecin traitant ou son psychiatre peut s'avérer gênant ; en prison, cela peut devenir un véritable aveu de faiblesse ou, en tout cas, une effraction dans l'intimité du détenu. Effraction pouvant amener ce dernier à ne plus venir en consultation. Car il ne faut pas être dupe, du fait des contraintes spatio-temporelles carcérales, chaque recoin d'espace de la prison est valorisé et donc mémorisé par les détenus, chaque moment de la journée est également connu car inlassablement répété. Par conséquent, il n'est pas rare que, lorsque des détenus se croisent, ils sachent spontanément où chacun se rend. Dans les établissements où l'unité de soin est isolée des quartiers cellulaires, le détenu a encore la chance de conserver secrète la raison de sa venue à l'unité de soin. Ce n'est pas systématiquement le cas dans les établissements d'une grande promiscuité, où il est possible aux autres détenus, par simple déduction, de savoir si l'un d'eux se rend chez le psychiatre ou chez le kinésithérapeute, chez le médecin généraliste ou le psychologue.

En plus de ces transgressions « routinières » du secret médical en prison, il y a ce qu'on pourrait appeler des moments institués de partages d'informations qui constituent des situations mettant en péril la protection de la confidentialité. Parmi ces situations, nous avons déjà longuement évoqué auparavant la Commission pluridisciplinaire unique et nous pouvons à présent y ajouter le cas spécifique des certificats médicaux. Le médecin, qui exerce en prison, est couramment amené à rédiger des certificats et

attestations qui engagent sa responsabilité médicale. Schématiquement, il rédige ces documents soit de sa propre initiative, c'est par exemple le cas pour l'incompatibilité du détenu avec son maintien en quartier disciplinaire, soit à la demande du détenu, c'est par exemple le cas pour une inaptitude au travail ou au sport, ou plus fréquemment pour attester d'un suivi médical en vue de la commission d'application des peines et l'attribution d'une éventuelle remise de peine supplémentaire. Qu'ils soient rédigés à la demande du patient ou à l'initiative du médecin, ces certificats et attestations sont, en réalité, toujours produits à l'attention de deux acteurs, l'Administration pénitentiaire et les Magistrats, mais ce n'est pas tant là le problème de confidentialité. La loi du 4 mars 2002 positionne le patient comme détenteur principal de son secret médical. Cependant, quand l'enjeu est sa qualité de vie en détention ou de pouvoir réduire la durée sa peine, le patient-détenu a-t-il vraiment le choix de refuser la communication d'informations médicales le concernant via ces certificats à l'attention de l'Administration pénitentiaire et de la justice ? La réponse est clairement non et c'est là qu'il y a indirectement une transgression du secret médical, même si le partage d'information se fait avec l'accord préalable du patient-détenu, pour la simple raison que cet accord n'est pas libre.

Tant dans le fonctionnement de base du dispositif de soin en prison que dans des situations instituées plus spécifiques, le secret médical en prison est donc continuellement en péril. Burnet et Esvan estiment que cette remise en cause permanente du secret médical en prison s'explique par trois composantes. La première est que, dans la disposition institutionnelle actuelle du soin en prison, l'enjeu sécuritaire supplante toujours l'enjeu sanitaire. En effet, c'est parce que la sécurité carcérale prime que tout acte soignant nécessite la contribution du personnel pénitentiaire et c'est parce que la sécurité publique prime que les magistrats s'estiment en droit de contourner le secret médical par l'alternative de certificats médicaux. En

définitive, même si cela s'opère par certains détours le constat reste le même, en prison, lorsque la sécurité publique ou pénitentiaire est invoquée, il n'est plus possible pour le soignant d'assurer la protection du secret médical. La seconde composante, qui alimente la remise en cause du secret médical en prison, est la situation du patient-détenu lui-même. Car l'une des problématiques éthiques, soulevée par la situation du patient-détenu, est celle du sens qu'il y a à accorder la liberté de disposer de son information médicale à un patient globalement privé de sa liberté. Si cela reste une avancée indiscutable en termes de droit des détenus, cette avancée est d'emblée pervertie par le contexte de l'incarcération. Car, sauf exception rare, un détenu sacrifiera toujours son secret médical s'il peut obtenir en échange un peu de liberté. La troisième composante, qui explique l'ébranlement du secret médical en prison, recoupe en fin de compte les deux composantes précédentes : c'est l'évolution des lois relatives aux droits du patient. Ce postulat de Burnet et Esvan, également soutenu par des auteurs comme Michel David (*Le secret médical en prison et ailleurs. Un concept dépassé et ringard ou un désordre des esprits ?*, 2015 [57]) ou encore Oliver Sannier et Cécile Manaouil (*Est-ce que le secret médical est la clef de voûte du respect de l'éthique médicale en prison ?*, 2008 [58]), s'expose avec certaines précautions. L'idée n'est pas ici de blâmer l'évolution de la législation des droits du patient. Même s'il y aurait beaucoup à dire sur le sujet, nous nous limiterons au fait qu'il s'agisse d'une avancée de la discipline médicale, du rapport du patient à sa propre santé et au soin, une avancée qui s'inscrit dans l'air du temps et dans l'évolution sociétale. Ce que soutiennent les auteurs, c'est que cette évolution des droits des patients aurait dû faire l'objet d'une réflexion un peu plus poussée et de certains ajustements concernant son application aux personnes détenues. Car le fait de l'appliquer telle quelle aux détenus témoigne certes d'une avancée en ce qui concerne leur accès au droit fondamental à la Santé mais cette avancée est d'emblée pervertie par les impératifs sécuritaires de la

prison et de la justice. Dit plus concrètement, un patient-détenu n'opposera jamais son droit au secret médical face à une sollicitation de l'Administration pénitentiaire ou d'un Magistrat, l'espoir de gagner en liberté étant trop grand.

En pratique, si le secret médical est ainsi ébranlé en prison, quelle posture doit adopter le soignant exerçant en milieu carcéral ? Sur cette question les avis des auteurs divergent. D'un côté, il y a les praticiens comme Burnet et Esvan qui estiment que le secret médical est un principe bien trop fondamental à l'exercice médical et qu'une attitude intransigeante des praticiens est à adopter face aux pressions du milieu carcéral. D'un autre côté, il y a les praticiens plus résignés, comme David ou Sannier et Manaouil, qui soutiennent plus l'idée d'une adaptabilité du praticien face à ces contraintes du milieu carcéral en termes de secret professionnel. Chaque point de vue présente des arguments valables. Il est vrai que le secret médical est un pilier de la relation médecin-malade et cette relation est une composante indissociable du soin. Il est donc inconcevable que les soignants intervenant en prison abandonnent leur rôle de protecteur de la confidentialité sous prétexte d'impératifs juridico-pénitentiaires. A contrario, si on caricature un praticien pénitentiaire parfaitement intransigeant, il lui serait impossible d'assurer sa fonction de soin tant le fait de tenir cette parfaite rigueur du secret médical s'avère impossible en prison. Il faut donc trouver un entre-deux. Cela passe une fois encore par une bonne connaissance que se doit d'avoir le praticien de son propre rôle en prison, de ses limites et des enjeux de son intervention ; mais également une bonne connaissance du rôle des autres acteurs intervenant en prison, de leurs limites et des enjeux de leur intervention. Il faut se souvenir que le secret médical n'est pas une fin en soi, qu'il s'agit d'un principe au service de la médecine et au service du soin. Si ce principe, appliqué sans discernement, en vient à être délétère au soin du patient, le rôle du praticien est alors de tenter de comprendre pourquoi et de trouver comment replacer le secret médical au service du soin du patient. Le

soignant intervenant en prison doit donc fournir un effort constant de réflexion et de remise en question de sa pratique afin de maintenir le cap de son intervention, rester dans son rôle de soin. Il doit garder à l'esprit que le secret médical, avant d'être l'objet d'un rapport de force entre soignants et professionnels juridiques et pénitentiaires, est avant tout un support du soin. D'ailleurs, pour le bon partenariat avec les autres acteurs pénitentiaires, le soignant doit se souvenir que si l'autorité juridique et pénitentiaire ébranle le secret médical, ce n'est pas pour assoir une quelconque domination au sein de la prison. C'est parce que la sécurité est l'un des enjeux principaux de ces professionnels juridiques et pénitentiaires et qu'il est difficile pour eux, également, de concilier cet enjeu sécuritaire avec la confidentialité médicale.

Jusqu'ici nous avons beaucoup abordé le rapport de l'équipe soignante au milieu carcéral et aux autres acteurs intervenant en prison. Penchons-nous à présent plus spécifiquement sur la relation entre le soignant et le patient-détenu.

3. La relation thérapeutique en prison

Par relation thérapeutique, nous entendons ici l'ensemble des rapports et liens qu'entretiennent le soignant et le patient-détenu. C'est le cadre relationnel qui permet l'alliance entre soignant et patient, pour que le soin puisse être pratiqué par le soignant et que le patient puisse en bénéficier. Certains estiment que cette relation thérapeutique est si essentielle qu'ils la définissent comme un soin en soi. La recette, pour que la relation thérapeutique fasse son œuvre, est complexe et subtile. Le cadre carcéral vient complexifier d'avantage l'élaboration de cette relation thérapeutique, d'une part, en convoquant le positionnement moral du soignant dans son rapport au détenu et, d'autre part, en alimentant une réticence réciproque entre soignants et détenus.

a. La distance thérapeutique soumise à la question morale

Dans le contexte carcéral, le soignant ne partage pas seulement une relation thérapeutique avec un patient mais avec un patient-détenu. Ce statut de détenu introduit une forte dimension morale dans cette relation thérapeutique. En effet, un individu, pour être incarcéré, a donc été reconnu comme fautif par la société. Du fait de représentations sociales partagées par le plus grand nombre, un détenu a donc enfreint les règles sociétales et donc transgressé une certaine morale commune. Le praticien intervenant en prison est pris dans cette dimension morale ce qui influence son positionnement relationnel avec le patient-détenu. Schématiquement, deux positions extrêmes peuvent être imaginées. À un extrême, il y aurait le praticien totalement pris dans cette dimension morale pour lequel le patient-détenu serait avant tout un détenu. La relation thérapeutique ne serait donc plus celle d'un soignant avec un patient, mais d'un soignant avec un détenu, et perdrait ainsi la neutralité morale et la tolérance nécessaire pour que l'alliance soignant-patient puisse naître et devenir thérapeutique. À l'autre extrême, on pourrait imaginer un praticien totalement neutre, se détachant autant que possible de cette dimension morale ; autrement dit, considérant le patient-détenu avant tout comme un patient. Au-delà du fait qu'il soit totalement hypothétique d'imaginer un praticien parfaitement détaché de toutes considérations morales et même si cette autre position du praticien paraît plus compatible avec l'élaboration d'une relation thérapeutique, elle l'expose au risque d'occulter la demande de soin du patient-détenu, en particulier lorsque cette dernière est contextuelle à l'incarcération ou directement reliée à l'infraction commise. Suivant à quel degré il est pris dans cette dimension morale, le soignant intervenant en prison va construire la relation thérapeutique avec le patient-détenu entre ces deux extrêmes.

Le propos ici n'est pas d'attribuer aux praticiens pénitentiaires l'exclusivité de la difficulté du positionnement moral à l'égard du patient. La particularité est que, dans le cas de la prison, chaque patient est un détenu et que cette question morale concerne donc chaque suivi, chaque prise en charge au quotidien.

Le risque pour le praticien, s'il ne prend pas en considération cette composante morale dans son rapport au patient-détenu, est d'aboutir à une relation impersonnelle, antinomique d'une relation thérapeutique nécessairement individualisée. En effet, une position trop moralisatrice porterait préjudice à l'élaboration d'une relation thérapeutique opérante, en entraînant une distanciation trop importante et asymétrique avec, d'une part, le soignant qui s'inscrirait dans un référentiel socio-moral des « innocents » et, d'autre part, le détenu qui serait placé dans le référentiel socio-moral des « fautifs ». De plus, une telle distance moralisatrice du soignant réduirait le patient-détenu à son unique statut de détenu, ce qui ferait écho au caractère impersonnel du traitement pénitentiaire puisque le personnel pénitentiaire a pour consigne de respecter dans leur pratique quotidienne un protocole de distance spatiale mais aussi émotionnelle avec les détenus, pour raison sécuritaire.

Si, à ce stade de notre réflexion, nous tirons comme conclusion que le soignant doit veiller à établir avec le patient-détenu une distance qui ne rend pas la relation thérapeutique impersonnelle, une limite morale se présente assez rapidement, c'est celle de l'empathie. Car s'il est relativement simple pour le praticien de faire preuve d'empathie envers la petite délinquance, qu'en est-il concernant les meurtriers et les auteurs d'agressions sexuelles ? Autrement dit, certaines limites du professionnel soignant sont conditionnées par ses propres limites en tant qu'être humain. Et, pour pouvoir assurer sa fonction de soignant dans des circonstances qu'il ne cautionne pas moralement, le praticien se protège parfois en abordant le patient de façon justement

impersonnelle ; une façon de se signifier à soi-même qu'il soigne un patient comme les autres. Car il est important de se souvenir que la relation thérapeutique concerne le soignant tout autant que le patient et que cette relation thérapeutique ne peut se faire que dans des conditions tolérables par les deux parties.

La solution face à ce dilemme moral semble passer une fois encore par la connaissance que peut avoir le soignant de son propre rôle et de ses propres limites. Qu'il puisse estimer, en s'appuyant sur l'avis de ses collègues, si la relation thérapeutique qu'il entretient avec le patient-détenu demeure opérante. Et, dans le cas où maintenir cette relation thérapeutique le place dans une position morale qu'il ne peut tolérer, qu'il puisse mettre en place en équipe les modifications de prise en charge nécessaires.

b. Une réticence réciproque

Une autre particularité de la relation thérapeutique en prison est la méfiance des détenus à l'égard des professionnels soignants et certaines réserves que peuvent avoir les soignants à l'égard des détenus. La méfiance des détenus, envers les professionnels soignants, tient déjà dans la remise en question de la compétence professionnelle de ces derniers. En effet, l'incarcération d'un individu n'efface pas ses représentations sociales et, comme nous le disions dans la partie historique, l'idée que la médecine pénitentiaire est une « sous-médecine » constitue une représentation sociale répandue, y compris parmi les détenus. La méfiance envers la psychiatrie est tout particulièrement présente. La plupart des détenus n'ayant jamais consulté de psychiatre, cette discipline est pour eux mystérieuse et inspire la méfiance. La représentation la plus fréquente, qu'ont les détenus du psychiatre pénitentiaire, est celle d'un « marchand de sommeil », d'un médecin qui « drogue » ses patients. Cette

représentation est souvent alimentée par le fait que la psychiatrie en prison prend en charge les détenus souffrant d'addictions qui mésusent de substances psychotropes. Dans le regard des autres détenus, l'état de vigilance crépusculaire de ces individus et leur appétence médicamenteuse sont attribués à la prescription du psychiatre dont il faut donc se méfier. L'autre raison de la méfiance des détenus, à l'égard des soignants en prison, est le doute sur l'indépendance de ces derniers vis-à-vis de l'Administration pénitentiaire. Les détenus les plus méfiants estiment que l'équipe soignante est totalement assujettie à l'Administration pénitentiaire. D'autres, plus résignés, estiment que l'équipe soignante ne dispose d'aucun contre-pouvoir par rapport à l'Administration pénitentiaire. Dans un cas comme dans l'autre, ces détenus évitent les relations avec le dispositif de soin, le pensant soit inutile, soit l'équivalent de l'Administration pénitentiaire.

Cette méfiance est d'autant plus problématique, pour l'élaboration d'une relation thérapeutique, que les soignants ont également certaines réserves dans leur abord du patient-détenu. En effet, parmi les représentations dont font l'objet les détenus et qui conduisent à une réticence de la part des soignants, il y a, d'une part, la dangerosité présumée du détenu et, d'autre part, le caractère potentiellement mensonger du discours du détenu. L'idée d'une dangerosité présumée chez tout détenu tient une fois encore de représentations sociales très répandues. Des représentations entretenues par le lieu de la prison et les acteurs qui y interviennent, l'un comme l'autre étant imprégnés d'une forte tonalité sécuritaire. Une ambiance sécuritaire constante rappelant ainsi en permanence l'idée d'une dangerosité à prévenir. De plus, cette conviction d'une dangerosité du détenu se réactive intensément et durablement lors de rares incidents, mais parfois tragiques, telles que les prises en otages de soignants par des détenus.

Tout ce climat de dangerosité alimente donc une certaine réticence des soignants à l'égard des détenus, mais cela se joue également au niveau du discours. En effet, tous les détenus sont plus ou moins perçus comme des coupables, et ce, quoiqu'ils disent. Par extension, leur discours est constamment perçu comme potentiellement mensonger. Cela est évidemment problématique dans l'élaboration d'une relation thérapeutique dont le discours est le principal support, tout particulièrement en psychiatrie. Cette méfiance au sujet de la fiabilité du discours du détenu amène régulièrement les professionnels soignants à douter des motivations derrière la demande de soin du détenu. En ce qui concerne la demande de soins psychiatriques, une première caractéristique qui alimente la réserve de soignant quant à la fiabilité du discours du détenu, est que cette demande s'exprime bien souvent de façon détournée. Nous l'avons évoquée à plusieurs reprises, la plupart des détenus demandeurs de soins psychiatriques vont chercher à être les plus discrets possible pour ne pas être stigmatisés par les autres détenus. Et pour formuler cette demande, il ne dispose que d'un seul moyen « officiel », à savoir, rédiger une demande écrite qui sera transmise par le personnel de l'Administration pénitentiaire. Par méfiance et discrétion donc, les détenus usent régulièrement de détours pour adresser eux-mêmes leur demande de soin psychiatrique. Cela passe fréquemment par des prétextes, comme des douleurs bénignes, ou encore par des gestes d'automutilation afin d'accéder au dispositif de soin rapidement et pouvoir adresser une demande de vive voix. Comme nous le disions précédemment, dans un lieu aussi contraint que la prison, le corps reste le seul espace de liberté et d'expression et la somatisation, qu'elle soit « consciente » ou « inconsciente », est parfois la méthode la plus efficace pour manifester une demande. Si la forme détournée de la demande de soin du détenu peut déjà éveiller la réticence des soignants, le contenu, le motif de cette demande provoque souvent le même effet. Car si les raisons manifestes de ces demandes de soins psychiatriques sont diverses et

variées (souffrance morale, anxiété, insomnie, ...), leurs raisons latentes le sont tout autant. La demande de soin psychiatrique peut se révéler être en définitive une demande de parler avec quelqu'un d'autre qu'un détenu ou un surveillant, d'avoir accès à un autre espace que le quartier cellulaire, d'avoir une occasion supplémentaire de sortir de sa cellule, de tenter d'obtenir des aménagements de confort par voie médicale, de se faire prescrire des psychotropes qui seront utilisés comme monnaie d'échange, etc. Mais, parmi ces possibles demandes, celles qui ont une motivation « judiciaire » concernent spécifiquement les psychiatres. On y trouve essentiellement les demandes de suivi psychiatrique afin d'obtenir une remise de peine supplémentaire en commission de l'application de peine et les demandes de suivi psychiatrique des prévenus (les détenus encore en attente d'un jugement). Dans ce dernier cas, ce sont souvent les avocats qui conseillent aux prévenus placés en détention provisoire d'entreprendre un suivi psychiatrique ; parfois pour tenter d'établir comme ligne de défense au procès que l'acte délictueux s'explique par un fondement psychopathologique, mais le plus souvent l'objectif est de présenter au procès le suivi psychiatrique comme un gage de bonne volonté du prévenu et espérer ainsi obtenir la clémence des magistrats.

Une fois encore les psychiatres pénitentiaires n'ont pas le monopole de ces situations où la demande manifeste du patient est très distincte de la demande latente qu'elle cache, cela est également courant en milieu libre. La particularité en prison est que cela est exacerbé parce que la prison est un lieu de contrainte amenant le détenu à solliciter tous les moyens possibles pour se libérer un peu de cette contrainte tant au niveau pénitentiaire que judiciaire. Le praticien en prison, sans basculer dans la paranoïa où toute relation thérapeutique est compromise, doit donc développer cette compétence de double lecture de la demande de soin du patient-détenu. L'enjeu étant de cesser

d'alimenter cette méfiance réciproque entre soignant et détenu qui ne peut conduire qu'au rejet. En parvenant à percevoir les différents niveaux de lecture de la demande de soin psychiatrique du détenu, le soignant va pouvoir rapidement estimer si un suivi est opportun ou non, si derrière une demande qui peut sembler initialement matérielle et ne pas relever du soin, il n'y a pas une demande de soin à faire émerger ou directement une souffrance psychique relevant effectivement du soin. Cette double lecture de la demande de soin en prison semble donc essentielle pour ne pas en venir à récuser les détenus qui auraient besoin de soin ou, au contraire, s'astreindre à maintenir une prise en charge dans une situation où le soin n'est pas la réponse adaptée à la demande.

Jusqu'ici nous avons donc surtout développé ce qui faisait la particularité de la pratique psychiatrique en prison en termes de « relationnel », que ce soit dans les partenariats avec les différents acteurs intervenants en milieu carcéral, comme dans la relation thérapeutique avec le patient-détenu. Focalisons-nous à présent sur trois éléments de pratique courante de la psychiatrie et leurs particularités dans le milieu carcéral : la psychothérapie, la prescription médicamenteuse et l'hospitalisation psychiatrique des détenus.

4. Les thérapeutiques psychiatriques en prison

a. La psychothérapie en prison

À l'heure actuelle où certains questionnent la place des psychothérapies dans les établissements publics hospitaliers [59], cette même interrogation se pose dans le cadre de la pratique psychothérapeutique en milieu pénitentiaire. Cette question a particulièrement mobilisé Francis Descarpentries, psychiatre en établissement

pénitentiaire pour mineurs, qui y a consacré un ouvrage en 2013 intitulé *Les psychothérapies en prison* [60,62], un livre dont il reprend certaines grandes lignes dans un article publié en 2014 intitulé *Opportunité et écueils des psychothérapies en milieu pénitentiaire* [61].

En premier lieu, Descarpentries aborde la question de la possibilité ou non de la psychothérapie en prison. En effet, il rappelle que pendant longtemps, le postulat tenu était que la psychothérapie en prison était impossible. Les tenants de cette position soutenaient, d'une part, avec pertinence l'incompatibilité du cadre pénitentiaire avec un cadre psychothérapeutique dans les règles de l'art, en particulier dans l'approche psychanalytique. En effet, comme le décrit simplement Descarpentries : « *Il peut paraître paradoxal de prétendre pratiquer la psychothérapie, notamment psychanalytique, censée ouvrir à une plus grande liberté de penser et d'agir, dans un lieu qui est celui de l'enfermement et du cloisonnement* » [60]. La contrainte inhérente au milieu carcéral était donc considérée comme une entrave à la psychothérapie, car cette contrainte compromettait certains éléments fondamentaux du cadre psychothérapeutique, comme par exemple l'impossibilité d'établir avec un sujet privé de liberté « *un contrat librement consenti entre thérapeute et patient* » [60]. Le statut de détenu du patient était donc vu comme un obstacle à la psychothérapie mais parfois également sa personnalité : « *la personnalité des patients, qui, pour nombre d'entre eux, présentent des personnalités psychopathiques et/ou très carencées au niveau affectif comme dans leur possibilité d'accès à la verbalisation, les amenant à privilégier l'agir sur le penser* » [60]. Comme nous avons pu le voir dans la partie historique, le dispositif de soin psychiatrique en milieu pénitentiaire s'est progressivement étoffé et de plus en plus de praticiens ont pu confronter leur expérience grandissante avec cette impossibilité « théorique » de la psychothérapie en prison. En France, cela donnera par exemple lieu à des travaux précurseurs tels que

ceux de Claude Balier, qui non seulement soutiendra que la psychothérapie en prison chez les psychopathes et autres personnalités carencées, est non seulement possible mais qu'elle est également nécessaire pour désamorcer les mécanismes de recours privilégié au passage à l'acte chez ces individus. En définitive, le postulat dominant actuellement, parmi les praticiens en milieu pénitentiaire, est que la psychothérapie en milieu pénitentiaire est possible avec certains aménagements nécessitant de prendre en considération les contraintes du cadre carcéral. L'enjeu qui justifie une telle concession, autrement dit de pratiquer une psychothérapie « aménagées » aux contraintes carcérales et donc moins dans « les règles de l'art », est, d'une part, que la psychothérapie est parfois la seule approche pérenne pour rompre les recours au passage à l'acte. Une problématique qui est extrêmement fréquente en milieu carcéral du fait de la prévalence des personnalités psychopathiques ou limites chez les détenus mais aussi du fait du cadre carcéral très contraignant qui ne laisse parfois au détenu que son corps comme moyen d'expression. D'autre part, la psychothérapie en prison se doit d'exister au prix de certaines concessions car l'incarcération permet parfois de favoriser certaines dynamiques au contraire propices à la psychothérapie : *« La déstabilisation psychoaffective induite par l'incarcération est paradoxalement propice chez certains sujets à l'émergence d'une parole vraie et à un foisonnement d'interrogations qui n'étaient souvent pas advenues antérieurement (...) Si la prison n'est bien sûr pas par essence un lieu de soins, l'incarcération constitue au moins une occasion de rencontre avec un professionnel. Une telle occasion ne s'était pas présentée auparavant dans la vie de nombre de détenus. »* [61].

Quels sont donc ces aménagements nécessaires à la pratique du psychothérapeute en milieu pénitentiaire ? Cette question va finalement convoquer des particularités du soin en prison que nous avons déjà abordées auparavant. La psychothérapie en milieu carcéral est, par exemple, bien évidemment impactée par la problématique du secret

professionnel en prison. On ne peut imaginer une psychothérapie viable qui ne serait garante de la confidentialité. Or, nous avons vu à quel point ce secret professionnel est mis en péril en milieu carcéral et le redoublement d'effort dont doit faire preuve le thérapeute pour que ce secret conserve son principe éthique premier qui est de servir l'intérêt du patient et de sa santé. De même, la psychothérapie en prison n'échappe pas aux contraintes de temps et d'espace qui y règnent. En termes d'espace, la prison est un lieu où prime la sécurité. Et s'il est par exemple déjà difficile d'organiser des thérapies familiales systémiques en établissement pénitentiaire pour mineurs, cela devient souvent inenvisageable en ce qui concerne les détenus adultes. En termes de temps, le choix du type de psychothérapie va parfois être conditionné par la temporalité du parcours carcéral. En maison d'arrêt par exemple, où le séjour des détenus est théoriquement court avant la libération ou le transfert vers un établissement pour peine, il pourra être discuté l'indication d'une thérapie de type analytique, par exemple, amenée à durer et risquant donc d'être interrompue par un transfert avant d'être conduite à terme. De ce point de vue, on serait tenté de schématiser en privilégiant en maison d'arrêt les thérapies brèves ou avec une durée fixée, comme les thérapies cognitivo-comportementales, et d'indiquer les thérapies d'inspirations analytiques pour les établissements pour peine où les détenus séjournent plusieurs années voire toute leur vie. Mais cela dénaturerait l'indication de la psychothérapie qui doit se déterminer avant tout de façon cohérente par rapport à la psychopathologie du patient et sa demande de soin. D'ailleurs, les particularités de cette demande de soin et de la relation thérapeutique en prison concernent également la pratique psychothérapique en prison. Comme nous le disions précédemment, la demande de soin initiale et manifeste du patient-détenu, va souvent être soit utilitaire et dans la quête d'un avantage immédiat, soit idéalisée. Il est nécessaire au thérapeute d'épurer cette demande, de la dégager de ses aspects utilitaires pour n'en retenir que

ce en quoi la psychothérapie constitue une réponse adaptée. Car, en tant que thérapeute, on peut être souvent tenté de répondre à la demande utilitaire immédiate du patient. Mais, d'une part, ce serait se leurrer dans la recherche d'un soulagement à court terme, une solution qui ne serait pas pérenne ; d'autre part, ce serait se donner un rôle de réparateur, de redresseur de torts qui n'est certainement pas celui du thérapeute.

Dans un autre registre, une autre particularité présente en milieu carcéral concerne les patients-détenus pour lesquels l'approche d'une psychothérapie individuelle peut se révéler inhibante ou angoissante. En pratique courante c'est par exemple souvent le cas des mineurs incarcérés, chez lesquels la problématique psychique adolescente vient s'intriquer avec la problématique psychique inhérente à l'incarcération. Si établir une relation de confiance dans le cadre d'un suivi pédopsychiatrique en milieu libre relève déjà d'un savoir-faire, cela peut devenir particulièrement complexe dans le cadre carcéral, face à des mineurs bien souvent carencés sur le plan psycho-affectif et toujours déracinés de leur environnement familial ne serait-ce du fait de l'incarcération. Dans un autre cas de figure, la psychothérapie individuelle peut se révéler inhibante ou angoissante avec les auteurs de violence sexuelle pour lesquels il est systématiquement indiqué par les magistrats d'engager une prise en charge durant leur incarcération. Il faut comprendre qu'en parallèle de la nature déjà honteuse et immorale de leur infraction, les auteurs de violence sexuelle sont les détenus les plus stigmatisés et les plus brimés, pour ne pas dire persécutés, par les autres détenus. Pour ces deux raisons, bon nombre d'auteurs de violence sexuelle vont élaborer comme mécanisme de défense, d'occulter leur motif d'incarcération. Difficile alors d'entreprendre une psychothérapie autour de l'acte lorsque celui-ci est consciemment ou inconsciemment dénié. Dans ces fréquentes situations où la psychothérapie individuelle se révèle inadéquate, le thérapeute

intervenant en prison doit avoir en tête la possibilité des thérapies de groupe et à médiation, qui peuvent être une alternative autant qu'un complément à la thérapie individuelle. Descarpentries explique cette approche en groupe de la psychothérapie : « *Bien que le groupe suscite en lui-même une certaine angoisse (...) et qu'il risque d'exposer certains patients à des interactions à la limite de l'agir (...) son moteur essentiel se trouve dans une intersection entre un cadre explicitement posé, et une fonction cathartique : ces 2 conditions étant prises en compte, ce qui s'y déroule peut, pour peu qu'on l'y aide, donner lieu à élaboration.* » [62]. Un principe commun aux différentes thérapies groupales est la constitution d'un cadre, d'une part, sécurisant car confidentiel et, d'autre part, un cadre dans lequel les patients vont pouvoir s'identifier mutuellement. Dans ce cadre, ce qui jusqu'ici était inhibé ou manifesté sous forme d'angoisse, peut être verbalisé avec un autre qui partage une difficulté commune. Cela offre ainsi au patient-détenu une occasion de verbaliser et idéalement mentaliser au lieu d'agir, un objectif primordial pour la psychothérapie en prison. La configuration classique, dans la pratique d'une psychothérapie de groupe, est la cothérapie. Deux thérapeutes formés discutent tout d'abord en équipe de la constitution du groupe, définissent les indications qui ne se résument pas à sélectionner des patients-détenus ayant des motifs de condamnations ou des âges communs, mais bien de constituer un groupe dans lequel le processus identificatoire mutuel pourra avoir lieu. Cela signifie évaluer où en sont les patients-détenus dans leur demande et leur problématique, mais également savoir refuser les demandes de détenus-patients qui mettraient en péril la dynamique de groupe. Une fois le groupe constitué, dit de façon simpliste, un thérapeute conduit la thérapie, encourage autant qu'il canalise la verbalisation ; un cothérapeute fournit une vision plus distante et globale des interactions et de la dynamique groupale. C'est en combinant les points de vue du thérapeute et du co-

thérapeute que le sens de la psychothérapie est maîtrisé et le cadre psychothérapeutique entretenu.

L'expérience des thérapeutes en milieu carcéral prouve donc que la psychothérapie en prison est possible et nécessaire, mais avec certaines conditions. La psychothérapie telle qu'elle a été pensée en milieu libre, ne peut pas être purement et simplement transposée au milieu carcéral. En effet, nous avons pu voir que les contraintes spatio-temporelles carcérales, la singularité de la relation thérapeutique et de la demande de soin du patient-détenu, la vigilance accrue nécessaire au respect du secret professionnel en prison, mais également certains profils de personnalité et de psychopathologie particulièrement prévalents chez les détenus, imposent des aménagements que le psychothérapeute se doit d'intégrer dans son exercice en prison. Nous venons donc de développer les particularités de la psychothérapie en milieu pénitentiaire, abordons à présent les particularités de la thérapeutique médicamenteuse en milieu carcéral et plus spécifiquement la question de la prescription médicamenteuse.

b. Les prescriptions médicamenteuses en prison

Le psychiatre prescrit presque exclusivement un type de médicament : les psychotropes. Dans un article intitulé *Psychotropes en milieu pénitentiaire : de la fiole à l'AMM* [63], Thomas Fovet et al. reprennent les résultats d'études réalisées entre 2006 et 2009 et affirment qu'en France, environ un détenu sur deux bénéficie d'un traitement psychotrope. À titre comparatif, dans un rapport de 2012, l'INSERM rapportait qu'en 2010, 17,5% de la population française âgée de 18 à 64ans, avait consommé un traitement psychotrope au cours de l'année écoulée [64]. Une telle

surconsommation de psychotropes en prison est sous-tendue par plusieurs déterminants.

Avant tout, cette surconsommation de psychotropes s'explique par une prévalence de troubles psychiatriques nettement supérieure dans la population carcérale par rapport à la population générale. En témoigne les études de Fazel et al. [65, 66] qui, selon le type de trouble et selon la région, estiment la fréquence des troubles psychiatriques en prison 4 à 10 fois supérieure par rapport à la population générale. En parallèle, le développement progressif du dispositif de soin en milieu pénitentiaire a permis une meilleure accessibilité au soin. Ainsi, un plus grand nombre de détenus présentant des troubles psychiatriques peut bénéficier d'une prise en charge, dont la prescription d'un traitement psychotrope. Ce que nous avons donc d'emblée qualifié de « surconsommation » de psychotrope en prison, correspond déjà en pratique à une prescription plus importante de traitements psychotropes dans la population carcérale que dans la population générale.

Si cette prescription plus importante de psychotropes en prison constitue déjà une première particularité, l'acte en lui-même n'est pas conditionné par les mêmes enjeux que ceux en milieu libre, comme le développe Laurent Michel dans un chapitre du *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire* dédié aux thérapeutiques médicamenteuses [67]. Ce que nous soutenons ici, ce n'est pas que l'inobservance, le trafic et le mésusage de médicaments psychotropes soient l'apanage du milieu pénitentiaire, cela existe bien sûr également en milieu libre ; mais l'environnement de la prison « *amplifie et donne une visibilité extrêmement accrue à ces phénomènes* » [63]. En effet en prison, il existe bien une surconsommation de psychotropes avec en tête de liste les Benzodiazépines et leurs dérivés hypnotiques. Ces psychotropes sont les plus prescrits en milieu pénitentiaire et l'appétence des détenus pour ces classes de

molécules est plurifactorielle. Il y a, tout d'abord, les détenus qui présentent d'authentiques troubles anxieux et troubles du sommeil souvent réactionnels au cadre contraignant de la prison comme nous le décrivions précédemment. À cela va venir s'ajouter l'immédiateté de leur demande de soin, que nous évoquions également, qui va conduire les détenus à préférer des benzodiazépines et leurs dérivés aux effets sédatifs immédiats et rejeter des thérapeutiques de références, plus pérennes car moins nocives et addictogènes, mais dont les effets sont à moyen et long termes ; à savoir, les anti-dépresseurs dans le cadre des troubles anxieux, et les conseils hygiéno-diététiques ou des thérapies cognitivo-comportementales spécifiques dans les troubles du sommeil. Ensuite, il y a les détenus demandeurs de benzodiazépines et dérivés ayant déjà une dépendance à ces molécules ou, dans le même registre addictologique, mésusant de ces molécules comme substituts ou au contraire potentialisateurs de stupéfiants. Enfin, il y a les détenus demandeurs de benzodiazépines pour leurs effets sédatifs et amnésiants dans le but d'oublier la détention. Cet engouement des détenus pour les benzodiazépines et leurs dérivés hypnotiques, va avoir deux conséquences. La première va être le trafic. Ces molécules étant donc particulièrement demandées en prison, s'en faire prescrire garanti d'avoir en sa possession une monnaie d'échange pour obtenir des services et des biens de consommation courante de la part d'autres détenus. L'autre conséquence va être la stigmatisation des autres traitements psychotropes. En effet, puisque la consommation de benzodiazépines est particulièrement répandue parmi les détenus et que son usage est bien souvent autre que thérapeutique, ces molécules sont banalisées tandis que les autres classes de psychotropes vont être stigmatisées. En effet, il n'est pas rare qu'un détenu suivant un traitement autre que par Benzodiazépine, soit paradoxalement qualifié de « camé » ou de « toxicomane » par les autres détenus ; ou qu'il soit stigmatisé comme un « vrai fou », un « vrai malade mental » du fait de ce traitement autre, méconnu de la

détention. Le patient-détenu est bien sûr lui aussi pris dans ces représentations du médicament psychotrope, ce qui est un facteur considérable d'inobservance médicamenteuse et de réticence aux traitements anti-dépresseurs, thymorégulateurs et antipsychotiques devant être méticuleusement suivis au long cours pour être efficaces.

Rappelons-le encore, le mésusage, le trafic et l'inobservance médicamenteuse ne sont pas des exclusivités du milieu pénitentiaire. Cependant, la position du prescripteur en prison face à ces usages détournés de psychotropes n'est pas exactement la même que pour le prescripteur qui y est confronté en milieu libre. En prison, plus qu'en milieu libre, il y a un lien direct entre le prescripteur et les effets collatéraux de sa prescription. En effet, le nombre restreint de prescripteurs en prison, appartenant de toute manière à une unique équipe, et le fait que les patients soient détenus, font qu'il n'y a ni nomadisme médical ni patient « perdu de vue » en milieu pénitentiaire. De plus, la surveillance permanente des détenus va conduire à ce que l'inobservance, le mésusage des traitements et leur trafic soient plus souvent mis en évidence et pointés du doigt en milieu pénitentiaire qu'en milieu libre. Dans ce contexte, il n'est donc pas rare que le prescripteur en milieu carcéral doive répondre des mésusages et trafics médicamenteux des patients-détenus, là où en milieu libre peuvent être invoqués, par exemple, que le patient a dupé plusieurs médecins ou a échappé au suivi médical. Même si cela ne doit pas conditionner sa pratique, le fait que le prescripteur en prison soit plus fréquemment et plus directement confronté aux usages détournés du médicament par le patient-détenu, va influencer ses pratiques de prescriptions.

Les habitudes de prescription en prison ne sont pas influencées uniquement par l'instrumentalisation du médicament par les détenus. La prescription peut également être instrumentalisée par le contexte et les attentes pénitentiaires. Cela a déjà été

abordé à plusieurs reprises jusqu'ici, mais il est bien sûr inconcevable qu'une prescription de psychotropes ne soit réalisée dans une optique autre que celle du soin. La psychiatrie pénitentiaire a évolué et gagné en autonomie, et les demandes médicamenteuses explicites de l'Administration pénitentiaire pour maintenir « la paix carcérale » relèvent d'une autre époque. Actuellement, ce sont plutôt des situations de la pratique quotidienne en milieu carcéral qui viennent influencer la prescription médicamenteuse. Quelle position est censé tenir le prescripteur face à un détenu placé au quartier disciplinaire qui y présente un stress adapté ou des insomnies, ne justifiant pas une levée médicale de la sanction, et qui demande un traitement sédatif pour atténuer la pénibilité de sa situation ? Quelle attitude adopter face à un détenu ayant une impulsivité et une intolérance à la frustration inhérentes à sa personnalité, qui est inlassablement sanctionné et pour lequel la question d'un traitement à visée anti-impulsive se pose ? Le prescripteur est quotidiennement confronté à de telles situations pour lesquelles il doit déterminer si sa prescription médicamenteuse est thérapeutique, au sens où elle vient soulager la maladie, ou si cette prescription vise à rendre conforme le détenu à un contexte carcéral.

Face ce contexte carcéral et aux patients-détenus qui influencent et instrumentalisent la prescription médicamenteuse, les auteurs ayant étudié cette question formulent certaines recommandations permettant à la prescription de ne pas perdre son sens thérapeutique [63, 67]. Tout d'abord, comme en milieu libre, la prescription d'un traitement psychotrope en milieu pénitentiaire doit s'inscrire dans une prise en charge globale, en s'articulant avec la psychothérapie, l'éducation thérapeutique et les règles hygiéno-diététiques même si elles peuvent paraître incompatibles avec l'environnement carcéral. Cela est crucial car réduire une prise en charge au seul et unique traitement médicamenteux, revient déjà à l'instrumentaliser en lui conférant

une fonction de « remède miracle », de « remède à tout ». Le principe reste ensuite identique en ce qui concerne la prescription en elle-même. Comme en milieu libre, la règle est le respect des autorisations de mise sur le marché (AMM), des recommandations et indications consensuelles. La prescription doit se justifier par une indication diagnostique précise fondée sur des critères validés. Une fois réalisée, cette prescription, son indication, sa posologie, sa durée doivent être régulièrement réévaluées. De façon moins catégorique, certaines adaptations peuvent se justifier du fait de la spécificité du contexte carcéral. Éviter, par exemple, les molécules addictogènes comme les Benzodiazépines et préférer des molécules plus pérennes avec un effet sédatif comme certains anti-dépresseurs. Éviter la polymédication pour privilégier des ordonnances « simple » avec peu de molécules prescrites, que le patient pourra réellement comprendre et connaître avec de l'éducation thérapeutique. Enfin, en cas de mésusage persistant malgré les mesures d'éducation thérapeutique, envisager une délivrance quotidienne et contrôlée par une surveillance soignante.

Le psychiatre dans son rôle quotidien de prescripteur de psychotropes, est donc pris entre deux enjeux. D'une part, le rôle majeur de ces molécules dans l'arsenal thérapeutique face à la prévalence élevée des troubles psychiatriques en prison. D'autre part, l'instrumentalisation et l'usage détourné particulièrement fréquent, en tout cas particulièrement visible, de ces médicaments psychotropes en prison. Dans un tel contexte, afin de conserver le sens thérapeutique de la prescription, le psychiatre doit donc en priorité s'astreindre à respecter les grandes règles de prescriptions, que ce soit l'inscription du traitement médicamenteux dans une prise en charge globale tout comme le respect des recommandations de bonne pratique. C'est à la condition du respect de ce cadre, que le psychiatre peut ensuite effectuer certaines adaptations

quant au choix des molécules psychotropes qu'il prescrit avec une prise en compte des spécificités carcérales.

Nous avons ainsi pu voir jusqu'ici les particularités du soin psychiatrique en prison, en particulier ce qui concerne les psychothérapies et les thérapies médicamenteuses. Abordons à présent la question de l'hospitalisation du patient-détenu.

5. L'hospitalisation psychiatrique des personnes détenues

Lorsque la gravité des troubles psychiatriques du patient-détenu nécessite une prise en charge continue, une hospitalisation complète doit être mise en place. Pour cela, l'équipe soignante ne dispose pas de l'ensemble des alternatives d'hospitalisations complètes prévues en milieu libre. En ce qui concerne le patient-détenu, la législation prévoit trois lieux d'hospitalisations possibles :

- Les établissements de soins psychiatriques généraux habilités à recevoir des personnes en soins sans consentement.
- Les unités pour malades difficiles (UMD).
- Les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

Et deux modes d'hospitalisations possibles :

- L'admission en soin psychiatrique sur décision d'un représentant de l'état (ASPDRE) pouvant se faire dans les 3 structures précédemment citées.
- L'admission en soin libre ne pouvant être réalisée qu'en UHSA.

Nous n'évoquerons pas ici « l'hospitalisation » dans les lits dont disposent la plupart des SMPR. Ces lits étant plutôt des quartiers d'hébergements spécifiques au sein de la détention, il ne s'agit pas à proprement parler d'hospitalisation. Tant sur un plan administratif, le détenu bénéficiant d'une telle prise en charge n'est pas pour autant

admis dans un établissement hospitalier ; tant sur un plan pratique, sauf exception, la présence soignante n'y est qu'en journée et il s'agit donc plus d'une prise en charge de jour avec un hébergement, dont la fonction thérapeutique repose sur l'isolement de la détention courante, que d'une réelle hospitalisation complète.

Du point de vue du psychiatre pénitentiaire, la décision d'hospitalisation a priori la plus simple concerne les patients-détenus en capacité de consentir aux soins, qui y consentent, et qui présentent bien sûr des troubles psychiatriques justifiant une prise en charge hospitalière continue. Dans un tel cas de figure, la seule configuration prévue par la loi constitue une hospitalisation en soin libre en UHSA. Cependant, il faut avoir en tête que les UHSA couvrent les demandes d'hospitalisations d'une zone géographique définie et donc de plusieurs établissements pénitentiaires. Ainsi, pour des raisons logistiques, les UHSA fonctionnent la plupart du temps sur un mode d'admissions programmées avec des délais d'admissions plus ou moins importants suivant les régions. C'est sur ce point que la situation apparemment simple d'un patient-détenu relevant d'une hospitalisation libre, peut devenir plus délicate pour le psychiatre pénitentiaire. En effet, le délai d'admission en UHSA peut parfois s'avérer incompatible avec le niveau d'urgence d'une situation. Nous faisons ici surtout référence aux patients-détenus suicidaires et qui ne présentent pas de troubles altérant leur capacité de consentement aux soins. Pour les établissements disposant d'un SMPR, il est alors possible de temporiser en intensifiant la prise en charge de jour et en proposant un hébergement temporaire au sein du SMPR ; ou, dans le cas particulier du suicide, certains établissements sont dotés de cellules de protection d'urgence. Mais pour bon nombre d'établissements pénitentiaires ne disposant pas de tels moyens, le délai d'admission en UHSA peut sembler bien long et périlleux. Dans de telles situations, qui sont tout de même suffisamment fréquentes pour être soulignées, le psychiatre est pris dans une impasse légale et ne peut qu'attendre et temporiser avec

les moyens dont il dispose. En effet, seule une hospitalisation sous contrainte permettrait une admission en urgence dans un établissement psychiatrique général. Or, une telle procédure n'est destinée qu'aux personnes dont les troubles mentaux rendent impossibles leur consentement aux soins et qui constituent un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, comme le stipule l'article D.398 du Code de Procédure Pénale en renvoyant à l'article L3214-3 du Code de Santé Publique.

Si les hospitalisations en soin libre ne se révèlent donc pas si évidentes que ça, il en est de même pour les hospitalisations sans consentement, bien qu'il n'existe qu'un seul mode d'hospitalisation sans consentement pour le patient-détenu, l'admission en soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'état (ASPDRE). Comme nous l'évoquions, c'est l'article D.398 du Code de Procédure pénale qui fixe le cadre légal des hospitalisations sous contraintes des détenus : *« Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3214-3 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 3214-1 du code de la santé publique. Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D. 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation. »* [68]. « L'indication » d'une telle procédure figure donc dans l'article L.3214-3 du code de Santé Publique : *« Lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le préfet de police à Paris ou le représentant de l'Etat dans le département dans lequel se trouve*

l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son admission en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète dans les conditions prévues au II de l'article L. 3214-1. Le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil. Le régime de cette hospitalisation est celui prévu pour les hospitalisations ordonnées en application de l'article L. 3213-1. » [69] (l'article L.3213-1 du Code de Santé Publique correspondant aux admissions en soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'état).

Khaled Al Shouli, doctorant en droit, souligne les contradictions pratiques qu'entraîne ce cadre légal [70]. Comme nous le disions, ces détenus relevant d'une hospitalisation sous contrainte peuvent être reçus dans trois structures : les établissements psychiatriques généraux habilités à recevoir des personnes en soins sans consentement, les UHSA, les UMD. Idéalement, ces détenus relevant de l'article D.398 du Code de Procédure Pénal doivent préférentiellement être adressés vers les UHSA puisqu'il s'agit des structures disposant des moyens nécessaires à une prise en charge hospitalière continue et à une surveillance pénitentiaire ; autrement dit, les structures les plus aptes à assurer des fonctions de soins hospitaliers et de sécurité pénitentiaire. Quant à l'hospitalisation en UMD, elle est indiquée : « *Lorsque le patient atteint d'une grave pathologie psychiatrique refuse les soins et qu'il présente un état de dangerosité psychiatrique, le psychiatre traitant demande l'application de l'article D.398 du CPP (...) mais indiquera que l'état de dangerosité du sujet impose l'hospitalisation en UMD.* » [71]. Cependant, que ce soit pour l'UHSA comme pour l'UMD, chacune traite les demandes d'hospitalisations de multiples établissements psychiatriques et pénitentiaires, et ne peuvent fonctionner que sur un mode d'admissions programmées avec des délais plus ou moins longs. Or, la procédure

d'ASPDRE d'un détenu se réfère à l'article 3214-3 qui précise l'impossibilité du consentement en raison de troubles mentaux mais également la nécessité de soins continus immédiats. Cela conduit, en pratique courante, à ce que les détenus faisant l'objet d'une ASPDRE transitent d'abord par un établissement de psychiatrie générale dans lequel le délai d'admission est bref, avant d'être secondairement orientés vers l'UHSA ou l'UMD. Et c'est là qu'apparaît une contradiction entre le cadre légal et la réalité pratique. Dans l'attente de places en UHSA ou en UMD, ce seront aux équipes soignantes d'unités hospitalières de psychiatrie générale d'assurer une fonction sécuritaire pour laquelle elles n'ont ni la qualification, ni les moyens puisque l'article D.398 précise : « *Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D. 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation.* » [68], ce qui signifie que, contrairement aux UHSA, les unités psychiatriques générales recevant des détenus ne disposent pas de personnels pénitentiaires. Or, les détenus hospitalisés restent sous écrous et continuent de purger leur peine avec ce que cela implique comme restriction de visite, de communication téléphonique, de risque d'évasion et parfois de risque de violence. Autant de missions sécuritaires dont sont chargées les équipes hospitalières psychiatriques en recevant dans leurs unités un patient-détenu. Cela abouti à deux principales conséquences délétères pour la prise en charge du patient-détenu hospitalisé. La première est que, dans bon nombre d'établissements hospitaliers, les patients-détenus sont mis en chambre d'isolement pendant la totalité de leur hospitalisation. Il s'agit là d'une conséquence directe au fait qu'il soit demandé à des équipes soignantes d'assurer une fonction sécuritaire pour laquelle elles ne sont pas qualifiées. Elles en viennent spontanément à détourner leurs moyens de soins, les chambres d'isolements censées n'avoir qu'une seule et unique indication clinique, pour en faire des moyens sécuritaires. Cela devient encore plus inconfortable pour ces

équipes hospitalières lorsque chaque nouveau rapport faisant référence en la matière (guide méthodologique de 2012, rapport annuel du contrôleur général des lieux de privation de liberté de 2016 et 2017, recommandations de 2017 de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur l'isolement et la contention) vient rappeler le cadre strictement thérapeutique des chambres d'isolements, y compris pour les patients-détenus, et que leur statut de détenu à lui seul ne justifie pas la mise en isolement. Cela vient alors pointer du doigt les pratiques des équipes hospitalières qui font ce qu'elles peuvent avec les moyens dont elles disposent dans le cadre légal qu'on leur impose. Cela nous amène naturellement à la seconde conséquence de cette contradiction entre cadre légal et réalité pratique. Les équipes soignantes hospitalières se voyant attribuer une fonction sécuritaire auprès du patient-détenu, et ne sachant quels moyens mettre en œuvre pour mener à bien leur fonction de soin et cette fonction pénitentiaire, elles vont fréquemment prendre en charge ces patients-détenus de façon expéditive si un relai en UHSA ou en UMD se révèle trop long. Renvoyant prématurément en détention un patient qu'on saurait prendre en charge mais dont la présence dérange le fonctionnement institutionnel car il est également un détenu. Le but ici n'est pas d'accabler les services de psychiatries générales qui font ce qu'ils peuvent avec les moyens et les qualifications dont ils disposent pour assurer une mission sécuritaire qui n'est pas la leur. Le but n'est pas non plus d'accabler les UHSA et UMD qui, même si elles disposent de certains moyens plus adaptés, assurent elles-aussi une mission difficile et complexe, entre soins hospitaliers et sécurité. Le but ici est de montrer qu'il est nécessaire au psychiatre pénitentiaire décidant de l'hospitalisation d'un détenu, de connaître évidemment les indications et spécificités de procédure, mais également d'avoir à l'esprit l'ensemble des tenants et aboutissants autour de ces procédures d'hospitalisations lorsqu'il en prend la décision. L'idée étant que seule une connaissance et compréhension mutuelles des rôles de chacun, permettent une prise en charge

coordonnée et autant que possible adaptée ; un enjeu crucial lorsqu'une prise en charge d'un patient se relaye entre établissement pénitentiaire et établissement hospitalier.

On peut donc déplorer certaines contradictions du cadre légal des hospitalisations sous contrainte des détenus par rapport à la réalité pratique. Dans un registre toujours pratique mais également clinique, Thomas Fovet (psychiatrie de l'UHSA de Lille) et al. déplorent en 2017 [72] que le cadre légal n'indique les soins psychiatriques sans consentements que pour les détenus dangereux. En effet, ils soulignent à juste titre que dans : « *l'article L.3214-3 du Code de santé publique qui régit la seule modalité d'hospitalisation sans consentement (...) Le danger que constitue la personne pour elle-même ou pour autrui apparaît donc comme une condition nécessaire pour qu'elle puisse bénéficier de soins psychiatriques sans consentement* » [72]. Ils soulignent également la différence majeure par rapport au milieu libre, où les soins sans consentement à la demande d'un tiers sont indiqués en présence de troubles mentaux rendant impossible le consentement aux soins et qui justifient une hospitalisation complète (article L.3212-1 du Code de Santé Publique), sans la nécessité d'une quelconque dangerosité. Fovet illustre son propos de deux vignettes cliniques de détenus présentant des troubles délirants, nécessitant des soins hospitaliers mais ne pouvant y consentir du fait de leurs troubles. À défaut d'autres modalités possibles, ces deux patients sont hospitalisés en ASPDRE et, lors de l'audience règlementaire sous douzaine devant le juge des libertés et de la détention, chacune de ces deux situations aboutit à une mainlevée de la mesure de soin sous contrainte, avec comme argument l'absence de dangerosité pour le patient lui-même ou pour autrui. L'arrivée des UHSA a donc permis une avancée pour l'accès aux soins psychiatriques de personnes détenues, qui peuvent à présent être hospitalisées en soin libre avec leur consentement. Cependant, du côté des hospitalisations sans consentements, il n'existe qu'une seule

modalité de soins psychiatriques sans consentement en milieu pénitentiaire, les soins sur décision d'un représentant de l'état qui requièrent un élément de dangerosité du patient pour être appliqués. Cela crée une faille dans l'arsenal décisionnel du psychiatre pénitentiaire dont ce dernier doit avoir connaissance dans sa pratique. Cette faille, c'est la mise en place d'une hospitalisation respectant le cadre légal, pour des détenus présentant des troubles psychiatriques nécessitant une hospitalisation et rendant leur consentement au soin impossible mais sans éléments de dangerosité pour eux-mêmes ou pour autrui. Des patients qui relèveraient de soins psychiatriques à la demande d'un tiers en milieu libre, mais ne peuvent pour le moment en bénéficier s'ils sont détenus.

L'équipe psychiatrique en prison doit donc prendre en compte une interface complexe pour décider au mieux d'une hospitalisation psychiatrique concernant un détenu. Il n'y a pas que dans ce contexte que la psychiatrie pénitentiaire est en interface avec l'extérieur, c'est également le cas dans sa mission de préparation de la sortie de prison du détenu-patient.

6. La préparation à la sortie

Sophie Baron-Laforet et Betty Brahmy, deux éminentes figures de la psychiatrie pénitentiaire française, co-écrivent en 1998 un article dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale [73] dans lequel elles rappellent les repères temporels de l'incarcération qui rythment certaines manifestations psychopathologiques chez la plupart des détenus. S'il semble assez intuitif que les temps de la mise en garde à vue, de la mise sous écrou et du jugement s'accompagnent couramment de manifestations anxieuses et autres décompensations psychiques chez les détenus, cette même intuition peut conduire, à tort, à penser que la sortie de prison n'est que joie et bonheur. Or, en

pratique, il en est bien souvent autrement : « *La sortie de prison est, dans l'imaginaire des intervenants extérieurs, un événement heureux, libérateur. Le détenu tient ce discours tout au long de son incarcération. La sortie est un moment stressant : que vont-ils trouver dehors ? Beaucoup n'ont rien, vont-ils être capables d'affronter la vie quotidienne, de faire face aux reproches ou aux relations qui ont changé sans retomber dans les mêmes aléas ? La sortie est d'autant plus difficile que le temps d'incarcération est long : la perte d'autonomie est grande en prison du de la déresponsabilisation totale (portes, nourriture, ...). L'habitude d'être surveillé va les suivre.* » [73]. Cela nous amène donc à un premier enjeu de la préparation de la sortie de prison, accompagner le détenu dans cette étape pouvant être particulièrement source de détresse psychique, surtout si le détenu sortant est isolé, sans ressource tant sur le plan socio-familial que sur le plan du soin. Les autres enjeux de la préparation de la sortie de prison, sont expliqués par Laurent Michel dans un chapitre dédié du *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire* : « *Le milieu carcéral est devenu un lieu privilégié d'accès aux soins pour une population en rupture avec tout référentiel en milieu ouvert. La proximité avec des équipes de soins pluridisciplinaires sensibilisées aux addictions et aux pathologies qui les compliquent, aux affections somatiques associées à la précarité et à la prise en charge de troubles psychologiques intriqués avec le statut criminologique (conduites dyssociales, agressions sexuelles) offre une opportunité particulière de fournir des prises en charge adaptées. De telles prises en charge n'ont aucun sens, voir peuvent revêtir une symbolique délétère (des soins possibles uniquement en prison ?), si elles ne sont pas accompagnées d'une perspective de continuité post-pénale.* » [74]. Présentée de façon synthétique, la préparation du détenu à sa sortie d'incarcération constitue donc l'une des missions spécifiques de la psychiatrie en prison car :

- cette étape est fréquemment source de détresse psychique chez les détenus.

- c'est l'un des objectifs de la prise en charge psychiatrique en prison que de fournir une stabilité au patient, ne pas recréer de rupture chez des individus dont le parcours de vie n'est fait que de rupture.

- il est crucial de maintenir à l'extérieur le contact qui s'est tissé avec le dispositif de soin durant l'incarcération, pour des individus parfois tellement en marge de la société, qu'ils n'ont que l'opportunité de l'incarcération pour accéder aux soins.

- plus fondamentalement, parce que la prison n'est qu'un passage dans la vie d'une personne, il en va donc du sens et de la cohérence de l'intervention psychiatrique en prison, que cette même intervention s'inscrive dans une perspective au-delà du temps d'incarcération, qu'il y ait une suite après la sortie.

Cette préparation du patient-détenu en vue de sa sortie de prison va donc consister en un relai, l'élaboration d'une continuité avec les dispositifs extérieurs. Pour que cela puisse s'effectuer, une évaluation pluridisciplinaire s'impose souvent. Il s'agit tout particulièrement d'une évaluation médico-sociale car à la sortie de prison : « *L'urgence sociale peut reléguer au second plan les objectifs sanitaires, voire les annuler. On ne pourra pas avoir beaucoup d'ambition thérapeutique si un détenu est sans domicile fixe et sans aucun soutien à sa sortie, ou se retrouve confronté à des difficultés financières, affectives ou familiales insurmontables.* » [74].

Plus précisément, les facteurs qu'il sera utile d'évaluer et de prendre en compte dans la préparation de la sortie du détenu sont :

- des éléments de faisabilité technique : suivant sa domiciliation et ses ressources, la personne sortie de prison aura-t-elle les moyens techniques d'accéder aux dispositifs de soin ? Moyens de transport, structures de soins accessibles, ouverture des droits sociaux garantissant une couverture des soins médicaux, etc.

- des éléments de faisabilité humaine et individuelle : le patient est-il en capacité de suivre les soins ? quel est son degré d'autonomie, sa capacité d'initiative, son rapport

au soin, etc.

- des éléments contextuels sociaux et judiciaires : le détenu libéré a-t-il un domicile, a-t-il un entourage familial, un réseau social ? Est-il en situation irrégulière ? Quel est sa situation financière ? La sortie de prison est-elle prononcée avec ou sans suivi socio-judiciaire ? S'il y a suivi, est-ce une injonction de soin avec une prise en charge supervisée par un médecin coordonnateur, ou une obligation de soins en coordination avec le SPIP ?

Tous ces éléments à prendre en compte font que chaque sortie d'incarcération est une situation unique et doit faire l'objet d'une prise en charge individualisée. À un extrême, il pourra tout à fait se présenter le cas de figure d'un patient-détenu sortant de prison dans un contexte particulièrement stable, tant sur le plan médical que social, et auquel il sera alors indiqué de reprendre contact avec un dispositif de soin extérieur s'il en éprouve le besoin. À un autre extrême, se présente parfois le cas de patient-détenu dont l'autonomie est tellement impactée par leur psychopathologie, qu'un relai par une hospitalisation complète s'impose dès la sortie de prison. Entre ces deux extrêmes, il y aura plus fréquemment le cas de patients-détenus sortants, devant être mis en lien avec le dispositif de soins psychiatriques ambulatoires. Dans ce cadre, on peut distinguer deux points de vue. D'une part, certains praticiens soutiennent et rappellent que l'une des missions instituées du SMPR est le suivi post-pénal. En pratique, seul certains SMPR en France réalisent ce suivi des patients-détenus après leur sortie de prison, le temps nécessaire à ce que la prise en charge soit relayée vers le dispositif de soin psychiatrique général. Les praticiens critiquant ce suivi post-pénal par le SMPR, concèdent que cette pratique réduit efficacement le risque de rupture de prise en charge à la sortie de la prison. Cependant, ils soulignent deux limites à cette pratique. La première est que le suivi post-pénal réduit le risque de rupture de prise en charge lors de la sortie de prison, mais ne garantit pas pour autant la réussite du relai avec le

dispositif de soins psychiatrique général qui doit de toute manière avoir lieu par la suite. La seconde limite du suivi post-pénal par le SMPR, et non des moindres, est qu'il est extrêmement courant qu'à la libération, le patient-détenu éprouve un besoin de complète rupture avec tout ce qui peut se rattacher au temps traumatique de l'incarcération, y compris l'équipe soignante pénitentiaire. Ces praticiens, plutôt pessimistes quant à un suivi post-pénal assuré par le SMPR, soutiennent plutôt l'idée d'une préparation à la sortie du patient-détenu qui s'opèrerait avant la sortie de prison, dans une perspective de réinscription dans le tissu social pour le détenu. Cela passerait dans un premier temps par des rencontres durant l'incarcération entre les futurs intervenants de la prise en charge et le patient-détenu ultérieurement sortant puis, dans la mesure du possible, des permissions pour que le patient-détenu puisse aller à la rencontre des structures de soin vers lesquelles il sera orienté à sa sortie et où il retrouvera les intervenants rencontrés préalablement.

En pratique, ces deux points de vue, quant à la préparation de la sortie du patient-détenu, ont leurs forces et leurs faiblesses et c'est l'évaluation pluridisciplinaire de la situation du patient-détenu sortant qui va orienter le choix de relai, d'où l'importance de cette étape préalable. Prenons tout d'abord l'exemple d'un patient-détenu sortant présentant une problématique complexe amenant la prise en charge à être particulièrement intriquée entre psychiatrie et criminologie, éventuellement avec un suivi socio-judiciaire ordonné. Dans un tel contexte, un suivi post-pénal assuré par une équipe de SMPR ayant une expertise dans la prise en charge de situations aux intrications médico-judiciaires, s'avèrerait tout à fait pertinente. A contrario, dans le cas d'un patient-détenu sortant pour lequel l'incarcération peut être lue comme une étape parmi d'autres d'un parcours de vie marginal et précaire, et dont l'enjeu principal de la prise en charge est la réinsertion sociale, il apparaîtra plus opportun d'opter pour un relai à la sortie de prison mettant l'accent sur la continuité avec des dispositifs

médico-sociaux généraux.

Il est donc tout à fait intéressant de constater que l'intervention psychiatrique en prison ne se limite pas aux murs de la prison et au temps de l'incarcération. L'une de ses missions prend place dans « l'après » incarcération, à l'extérieur de la prison, mais il est important que la psychiatrie pénitentiaire connaisse les limites de sa mission post-pénale pour qu'elle prenne en charge le patient-détenu sortant de prison de la façon la plus adaptée à sa situation. Cette discussion concernant la préparation de la sortie de prison du patient-détenu, vient clore la partie traitant de ce que nous estimons être les principales spécificités d'ordre pratique de l'intervention de la psychiatrie en prison. Nous restons cependant dans le domaine des spécificités de la psychiatrie pénitentiaire, puisque nous allons à présent développer le thème de spécificités cliniques de cette discipline.

D. Les spécificités cliniques de la psychiatrie pénitentiaire

1. La prévalence des troubles psychiatriques en prison

Avant de se focaliser sur des spécificités cliniques psychiatriques « individuelles » chez les détenus, il est nécessaire d'aborder une particularité clinique qui concerne l'ensemble de cette population : la prévalence élevée des troubles psychiatriques en prison.

Dans un article publié en 2018 [75], les psychiatres Thomas Fovet et Pierre Thomas et le socio-épistémologiste Laurent Plancke réalisent une synthèse des données épidémiologiques concernant les troubles psychiatriques en milieu carcéral. Ils rappellent les conclusions des méta-analyses de Fazel [65,66,76], références internationales en matière d'épidémiologie des troubles psychiatriques en prison : « *Les méta-analyses de Seena Fazel, dont la dernière incluait 109 études*

internationales (plus de 33000 sujets), font actuellement autorité dans ce domaine et apporte un niveau de preuve très solide d'une surreprésentation de l'épisode dépressif caractérisé et des troubles psychotiques en détention. Un détenu sur sept souffrirait de l'une ou l'autre de ces pathologies. Les troubles addictifs sont également largement surreprésentés en prison avec des cooccurrences fréquentes avec les troubles psychiatriques. » [75]. Fovet, Thomas et Plancke précisent cependant que ces grandes méta-analyses présentent certaines limites. Plus précisément, elles incluent de nombreuses publications avec des effectifs faibles et, d'une étude à l'autre, ce ne sont pas les mêmes outils diagnostiques qui sont utilisés et certains sont parfois inadaptés au milieu carcéral. Autre limite de ces méta-analyses internationales, les variations importantes des résultats pouvant être constatées d'un pays à un autre. Des variations liées notamment aux différences de fonctionnement des institutions judiciaires d'un pays à un autre. Ce sont ces limites des grandes méta-analyses internationales qui ont encouragées les auteurs à effectuer un état des lieux sur le sujet de la prévalence des troubles psychiatriques en prison, ciblé sur la France. Les études épidémiologiques dans les prisons françaises n'ont commencé à être réalisées qu'après 1994, date à partir de laquelle le service public hospitalier se voit attribuer les missions de diagnostic et de soin des personnes détenues. D'emblée, ces premiers travaux mettent en évidence l'importante prévalence des troubles psychiatriques parmi les détenus. À partir de 1999, c'est la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) qui va réaliser plusieurs enquêtes, en particulier dans les SMPR. Ces enquêtes successives vont tendre à inclure un nombre de plus en plus important de sujets et chercher à caractériser, à définir avec plus de précision ce qui compose cette haute prévalence. En 1999 puis en 2001 et 2003, les conclusions de la DREES s'affinent : « *Des symptômes psychiatriques ont été identifiés chez 40% des personnes évaluées à l'entrée en détention avec au premier plan, les troubles addictifs et les*

troubles anxieux. Par ailleurs, parmi les détenus suivis par les SMPR, il était mis en évidence une prévalence de 8% pour les troubles psychotiques, 7% pour les troubles de l'humeur, 12% pour les troubles anxieux 34% pour les troubles de la personnalité. »

[75]. Les études qui vont être réalisées ensuite vont plutôt tendre à améliorer leur méthodologie, en mettant en place des protocoles prospectifs et plus rigoureux en matière de « mesures » diagnostiques : *« l'étude épidémiologique qui fait actuellement référence (...) est celle de Bruno Falissard et collaborateurs menée entre 2003 et 2004. (...) L'une des grandes forces de ce travail est que les diagnostics ont été établis à partir des critères du Manuel statistique et diagnostiques des troubles mentaux (DSM-IV), par un outil standardisé (le Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI) mais également par le consensus d'un binôme de cliniciens (psychologue ou psychiatre). Les résultats montrent que 36% des personnes incarcérées présentent au moins une maladie psychiatrique de gravité marquée à sévère (...) des travaux complémentaires sur cette même cohorte ont pu montrer la fréquence particulièrement importante des troubles addictifs et surtout celle du « double diagnostic » (caractérisé par l'identification d'un trouble psychiatrique associé à un trouble addictif), retrouvé chez 26,3% des détenus (...) Une étude utilisant une méthodologie similaire (...) a mis en évidence une prévalence de 24,7% pour l'épisode dépressif caractérisé, 27,7% pour les troubles anxieux 24,7% pour les dépendances et 12,7% pour les troubles psychotiques (4,1% pour la schizophrénie). »*

[75]. Les études épidémiologiques utilisant donc les classifications internationales et les nosographies des maladies mentales évoluant, les prévalences d'autres troubles psychiatriques vont être explorées. C'est en particulier le cas pour le trouble de stress post-traumatique mais aussi le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité, qui se révèlent également surreprésentés parmi les détenus. La dernière grande étude épidémiologique en milieu carcéral réalisée en France est l'étude *Santé en population*

carcérale [77] : « une enquête multicentrique transversale menée auprès de personnes majeures entrées en détention entre 2014 et 2017 dans le Nord et le Pas-de-Calais. C'est la première étude qui compare les prévalences des troubles psychiatriques des personnes entrant en détention avec celle d'une population appariée de la même région. Elle renseigne l'état de santé d'une population adressée en prison par la justice. Les troubles observés ne peuvent donc pas être attribués à l'effet au long cours de l'environnement carcéral. (...) Les troubles ont été identifiés par le Mini international neuropsychiatric interview (MINI). (...) Les résultats confirment le haut niveau de morbidité psychiatrique chez les personnes entrant en prison, très supérieur à celui mesuré en population générale. 7 personnes sur 10 présentent au moins un trouble (...) L'autre résultat le plus frappant est la prévalence massive des comorbidités psychiatriques, avec une place importante mais non exclusive pour les troubles addictifs. » [75]. Cette dernière étude en date présente donc deux points d'intérêts supplémentaires par rapport aux études épidémiologiques précédentes. Le premier, est d'offrir une comparaison entre la prévalence des troubles psychiatriques des personnes entrant en détention et celle d'un échantillon apparié de la population générale de la même région. On peut ainsi saisir l'ampleur du différentiel de prévalence entre détenus arrivants et population générale. Une fois encore, l'étude montre que tous les troubles psychiatriques ont une prévalence plus élevée chez les détenus entrants que dans la population générale (voir le graphique placé en Annexe 2). Pour ne citer que les chiffres les plus emblématiques, l'étude rapporte deux fois plus de trouble dépressif parmi les détenus arrivants que dans la population générale, trois fois plus d'agoraphobie, plus de deux fois plus de trouble panique, plus de neuf fois plus d'état de stress post-traumatique, quatre fois plus de dépendance aux drogues. Le second intérêt que présente cette étude, est sa volonté d'essayer de ne pas confondre les troubles préalables à l'incarcération et les troubles qui pourraient être attribués aux

effets de l'environnement carcéral. Car les auteurs ne se limitent pas à la description de cette prévalence particulièrement élevée des troubles psychiatriques en prison, ils tentent également d'analyser cette donnée épidémiologique singulière ; tout particulièrement d'en comprendre l'origine dans le but d'anticiper comment cette prévalence va évoluer par la suite.

Sur cette question, nous pouvons nous appuyer à nouveau sur les travaux des psychiatres pénitentiaires Betty Brahmly (*Psychiatrie et Prison*, 2005 [78]), Pierre Thomas, Thomas Fovet et Ali Amad (*Psychiatrie en milieu pénitentiaire, entre nécessité et ambiguïté*, 2015 [79]). Selon ces auteurs, la prévalence singulière des troubles psychiatriques en prison aurait une origine multifactorielle. Dit de façon on ne peut plus résumée, le fait que la prévalence des troubles psychiatriques, tous troubles confondus, soit plus élevée en prison que dans la population générale, s'expliquerait par l'évolution des fonctionnements de la justice et de la psychiatrie publique. Par ailleurs, l'incarcération et l'environnement carcéral expliqueraient la « sur-prévalence » pénitentiaire de certains troubles mentaux ou certaines expressions psychopathologiques.

Concernant tout d'abord l'évolution du fonctionnement judiciaire et de la psychiatrie publique, on retrouve tout un ensemble de facteurs qui se sont progressivement cumulés et qui expliquent le nombre d'individus incarcérés présentant des troubles psychiatriques. Reprendre l'évolution de l'expertise psychiatrique en France constitue une trame pertinente pour rendre compte de ces changements dans le champ judiciaire et de la psychiatrie publique. Comme le décrit la sociologue Caroline Protais dans un article de 2018 : « *En matière criminelle, depuis un demi-siècle, se dessine une évolution importante de l'expertise, qui se manifeste dans la façon dont les psychiatres appréhendent le principe d'irresponsabilité pour cause de trouble mental. Au niveau des chiffres, le nombre de non-lieux pour troubles psychiatriques a été*

divisé par quatre entre le milieu des années 1980 et aujourd'hui. (...) Cette baisse statistique n'est pas qu'un épiphénomène si on se place dans une histoire de l'expertise envisagée depuis les années 1950... » [80]. Jusqu'aux années cinquante donc, les experts psychiatres se représentent la personne atteinte de maladie psychiatrique comme ayant un rapport à elle-même et à autrui si profondément perturbé que sa liberté en est de fait altérée. Dans une telle vision du malade psychiatrique, responsabiliser pénalement ces individus n'a pas de sens car ils semblent inaccessibles au travail de remise en cause attendu à l'issue d'une condamnation pénale. Dans ce cadre, l'irresponsabilité pénale est à cette période appliquée à un large ensemble de troubles psychiques, de la psychose stabilisée comme décompensée, à certains troubles névrotiques. Or, des années cinquante aux années soixante-dix, les représentations de la psychiatrie vont changer et va progressivement naître « *une éthique de la responsabilisation justifiée par des arguments thérapeutiques et humanistes* » [80]. Lors des profondes remises en question de la psychiatrie dans la période d'après-guerre, l'idée générale est de faire disparaître les représentations de l'aliéné mental et de l'asile. D'une part, en arrêtant de voir la personne atteinte de maladie psychiatrique comme un individu en incapacité totale de se définir, d'autre part, en arrêtant de le considérer comme un autre à mettre à distance, à isoler du reste de la société. Sur le plan pénal, cette vision humaniste de la personne présentant un trouble psychiatrique remet en cause le principe d'irresponsabilité pénale. Émergent alors des visions théoriques selon lesquelles le rappel à la loi serait thérapeutique pour les malades ayant commis une infraction et qu'à contrario, l'irresponsabilité pénale et le non-lieu qui s'en suit, seraient anti-thérapeutiques pour l'individu souffrant de maladie mentale, qu'une telle mesure serait marginalisante et aliénante, d'autant plus qu'elle aboutit à une hospitalisation psychiatrique au long cours, parfois à vie. Dans ce contexte de basculement idéologique progressif, la pratique expertale devient de plus en plus

responsabilisante à l'égard des patients souffrant de troubles psychiatriques et tend à se restreindre essentiellement aux personnes présentant des troubles psychotiques. Des années quatre-vingt-dix aux années deux mille : *« d'autres justifications prennent le pas. La sensibilité de l'expert à la dangerosité et à la récurrence semble accrue et renforcée par certaines affaires très médiatisées. (...) La question des victimes est également très présente dans le débat sur l'irresponsabilité depuis les années 1990. (...) un sentiment de sollicitude envers les victimes s'étend chez les experts psychiatres. Depuis 1986, ils les rencontrent en expertise et leurs revendications sont nettement défavorable de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental. (...) L'éthique change alors de camp. Si elle était du côté des malades dans les années 1970, elle se tourne à partir des années 1990 du côté de la société et de la victime. »* [80]. Ce passage d'une éthique humaniste à une vision plus sécuritaire et victimaire, alimente le mouvement déjà en cours de responsabilisation des malades mentaux délinquants. Une responsabilisation d'autant plus applicable en pratique que le code pénal de 1994 intègre la notion de responsabilité atténuée (Article 122-1, alinéa 2 du Code pénal), un cadre légal prévoyant purement et simplement la responsabilisation pénale de personnes atteintes de maladie mentale. Si bien qu'actuellement, en dehors du registre des déficiences intellectuelles, l'irresponsabilité pénale ne semble plus s'appliquer qu'aux cas de personnes souffrant de psychoses avec des symptômes manifestes témoignant d'un rapport à la réalité défailant au moment des faits (délires, dissociation, ...), autrement dit les psychoses « décompensées ». Les délinquants présentant une psychopathologie autre et qui étaient potentiellement encore accessible à l'irresponsabilité pénale dans les années cinquante, sont aujourd'hui responsabilisés et donc, suivant l'infraction, potentiellement incarcérés. Cependant, il n'y a pas que la diminution du nombre d'irresponsabilités pénales déclarées qui explique la prévalence élevée de troubles psychiatriques en prison. Une autre évolution de l'appareil judiciaire

fréquemment citée, est l'augmentation du nombre des procédures judiciaires courtes, en particulier les comparutions immédiates. De telles procédures ne sont pas adaptées pour la mise en évidence et la prise en compte d'une éventuelle psychopathologie qui aurait pu sous-tendre l'infraction jugée. Dans ces procédures ultrarapides, l'avocat est souvent désigné d'office et a peu l'occasion d'étudier le dossier. De telles procédures débouchent très rarement sur une expertise psychiatrique permettant d'objectiver les troubles et de les mettre en lien avec l'infraction, et les prévenus sont dans la plupart des cas totalement responsabilisés et donc souvent incarcérés. Pour expliquer la prévalence des troubles psychiatriques en prison, les auteurs désignent également certains facteurs du côté du dispositif de soins psychiatriques public et les évolutions qu'il a connu. Nous l'évoquions précédemment, la psychiatrie a connu un changement majeur de ses représentations du patient et du soin pendant la période des années cinquante aux années soixante-dix. Cette idée d'un malade non plus isolé à l'asile mais inséré dans la société, s'incarne dans les années soixante par la politique de sectorisation : « *un dispositif extrêmement performant, reposant notamment sur un travail important de prévention et la prise en charge des malades mentaux en ambulatoire pour éviter l'hospitalisation psychiatrique.* » [78]. Or, si ce dispositif était performant dans les années soixante, il connaît depuis quelques années d'importantes difficultés. Le secteur psychiatrique doit faire face à une demande de soins en augmentation constante, avec une diminution constante du nombre de médecins psychiatres et de lits d'hospitalisation en psychiatrie. Le virage ambulatoire des soins psychiatriques a eu lieu, et se poursuit encore, mais sans que les moyens humains et logistiques n'aient suivi. De ce constat, certains auteurs prennent un raccourci en faisant directement corréler, sur les dernières décennies, la diminution constante du nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie avec l'augmentation constante du nombre de personnes incarcérées ; avec comme facteur faisant le lien entre les deux

faits, l'augmentation de la prévalence des troubles psychiatriques en prison. Un tel postulat mérite d'être nuancé, car il serait en faveur d'un terrible message en matière d'insertion sociale des personnes atteintes de maladie mentale, celui qu'une personne souffrant de troubles psychiatriques, si elle n'est pas placée à l'hôpital psychiatrique, se trouve finalement placée en prison. Premièrement, il est important de préciser que l'augmentation constante du nombre de personnes incarcérées est un phénomène sociétal complexe, sous-tendu par des facteurs autant sociaux, que politiques et judiciaires. Analyser un tel phénomène de manière univariée par la fermeture des lits d'hospitalisation en psychiatrie, est donc forcément biaisé. Deuxièmement, penser qu'une personne atteinte des troubles psychiatriques transvase vers la prison si elle n'est pas hospitalisée en psychiatrie, revient indirectement à soutenir que les troubles psychiatriques favorisent la délinquance. Or une telle corrélation entre maladie mentale et délinquance s'avère fausse comme le rappellent Fovet, Thomas et Amad :

« Il est important de signaler que les personnes souffrant de troubles mentaux sont bien plus souvent victimes d'actes de délinquance qu'ils n'en sont eux-mêmes les auteurs et qu'un peu plus de 90% de sujets souffrant de troubles psychiatriques ne commettent jamais d'actes de violence pendant leur existence. Le nombre absolu d'actes de délinquance commis par des patients souffrant de troubles psychiatriques oscille entre 3 à 5% des affaires. Les troubles psychiatriques plus sévères tels que la schizophrénie, les troubles délirants, les troubles bipolaires sont des pathologies où le risque d'agressions physiques est quatre fois supérieur à celui de la population générale. Mais il est important de considérer que des facteurs associés contribuent à cette augmentation du risque, en particulier la précarité, l'isolement social, et les addictions aux substances psychoactives. (...) ce sont ces derniers facteurs qui augmentent les risques médico-légaux et pour lesquels il est important de proposer des mesures de prévention, de soins et d'accompagnement. » [79]. À la lumière de ces

éléments, penser que c'est la fermeture des lits hospitaliers qui conduit les patients à être incarcérés et que cela explique la surreprésentation de troubles psychiatriques en prison, est une analyse erronée. Car ce n'est pas la psychopathologie en elle-même qui est un facteur de délinquance mais surtout la précarisation sociale et les conduites addictives qui peuvent venir s'associer à cette psychopathologie si elle n'est pas prise en charge de manière adéquate. Certes l'hospitalisation venait assurer une part de cette fonction, comme le rappelle Betty Brahmy quant à la fermeture progressive des lits d'hospitalisation en psychiatrie : « *ces lits pouvaient non seulement accueillir des malades mentaux en décompensation aiguë, mais aussi des personnes en détresse psychologique et sociale. La réduction du nombre de lits a conduit nos collègues à renoncer à cette indication d'hospitalisation* » [78]. Mais la psychiatrie a évolué et progressé, notamment en matière de réhabilitation psycho-sociale. Et on sait à présent que prévenir la précarisation sociale d'un patient peut certes s'initier durant une hospitalisation, mais s'entretient dans la durée par la prise en charge ambulatoire. Et c'est sur ce point qu'une nuance importante est à expliciter. Parmi les patients autrefois hospitalisés pour une problématique psycho-sociale, certains ont pu suivre le virage ambulatoire malgré le manque de moyens et, dans tous les cas, être plus insérés dans la société qu'ils ne l'auraient été avec une hospitalisation complète au long cours ou à vie. Du fait d'un manque de moyens, ou des moyens encore inadaptés à la demande de soin ambulatoire, certains de ces patients autrefois hospitalisés dans un contexte psycho-social n'ont pas suivi le virage ambulatoire. Ces patients en rupture de soin ont rapidement connu une précarisation sociale et leur risque de délinquance, et donc d'incarcération, s'est accrue. Le but ici n'est donc pas de démontrer qu'il n'existe strictement aucun lien entre la réduction progressive des lits d'hospitalisations en psychiatrie et la prévalence des troubles psychiatriques en prison. L'objectif est de préciser que ce n'est pas une corrélation directe qui lie les deux phénomènes mais un

lien complexe est intriqué avec les autres facteurs que nous avons développés initialement, tels que l'évolution du fonctionnement de l'appareil judiciaire et l'évolution du concept d'irresponsabilité pénale.

L'ensemble des troubles psychiatriques ont une prévalence supérieure chez les détenus en comparaison à la population générale, et nous venons d'essayer de saisir quels étaient les facteurs à l'origine de cette surreprésentation. Un facteur influençant de façon cruciale cette prévalence n'a cependant pas encore été abordé, c'est l'incarcération en elle-même, en tant qu'environnement pathogène, d'une part, et « sélectif » de certaines psychopathologies, d'autre part. Un environnement qui dessine donc les spécificités de la sémiologie psychiatrique en milieu pénitentiaire. Une fois encore c'est le trio de psychiatres lillois Thomas Fovet, Pierre Thomas et Ali Amad qui développent spécifiquement le sujet dans un article publié en 2015 intitulé *Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part ?* [81].

Tout d'abord, ces auteurs expliquent en quoi l'incarcération entraîne « *un biais de sélection (« filtre » de l'incarcération) aboutissant à la présence, en détention, de patients présentant un profil particulier* » [81]. Au préalable, ils rappellent que la majorité des personnes souffrant de troubles psychiatriques ne commettent pas d'actes de délinquance au cours de leur vie et, lorsqu'elles sont impliquées dans de tels actes, elles en sont bien plus souvent les victimes plutôt que les auteurs. Ce cadre étant fixé, une minorité d'individus atteints de maladie mentale commettent tout de même des actes de délinquance et une littérature scientifique abondante œuvre à faire le lien entre psychopathologies et actes de délinquances (violents ou non). Un lien qui s'avère extrêmement complexe et multifactoriel. Certaines pistes ont cependant pu être identifiées quant aux facteurs de risque de passages à l'acte médico-légaux chez ces sujets présentant des troubles psychiatriques. En toute logique, ce sont ces profils psychopathologiques à risque de passages à l'acte médico-légaux qui seront les plus

prévalents en prison. En tête de ces facteurs de risque, fait consensus la présence de comorbidités addictives. En effet, quel que soit le trouble psychiatrique « initial », le sur-ajout d'une comorbidité addictive augmente le risque de passage à l'acte médico-légale. Un risque autant explicable cliniquement par la levée d'inhibition induite par la consommation, que sociologiquement par le mode de vie et les conduites à risque qu'implique une telle consommation. Le second type de psychopathologie constituant un risque de passage à l'acte, sont les symptômes psychotiques dans leur sens le plus strict, c'est-à-dire les idées délirantes et les hallucinations dont la personne ne reconnaît pas le caractère pathologique. Ces symptômes sont d'autant plus à risque de passage à l'acte violent, et on peut le comprendre intuitivement, lorsqu'ils sont à thème de persécution ou qu'ils constituent un syndrome d'influence. Autres précisions, ces symptômes psychotiques constituent un facteur de risque quel que soit la psychopathologie dans laquelle ils s'intègrent (trouble psychotique bref, schizophrénie, trouble délirant persistant, troubles psychotiques induits par une substance, trouble de l'humeur avec symptômes psychotiques, ...). Pour rebondir sur le sujet du délire à thème de persécution, les individus étant pathologiquement interprétatifs et sensitifs, sont également à risque de passages à l'acte médico-légaux, même si leurs troubles ne s'intègrent pas dans un authentique syndrome délirant. C'est par exemple le cas de certaines personnalités paranoïaques, certains états de stress post-traumatiques, ou certaines dépressions dans lesquelles prédominent irritabilité et colère. Enfin, les profils psychopathologiques impulsifs puisque, par définition, ils sont à risque de passage à l'acte, sont à risque de passage à l'acte délinquant. Ces troubles psychiatriques comprenant une impulsivité sont en particulier les épisodes maniaques et hypomaniaques dans le trouble bipolaire, le trouble de déficit de l'attention/ hyperactivité, ainsi que les troubles de la personnalité borderline et psychopathique.

Après avoir développé comment l'incarcération pouvait « filtrer » certains profils psychopathologiques plus que d'autres, Fovet, Thomas et Amad expliquent comment l'incarcération peut également faire émerger certains troubles psychiatriques ; autrement dit le caractère pathogène de la détention.

L'environnement carcéral constitue en effet un véritable concentré de facteurs de stress. Les auteurs rappellent la surpopulation, en particulier dans les maisons d'arrêt, et la vétusté pour ne pas dire l'insalubrité dans bon nombre d'établissements pénitentiaires français. À cela s'ajoute au quotidien des détenus « *la promiscuité, l'inactivité, la contrainte, l'isolement affectif, etc. s'ajoutent à cela des relations souvent très tendues voire conflictuelles avec les membres de l'administration pénitentiaire.* » [81]. Fovet, Thomas et Amad distinguent deux types de symptomatologies psychiatriques prévalentes parmi les détenus, et dont l'émergence est liée au stress carcéral. D'une part, les symptomatologies aspécifiques liées au stress, qu'il soit de nature carcérale ou autre, d'autre part, les symptomatologies spécifiquement liées au stress carcéral.

En ce qui concerne les symptomatologies aspécifiques liées au stress, cela repose sur le modèle stress-vulnérabilité. Il s'agit du modèle étiopathogénique : « *conceptualisant les liens entre facteurs de vulnérabilité et facteurs de stress dans l'émergence des pathologies psychiatriques (...) Ces modèles tentent d'expliquer comment les facteurs de stress peuvent déclencher des symptômes aigus (anxiété, insomnie, tristesse de l'humeur réactionnelle, crise suicidaire, etc.), favoriser une décompensation chez un patient stabilisé, aggraver les symptômes d'un patient présentant des symptômes résiduels, ou constituer un facteur précipitant l'entrée dans une pathologie chronique comme la schizophrénie ou le trouble bipolaire. Le principe directeur de ces modèles est le fait que chaque sujet présente un certain degré de vulnérabilité (déterminé en partie par des facteurs génétiques mais également par des facteurs*

environnementaux précoces) qui, en interagissant avec des facteurs de stress environnementaux, peut aboutir à l'émergence de symptômes, voire d'une pathologie. » [81]. Ce type de modèle se révèle particulièrement pertinent en milieu carcéral puisqu'on y retrouve une composante stress particulièrement intense et soutenue mais également une composante vulnérabilité très présente. En effet, en tête de liste des facteurs de vulnérabilités très présents dans la population des détenus, on constate très fréquemment chez ces personnes des parcours de vie traumatiques tant à l'âge adulte que durant les étapes précoces du développement (adolescence, enfance, petite enfance). Ces expériences traumatiques à des étapes développementales déterminantes, forment des vulnérabilités desquelles peuvent émerger certaines psychopathologies sous l'effet de conditions stressantes. Ce modèle permet donc d'expliquer autant l'importante prévalence que la grande diversité des tableaux psychopathologiques rencontrés en milieu pénitentiaire ; des troubles du sommeil et troubles anxieux jusqu'à la schizophrénie décompensée.

Par ailleurs, chaque environnement stressant présente ses caractéristiques propres. Les facteurs de stress retrouvés en détention (enfermement, promiscuité, surveillance constante, isolement sensoriel et affectif, etc.) ne vont pas être les mêmes que les facteurs de stress liés au travail ou à des difficultés socio-familiales, qu'on identifie régulièrement dans la pratique clinique en milieu ordinaire. Ces facteurs de stress propres à la prison vont donner une « teinte » spécifique à la symptomatologie émergeant dans l'environnement carcéral. Parmi ces symptomatologies spécifiques liées au stress carcéral, on en identifie tout particulièrement deux. Tout d'abord, sont identifiés les passages à l'acte auto-agressifs (tentatives de suicides, automutilation, grève de la faim, etc.). Dans le cadre de la prison, de tels passages à l'acte traduisent souvent un épuisement des capacités d'adaptation face au stress carcéral quotidien. Mais dans un autre registre, si on se place sous un angle de lecture symbolique et au

niveau de la réalité psychique du détenu, ce type de passage à l'acte constitue fréquemment le seul moyen de revendication possible dans l'environnement carcéral où la personne détenue ne dispose parfois que de son propre corps et de sa propre vie comme ultime « espace » de liberté. Ensuite, le second type de symptômes psychiatriques spécifiquement liés au stress carcéral, sont les idées délirantes de persécution. En s'appuyant sur les travaux de Daniel Freeman [82,83] sur « *la genèse des idées délirantes de persécution et des interprétation pathologiques* » [81], Fovet, Thomas et Amad expliquent que la prison réunit la plupart des facteurs favorisant l'émergence d'idées délirantes de persécution. Il s'agit, d'une part, de facteurs environnementaux, à savoir le fait d'être soumis à une surveillance omniprésente et qu'un tiers, l'administration pénitentiaire, rythme l'ensemble de la vie quotidienne du détenu (repas, déplacement, contacts avec l'extérieur, etc.). Ces facteurs environnementaux vont conduire à l'émergence d'idées délirantes de persécution en se combinant avec des facteurs individuels fréquents en prison, à savoir un niveau d'anxiété élevé de manière chronique, des troubles du sommeil, une faible estime de soi, les traumatismes intra-carcéraux, la consommation de toxiques.

En définitive, entre les pathologies psychiatriques « sélectionnées » par le filtre de l'incarcération, d'une part, et les symptomatologies aspécifiquement et spécifiquement liées aux facteurs de stress de l'environnement carcéral, d'autre part, une large gamme de troubles psychiatriques se trouve surreprésentée en milieu carcéral. Nous allons à présent développer plus amplement certaines de ces psychopathologies prévalentes en prison, du fait de leurs répercussions clinico-pratiques particulières.

2. Les troubles psychotiques en prison

Par troubles psychotiques, nous entendons ici les tableaux psychopathologiques pour lesquels la présence de symptômes psychotiques est à la base de leur définition. En clair, il s'agit des troubles classés dans la catégorie « Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques » du DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) parmi lesquels la schizophrénie et les troubles schizophréniformes, les troubles schizo-affectifs, les troubles délirants persistants, les troubles psychotiques brefs, les troubles psychotiques induits par une substance, etc. Nous n'évoquerons donc pas ici les troubles de l'humeur ou les troubles anxieux pouvant se manifester par des symptômes psychotiques dans leurs formes sévères.

De façon générale, les troubles psychotiques ont une place particulière dans l'éventail des pathologies psychiatriques et ce pour de multiples raisons. Dans la population générale, ces troubles sont souvent réduits à leur symptomatologie positive (délires et/ou hallucinations) et à la désorganisation de la pensée et/ou du comportement. Une symptomatologie stigmatisante car elle effraie et suscite le rejet. Que ce soit dans ses formes aiguës, florides et bruyantes, qui évoquent l'idée qu'on peut se faire de la « folie », ou que ce soit dans ses formes chroniques, résistantes aux traitements, alimentant l'idée d'une incurabilité de la maladie mentale. Et, lorsque cette symptomatologie se traduit par des passages à l'acte médico-légaux rares mais systématiquement médiatisés, l'opinion publique associe la notion de dangerosité à ce type de psychopathologie, renforçant la stigmatisation des personnes qui en sont atteintes. Les professionnels du milieu psychiatrique portent également un regard singulier sur les troubles psychotiques. Tout d'abord parce que cette famille de pathologies garde encore à ce jour de nombreux éléments méconnus tant en termes d'étiopathogénie que de pronostic. Concernant la prise en charge de ces troubles

également, si le développement considérable des traitements antipsychotiques a permis de gagner en efficacité sur les symptômes positifs, il demeure, pour le cas de la schizophrénie, la problématique des symptômes négatifs (aboulie, avolition, diminution de l'expression émotionnelle, etc.) et cognitifs. Des symptômes peu bruyants mais tout particulièrement source de handicap et nécessitant donc une prise en charge soutenue et complexe de réhabilitation psycho-sociale de la personne. Une prise en charge complexe de par les moyens qu'elle mobilise, mais également du fait que les personnes atteintes présentent une absence plus ou moins importante de conscience de leur maladie (appelée défaut d'insight). Cela a pour conséquence que la prise en charge des troubles psychotiques doit, dans tous les cas, être constamment entretenue, motivée, encouragée ; et pour certains cas d'absence total d'insight, être réalisée sous contrainte.

Si la question des troubles psychotiques en milieu ordinaire est donc déjà complexe, elle l'est encore plus en prison, ce que souhaitent souligner les psychiatres Michel David (*Schizophrénie et détention : angles d'approche*, 2010 [84]), Magali Bodon-Bruzel et David Touitou (*Être schizophrène en détention*, 2018 [85]).

La première particularité à propos des troubles psychotiques en prison, est d'ordre diagnostique ; plus particulièrement les situations de primo-diagnostic. Autrement dit, les personnes qui n'étaient pas diagnostiquées avant leur incarcération, chez lesquelles une symptomatologie psychotique est constatée dès l'entretien d'accueil ou après un temps d'incarcération. Comme nous le disions précédemment, le milieu carcéral est propice à l'éclosion et la décompensation de multiples troubles psychiatriques, parmi lesquels les tableaux cliniques délirants à thème de persécution sont fréquents. Dans ce cadre, un tableau aigu en particulier est rencontré suffisamment couramment en pratique pour qu'il ait fait l'objet d'une dénomination à part, aujourd'hui désuète, la

psychose carcérale : « *beaucoup de détenus présentent diverses formes de fragilités psychiques qui, soumises à un environnement rigide et pathogène, peuvent se traduire par des symptômes d'allure psychotique sans qu'un diagnostic de schizophrénie soit pertinent à évoquer. Ces états psychotiques transitoires, souvent en lien avec la consommation de toxiques, donnent du sens à l'ancienne notion de « psychose carcérale ».* » [85]. Laurent Michel décrit cette psychose carcérale, entité diagnostique correspondant en fait aux actuels troubles psychotiques brefs avec facteur de stress marqué (psychose réactionnelle brève) et troubles psychotiques induits par une substance, du DSM-5 : « *Les éléments la caractérisant sont :*

-L'absence d'épisode psychotique antérieur mais souvent une personnalité pré-morbide pathologique (psychopathie ou état limite, conduites addictives fréquentes (...)).

-L'association intime de la thématique délirante avec le contexte judiciaire/pénitentiaire (...).

-La brutalité de son éclosion, en particulier dans un contexte d'isolement relationnel/sensoriel (quartier d'isolement, quartier disciplinaire) et l'importance de la participation thymique, rappelant le classique tableau de bouffée délirante aiguë (...).

-Une participation thymique importante avec alternance d'excitation psychomotrice et d'effondrement dépressif.

-L'intensité du vécu délirant.

-L'anxiété massive.

-Le risque auto et hétéroagressif.

-Sa grande sensibilité aux chimiothérapies antipsychotiques et sa rapide résolution habituelle. » [86].

Les soignants en milieu carcéral doivent donc se familiariser avec ce tableau clinique psychotique bref puisqu'ils y sont confrontés régulièrement. Ils doivent en connaître les caractéristiques mais aussi la dynamique. Car, en pratique, ce type de tableau clinique intense ne permet guère d'autre alternative que le recours à l'hospitalisation complète et il est important que l'équipe psychiatrique pénitentiaire ne s'étonne pas d'une résolution rapide de ces symptômes pourtant bruyants, et donc d'un retour rapide du patient-détenu en détention. À moyen et long terme, l'équipe psychiatrique pénitentiaire doit également assurer le suivi adéquat de tels épisodes, qui peuvent être unique ou survenir à nouveau, ou encore se chroniciser en une schizophrénie ou un trouble bipolaire.

Pour le moment, nous avons uniquement abordé les troubles psychotiques « aigus » en milieu carcéral, or ce ne sont pas ces derniers qui se révèlent les plus complexes à prendre en charge en prison, mais bien les troubles psychotiques « chroniques ». Car, si on résume à l'extrême, l'objectif de la prise en charge d'une personne handicapée par une maladie mentale chronique, est d'obtenir la stabilité de la maladie et de permettre à la personne de vivre en adéquation avec son environnement. Or, en prison, ces deux objectifs sont mis à mal.

La vie carcérale est un cumul de facteurs de stress environnementaux pouvant venir décompenser un trouble psychiatrique préexistant. À cela va s'ajouter un accès aisé aux stupéfiants, en particulier le cannabis, dont la consommation est délétère pour les personnes atteintes de troubles psychotiques. Dans ce contexte déstabilisant, un autre facteur de risque de décompensation lié à la prison va être l'arrêt du traitement psychotrope, avec deux principales raisons à cela. La première est la stigmatisation,

par les autres détenus, des individus prenant un traitement psychotrope et, souvent, ces derniers sont poussés par les autres détenus à arrêter leurs traitements. La seconde raison, qui explique le risque important de rupture de traitement médicamenteux en prison, est l'impossibilité d'y imposer une prise en charge thérapeutique, autrement dit de réaliser des soins psychiatriques ambulatoires sous contrainte. En effet, si en milieu libre la mise en place d'un programme de soin est possible à l'issue d'une hospitalisation complète sous contrainte, cela n'existe pas en prison. Ainsi, il est fréquent qu'un traitement psychotrope soit initié durant l'hospitalisation complète sous contrainte d'un détenu mais que ce dernier interrompe son traitement dès son retour en détention. De plus, même pour les patients-détenus observants de leurs traitements, il est parfois difficile de leur fournir une thérapeutique adaptée à leur psychopathologie psychotique : « *Les médicaments nécessitant une surveillance rapprochée (Clozapine, Lithium) sont moins facilement prescrits car l'accès à une surveillance biologique fiable peut être difficile ...* » [85]. Et il en va de même concernant la prise en charge d'un point de vue plus global. En effet, idéalement, pour s'adapter aux différentes étapes de la maladie, la prise en charge de personnes atteintes de troubles psychotiques chroniques nécessite une articulation entre dispositifs ambulatoires, dispositifs d'hospitalisations à temps partiel et à temps complet. Or, si cette articulation s'avère déjà difficile en milieu ordinaire, elle devient encore plus complexe pour le cas des patients-détenus. Car, bien que le dispositif de soin psychiatrique en prison offre trois niveaux de soin correspondant aux niveaux de soins psychiatriques en milieu libre (consultation, hospitalisation à temps partiel, hospitalisation complète), les équipes soignantes psychiatriques pénitentiaires ne disposent pas à leur gré de ces moyens. Autrement dit, si l'équipe soignante pénitentiaire indique qu'un patient-détenu doit bénéficier d'une prise en charge d'un niveau supérieur, par exemple en SMPR, en pratique cette indication n'est bien

souvent pas un argument suffisant pour que le patient-détenu soit effectivement transféré vers un établissement disposant d'un SMPR. C'est donc un constat quelque peu abrupt mais dont l'équipe psychiatrique pénitentiaire doit avoir conscience ; prendre actuellement en charge des patients-détenus atteints des troubles psychotiques chroniques, c'est faire le deuil de fournir à ces personnes les moyens de soins de référence définis en milieu ordinaire.

Tenter de tenir au mieux la promesse d'obligation de moyens constitue donc une première préoccupation des soignants prenant en charge des patients-détenus atteints de troubles psychotiques, et veiller à leur adéquation avec l'environnement carcéral en est une seconde. En pratique, on peut distinguer deux cas de figure opposés. D'une part, le détenu psychotique a priori accommodé à la routine pénitentiaire mais qui en réalité est surtout totalement effacé dans une forme de repli autistique, d'autre part, le détenu qui, du fait de ses troubles psychotiques, ne parvient pas à intégrer les routines et rouages de la vie carcérale rendant la cohabitation chaotique avec les autres détenus et les membres de l'administration pénitentiaire. Dans un cas comme dans l'autre, ces détenus atteints de troubles psychotiques vont être plus sujets aux brimades des autres détenus mais aussi aux sanctions disciplinaires. Moins « débrouillards », ils arriveront moins à accéder à un travail au sein de la prison. Une autre problématique majeure, concernant ces détenus psychotiques, va être l'après incarcération. À leur sortie de prison, ils vont être doublement désadaptés à la vie au sein de la société ; du fait de leur pathologie handicapante socialement et du fait de leur temps d'incarcération durant lequel ils ont été déconditionnés de cet environnement social.

C'est pour toutes ces raisons que l'épineuse question de l'accessibilité à la sanction pénale des personnes atteintes de troubles psychotiques, est régulièrement soulevée. Il y a quelques décennies, l'enjeu prioritaire autour de cette question semblait être

idéologique, en cherchant à déstigmatiser l'asile et la pathologie psychiatrique ce qui, combiné à d'autres facteurs, a abouti à la responsabilisation pénale des malades. Aujourd'hui, l'enjeu idéologique demeure mais dans l'optique d'une application concrète par la réhabilitation psycho-sociale de ces malades ; ne pas seulement leur donner une place « idéologique » dans la société mais bien une place réelle et concrète. Et c'est là que le paradoxe devient trop important pour que la situation se pérennise ainsi, car on ne peut soutenir la responsabilisation pénale et donc l'incarcération de ces malades, tout en sachant que leur incarcération, au-delà d'avoir un effet déstabilisant de leur pathologie, conduira à leur désadaptation sociale, phénomène dont on sait à présent qu'il est un facteur de risque de réincarcération.

D'un point de vue sanitaire donc, le constat global que nous dressons concernant la situation des détenus atteints de troubles psychotiques chroniques est pour le moment plutôt terne, mais ne doit pas pour autant être une fatalité. Le monde de la santé évolue à son rythme et celui du droit suit le sien, avec comme exemple la récente évolution via la Loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales : « *qui intègre des troubles mentaux graves aux pathologies pouvant être incompatibles avec la détention (...) une suspension de la peine peut être ordonnée pour une durée indéterminée pour les condamnés dont il est établi que leur état de santé physique, ou mentale, est durablement incompatible avec le maintien en détention.* » [85]. Un premier pas donc vers un compromis adapté à cette situation singulière des malades mentaux « graves » incarcérés, où serait conservé la responsabilisation pénale de ces malades tout en adaptant leur sanction pour qu'elle ne soit plus un temps de désadaptation sociale pour eux, mais puisse servir leur réhabilitation psycho-sociale.

3. La psychopathie en prison

Parce que la psychopathie se définit en partie par une incapacité à se conformer aux normes sociales, la psychiatrie pénitentiaire est quotidiennement amenée à manier ce concept. Si nous utilisons ici avec prudence le terme de « concept », c'est parce que le trouble de la personnalité psychopathique est une entité diagnostique protéiforme, aux limites incertaines et mouvantes d'une période à une autre, mais également d'un pays à un autre. Pour nous guider dans ce vaste sujet qu'est la psychopathie, et l'intégrer dans le cadre de la pratique psychiatrique en milieu carcéral, nous nous appuyerons sur les réflexions de deux psychiatres, Pierre Lamothe (*Les pathologies à expression psychopathiques*, 2005 [87]) et Evry Archer (*Quelques réflexions sur la prise en charge des psychopathes incarcérés*, 2001 [88]).

Avant de pouvoir prétendre à prendre en charge des personnes présentant de tels troubles, encore faut-il réussir à définir ce qu'est la psychopathie et rendre ce concept intelligible dans une perspective pratique. Or, cette première tâche est complexe car les critères diagnostiques de la psychopathie mêlent des éléments d'organisation et de fonctionnement de la personnalité avec des éléments sociaux. L'histoire montre que ces éléments sociaux, plus facilement objectivables, ont eu progressivement tendance à prendre l'ascendant sur les éléments diagnostiques de structuration de la personnalité psychopathique : « dans les années 60 le diagnostic de psychopathie devenait un fourre-tout commode, diagnostic souvent d'impuissance de la psychiatrie dont le patient allait aussi souvent faire les frais ou porter la responsabilité. Dans les années 80 les rapports du psychopathe à la loi et à la transgression sont devenus le point central, alors que cet élément, très important certes, n'est que partie prenante d'un trépied sémiologique plus diversifié et plus riche dans la conception classique » [87]. Il y a donc là un premier point à retenir. Dans la pratique de la psychiatrie en

milieu carcéral, ne pas réduire la psychopathie à une simple transgression de la loi est primordial puisque, par définition, cela reviendrait à voir un trouble de la personnalité psychopathique chez tout patient-détenu (au passage, ce premier point vaut également pour la pratique psychiatrique en milieu ordinaire, en évitant l'écueil de diagnostiquer une personnalité psychopathique chez tout patient présentant un antécédent d'incarcération). Dans une démarche analogue, il est erroné de réduire toute personne impulsive et/ou agressive à un diagnostic de personnalité psychopathique, selon le même raisonnement que nous venons d'avoir concernant le caractère transgressif de ce type de personnalité. Car en définitive, les comportements impulsifs, transgressifs et agressifs, qui s'intègrent dans le trouble de la personnalité psychopathique, ne sont que les conséquences du fonctionnement psychopathique. Et c'est l'identification de ce fonctionnement qui constitue un diagnostic intelligible dans une perspective de prise en charge, un diagnostic « *utile à manier pour aborder ces patients qui apparaissent malades en prison et délinquants à l'hôpital.* » [87].

Comment donc définir ce fonctionnement psychopathique. Si l'on devait synthétiser à l'extrême et de la façon la plus globale le concept de psychopathie, nous la décririons comme une pathologie de la relation à l'autre dont l'expression passe par le registre du comportement plutôt que par la mentalisation. Plusieurs hypothèses ont cherché à expliquer ce trouble, mais c'est le modèle psychodynamique qui jusqu'ici a été le plus développé en France. Avant d'en décrire certaines grandes lignes, il est indispensable de préciser que cette lecture psychodynamique de la psychopathie n'exclut pas les hypothèses cognitivo-comportementales expliquant le fonctionnement psychopathique plus sous un angle de l'apprentissage socio-éducatif (renforcement et normalisation des comportements transgressifs et agressifs, biais d'attribution moral ou de valence émotionnelle face aux conséquences de ses actes, etc.). Le modèle

psychodynamique de la psychopathie n'exclut également pas une participation génétique ou neurobiologique ; des pistes qui motivent d'ailleurs plusieurs recherches scientifiques actuellement. L'explication psychodynamique attribue l'origine du fonctionnement psychopathique à « *l'environnement socio-affectif de l'enfant* » [87]. Un environnement précoce dans lequel on retrouve des insuffisances parentales, des carences affectives, des négligences, souvent des traumatismes, ainsi que des expériences relationnelles abandonniques précoces. D'un point de vue psychodynamique, ces expériences empêchent le bon déroulement du développement psycho-affectif de l'enfant, aboutissant à une insécurité narcissique et à la nécessité d'une autonomie psychique trop précoce, ce qui se manifeste plus tard par les troubles psychopathiques de la relation et du comportement. Au-delà de décrire le trouble, Pierre Lamothe parvient à relier les dimensions relationnelles, de passage à l'acte et de rapport à la loi, sous-tendues par le fonctionnement psychopathique : « *Si tôt nouée, la relation positive ou négative est mise à l'épreuve jusqu'à la rupture (...) Le psychopathe fait la preuve par l'épreuve que toute relation ne peut qu'aboutir à une rupture, avec un vécu de « dérangement affectif » tel que mieux vaut la certitude amère d'une relation interrompue que la douloureuse incertitude de la possibilité qu'elle s'interrompe. Ainsi s'expliquent les comportements paradoxaux des psychopathes à l'égard de leurs objets ou des institutions qui aboutissent à une véritable provocation permanente et la mise en échec systématique des projets les plus adaptés en apparence à leur capacité et leur besoin. Les passages à l'acte constituent la voie habituelle de métabolisation des tensions, de décharge des conflits sans but rationnel et sans adaptation efficace, court-circuitant en tout cas la mentalisation. Chez le psychopathe, la décharge de l'excitation dans le registre du comportement paraît privilégiée par rapport à la voie mentale avec des processus divers (...) Le psychopathe a volontiers recours à des conduites « ordaliques » où il*

fait appel à la chance, à Dieu, à la loi ou à un objet de bonne volonté pour que les choses changent dans le passage à l'acte dont les tentatives de suicide par auto-mutilation paraissent être un exemple très courant. Il s'agit d'un moyen d'agir sur l'autre en agissant sur soi-même dans la relation d'emprise, en même temps qu'un moyen de décharger les tensions d'un éprouvé douloureux » [87].

On comprend à présent pourquoi, à l'étape diagnostique, ce n'est pas la mise en évidence de l'acte psychopathique qui va être utile au praticien dans sa prise en charge mais l'identification du fonctionnement psychopathique que détaille Pierre Lamothe. Car la clinique de la psychopathie soulève rapidement des interrogations pratiques : quel est l'objectif thérapeutique de la prise en charge du psychopathe ? La psychiatrie pénitentiaire doit-elle chercher à soigner le passage à l'acte, en prévenir la récurrence ? Doit-elle soigner le mode relationnel psychopathique, nuisible à la personne présentant le trouble mais également à autrui ? Doit-elle soigner dans l'idée de soulager la souffrance psychique qui s'exprime par des comportements psychopathiques ? Et comment prendre en charge une personne dont le trouble, d'une part, court-circuite la mentalisation et, d'autre part, précipite la rupture de toute relation, y compris donc la relation thérapeutique ? Il n'y a pas de réponse consensuelle à ces questions autour de la prise en charge des personnes présentant un trouble de la personnalité psychopathique, mais certaines recommandations paraissent de bons tons à présent que nous en savons un peu plus sur le fonctionnement psychopathique. Pour prétendre prendre en charge de façon adaptée les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité psychopathique, il faut avant tout apporter un soin tout particulier au cadre et à la relation thérapeutique.

En ce qui concerne le cadre thérapeutique, il est nécessaire de ne pas définir un cadre que le psychopathe ne pourra pas tenir (par exemple par un contrat de soin figé), ce

qui reviendrait à programmer une mise en échec et un rejet, réactivant un vécu abandonnique qui n'est pas souhaitable. Le cadre thérapeutique doit être solide et cohérent sans pour autant être rigide car : « *comme dit Winnicott de la tendance antisocial, il s'agit de la recherche d'un cadre toujours plus vaste (...) La condition carcérale en tant que telle n'est pas de nature à mettre fin à cette escalade.* » [88]. C'est la pluridisciplinarité (approches thérapeutiques, sociales et éducatives) et la pluralité des intervenants et des interventions (individuelles, en groupe, avec différentes médiations, etc.) qui va permettre au cadre thérapeutique d'être contenant, en délimitant et structurant une réponse permanente, mais aussi diversifiée. Cela permettra au cadre thérapeutique de demeurer cohérent tout en ayant la possibilité de se renouveler lorsque le psychopathe mettra à l'épreuve les limites de ce cadre. En ce qui concerne la relation thérapeutique avec le patient psychopathe, elle ne doit idéalement ni réveiller des mécanismes relationnels abandonniques, ni s'inscrire dans un fonctionnement d'emprise. Pour cela, une neutralité affective est de mise. Cela signifie n'être ni dans le rejet moralisateur, ni au contraire dans la fascination que peut éveiller le psychopathe dans la démesure de certains de ses actes, ou dans son rapport extrême à la vie et à la mort. Enfin, l'intervention en équipe va également prévenir l'installation d'une relation abandonnique et/ou d'emprise.

La psychopathie est donc un concept complexe qui ne peut être méconnu par les membres de l'équipe de psychiatrie pénitentiaire puisque ce type de trouble de la personnalité est très fréquent chez les détenus. Manier le concept de psychopathie n'est cependant pas une mince affaire. En effet, il mêle des éléments cliniques à des éléments sociaux, à l'origine d'un risque de dérive diagnostique vis-à-vis de laquelle le praticien doit être vigilant. Un concept complexe donc, qui n'a pas fini d'évoluer comme en témoigne la nouvelle approche des troubles de la personnalité initiée par le DSM-5,

une approche dimensionnelle et non plus catégorielle (il est également à noter que la psychopathie ne fait pas qu'évoluer dans le temps, elle varie d'un pays à un autre, en témoigne la psychopathie « américaine », semblant correspondre plus à une structure hybride entre personnalité narcissique et personnalité perverse, mais que nous avons préféré ne pas développer dans un souci de lisibilité). Derrière la question du diagnostic de psychopathie il y a l'enjeu thérapeutique, car seule une certaine connaissance du fonctionnement psychopathique permet de prétendre à une prise en charge cohérente et adaptée de ce trouble mettant à l'épreuve le cadre et la relation thérapeutique. Une prise en charge qui, dans tous les cas, impose une certaine modestie. Une modestie à l'échelle individuelle face à ce trouble qui nécessite un travail en équipe, une modestie par rapport à l'adaptabilité nécessaire pour conserver le lien thérapeutique sans pour autant tomber dans une relation d'emprise avec son patient, une modestie quant aux objectifs thérapeutiques de la prise en charge de tels troubles.

4. Le suicide en prison

Le suicide en prison a longtemps été un sujet tabou, comme le rappelle le professeur de psychiatrie Pierre Moron : *« Pendant longtemps les tentatives de suicide ont posé un problème à l'Administration pénitentiaire qui s'est efforcée d'en réduire l'importance quantitative en les dénommant avant tout « automutilations », ce qui ne comportait pas de notion mortifère et ainsi déniait le désir de mort du détenu et surtout la responsabilité de l'Administration pénitentiaire (...) ces actes étaient considérés comme manipulatoires, effectués dans un but de chantage ou d'évasion et sous-tendus par des attitudes particulières vis-à-vis de ces phénomènes. Durablement d'ailleurs, ces tentatives furent sévèrement punies ; il était classique d'opposer « les*

sérieuses » à celles qui paraissent « bidons » ... » [89]. Il est donc relativement récent que la problématique du suicide en prison soit reconnue et étudiée et il est encore plus récent que des textes officiels soient prononcés et mis en action quant à la prévention du suicide en prison.

Des premières comparaisons faites dans les années cinquante entre suicide en milieu pénitentiaire et en milieu libre, aux dernières études épidémiologiques sur le sujet, il y a unanimité sur le fait que le taux de suicide est nettement supérieur en prison comparativement au taux de suicide dans la population général. Un autre point épidémiologique observé est que ce taux de suicide en prison a tendance à s'accroître de manière significative à travers le temps. Pour donner un ordre de grandeur en quelques chiffres, plusieurs auteurs estiment le taux de mort par suicide en prison six à sept fois plus élevé qu'en milieu libre [73, 90] ; des données brutes devant être interprétées avec prudence puisque la population carcérale n'est pas comparable à celle du milieu libre, ce sur quoi nous allons revenir d'ici quelques lignes. Quant à la croissance permanente de ce taux de suicide en prison : « *Le nombre de personnes écrouées dans les établissements pénitentiaires en France métropolitaine a plus que doublé depuis les années 1960 (...) Parallèlement, le taux de suicide en prison a presque quintuplé en 50 ans passant de 4,3 pour 10000 écroués en 1960 à 19,3 pour 10000 en 2009 (...) Le niveau le plus élevé a été atteint en 1996 avec 26 suicides pour 10000 détenus. En population générale, il y a eu également une augmentation du taux de suicide notamment chez les hommes âgés de 15 à 59ans particulièrement représentés en prison. En effet, 93% de la population carcérale sont des hommes de ce groupe d'âge. Ainsi, la « sursuicidité » de la population carcérale par rapport à la population générale est avérée puisque l'on retrouve un coefficient multiplicateur de*

13,5 ramené à 6,5 pour une population de même caractéristiques sociodémographiques. » [91].

Face à ce constat épidémiologique se pose la question de savoir ce qui explique et ce qui compose cette « sursuicidité » carcérale. Si l'on souhaite être précis, il faut tout d'abord noter que ce ne serait pas directement l'environnement carcéral qui serait suicidogène. Selon plusieurs auteurs en effet, le taux élevé de suicide carcéral s'expliquerait plutôt, en premier lieu, par le fait que la prison concentre une population présentant plus de prédispositions aux conduites suicidaires. Chez cette population déjà à risque, le suicide constituerait une réaction privilégiée en réponse aux facteurs de stress et aux distorsions spatio-temporelles de la prison. Certes, il est vrai que la population carcérale est à prédominance masculine, qu'elle présente plus de troubles psychiatriques, plus d'antécédents personnels ou familiaux de conduites suicidaires, plus d'abus et de consommations de substances, plus de tendances impulsives [91], ce qui constituent des facteurs de risque suicidaire importants de manière générale. Cependant, la peine de prison et l'environnement carcéral ne sont pas entièrement à dédouaner dans la sursuicidalité carcérale, puisque l'isolement relationnel et affectif, l'isolement socio-professionnel, la perte de perspective, sont également connus pour être de facteurs de risque suicidaire. Un déracinement général allant souvent de pair avec la peine de prison. De plus, nous avons vu précédemment que certains troubles psychiatriques émergeaient du fait de l'environnement carcéral. Or, le fait d'avoir des troubles psychiatriques constituant un facteur de risque suicidaire, il est donc erroné de soutenir que l'environnement carcéral n'y est pour rien dans le taux de suicide carcéral puisque cet environnement est pathogène et donc indirectement pourvoyeur d'un risque suicidaire.

Au-delà de ces précisions premières, la seconde raison d'être des études épidémiologiques sur le suicide en prison est de caractériser la tentative de suicide et le suicidant en milieu carcéral, mieux les identifier pour mieux prévenir ce phénomène.

Concernant tout d'abord le profil socio-démographique des détenus suicidés, il s'agit plutôt d'individus jeunes : « *la moyenne se situe aux alentours des 36ans* » [89]. À l'inverse du suicide en général, en prison ce sont les individus de haut niveau social qui sont les plus à risque de suicide. Autre particularité, avoir une famille, un conjoint, ou des enfants est un facteur de risque de suicide au moment de l'écrou mais à mesure que le temps passé en détention augmente, les facteurs de risque suicidaire entre population carcérale et générale tendent à se rejoindre.

Ensuite, le statut pénal des détenus suicidés est lui aussi spécifique : « *Le taux de suicide chez les personnes en détention provisoire est plus de deux fois supérieur à celui des condamnés* » [91]. Cela s'expliquerait certes par le choc de l'incarcération mais également du fait que les conditions d'incarcérations des prévenus (les détenus encore en cours de jugement) sont plus difficiles. Suivant l'affaire en cours, ils n'ont par exemple pas l'autorisation des parloirs, des appels téléphoniques, et quoiqu'il arrive, ils ne peuvent pas se projeter dans une date de sortie puisqu'ils ne sont pas encore jugés. Ils n'ont également pas encore accès aux remises de peine. Autres éléments explicatifs, par définition, les prévenus doivent encore traverser les lourdes étapes du jugement, particulièrement anxiogènes, ainsi que l'annonce de la peine, particulièrement dépressogène ; des étapes déjà passées pour les condamnés. Dans le même ordre de constatations plutôt intuitives, le risque de suicide augmente avec la durée de la peine prononcée, notamment lorsque celle-ci est supérieure à dix ans. La nature de l'infraction est également déterminante : « *Les détenus écroués pour crime de sang et pour agression sexuelle sur mineur se suicident 7 fois plus que ceux inculpés*

de vol sans violence. Un tiers des suicides concerne les accusés d'atteinte contre les personnes (meurtres, coups et blessures ..), un autre tiers concerne ceux accusés de crimes ou délits sexuels, alors que ces deux groupes ne forment respectivement que 17% et 21% de la population carcérale. Les personnes incarcérées pour viol, et encore plus pour viol sur mineurs, sont particulièrement ostracisées par leurs codétenus et subissent des brimades répétées qui, avec le temps, ajoutées aux autres tensions, pourraient les conduire au suicide. À noter également qu'une infraction grave contre un proche est un facteur de précocité du suicide » [91].

Cela nous renseigne donc sur le profil des détenus suicidants. L'acte suicidaire en milieu carcéral a lui aussi certaines particularités. Le geste suicidaire survient très majoritairement en Maison d'arrêt (90,7% des cas [89]). Cela s'explique par le fait que les Maisons d'arrêts sont les établissements accueillant certes les courtes peines, mais aussi les prévenus et les longues peines en attente d'un transfert ; en résumé les deux statuts pénaux à risque suicidaire que nous évoquions précédemment. Les Maisons d'arrêts sont également les établissements où les conditions de détention sont les plus rudes du fait de la surpopulation. Au sein même de l'établissement pénitentiaire, les lieux les plus propices au suicide sont naturellement les plus contraignants et déracinants : le quartier disciplinaire et le quartier d'isolement. Le passage à l'acte pouvant y être très rapide, dès la première heure.

Le fait d'être seul en cellule n'est pas estimé comme un facteur de risque de suicide mais plutôt un facteur facilitant le passage à l'acte, cela nous permettant de comprendre certaines périodes de la journée les plus à risques (promenades, activités, parloirs, permettant à certains détenus d'être seul en cellule ; ou en soirée quand les possibilités de contact avec les autres détenus et les surveillants sont réduites). Sur la semaine, les périodes les plus à risque sont les jours de parloir, moyen principal pour

apprendre une mauvaise nouvelle extérieure. Sur la globalité de l'incarcération, la période à plus haut risque suicidaire est l'entrée en prison, l'épuisement des capacités d'adaptation pouvant survenir d'emblée sous le choc de l'incarcération ou après quelques mois d'usure. Les trois premiers mois sont particulièrement à risque mais pas uniquement. Comme nous l'évoquions précédemment, les périodes entourant les phases de jugement sont également très à risque. Plus surprenant enfin, la période précédant la sortie, surtout après une longue peine, peut être très anxiogène et à risque de geste suicidaire.

Nous ne l'avons jusqu'ici pas précisé, mais en prison comme de manière général, tout évènement de vie négatif est à risque, que cet évènement soit intracarcéral (mésentente avec les codétenus, nouvelle condamnation, refus de remise de peine, évasion ratée etc.) ou qu'il soit extracarcéral (rupture conjugale, abandon familial, évènement touchant un proche etc.)

Enfin, concernant le mode de passage à l'acte suicidaire en prison, la pendaison est largement surreprésentée (« à la base d'au moins 90% des suicides » [89]), non pas par choix mais par moyens. La pendaison restant souvent le seul moyen accessible malgré les mesures de préventions (filet pour éviter les précipitations, interdiction des objets tranchants, fouille à la recherche de stock de stupéfiants et/ou de médicaments, etc.). Les autres moyens venant ensuite sont l'absorption de produits toxiques et l'ingestion de corps étrangers, les automutilations, l'immolation, la projection dans le vide.

Voici donc les grandes caractéristiques identifiées de la tentative de suicide et du suicidant en milieu carcéral. À la lumière de ces informations épidémiologiques, on comprend d'ores et déjà en quoi la prévention du suicide en prison est très difficile, d'une part, du fait de la multiplicité des facteurs qui sous-tendent ce phénomène et

qu'il serait nécessaire de cibler par des actions préventives, d'autre part, du fait que certains de ces facteurs sont inhérents au fonctionnement carcéral et la peine de prison en elle-même. Une tâche donc si difficile que : « *Jusqu'à la fin des années 1960, le suicide en détention était considéré comme une fatalité. Puis, il y a eu une évolution des mentalités sur la question du suicide* » [91]. Cette évolution des mentalités va se traduire par des actions des pouvoirs publics avec parmi les directives les plus récentes : « *En 2003, le professeur Jean-Louis Terra, psychiatre, dépose un rapport intitulé « Prévention du suicide des personnes détenues – Évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention* » (...) *Quelles que soient les mesures prises, le nombre de suicides est resté constant. En 2009, un nouveau rapport est demandé au Dr Louis Albrand par la ministre de la Justice Rachida Dati (...) le ministère de la Justice diffuse une note en date du 15 juin 2009 dont l'objet est un plan d'action 2009 pour la prévention du suicide dans les suites du rapport Albrand et demande l'application de vingt recommandations d'applications immédiates ou devant faire l'objet d'expérimentations.* » [90]. Dans les grandes lignes, ces recommandations indiquent des mesures ayant pour but, d'une part, l'amélioration de l'identification des détenus à risque suicidaire, d'autre part, le désamorçage de certains facteurs de risque suicidaire spécifiques.

Nous pouvons détailler certaines de ces mesures :

- La formation systématique et continue de l'ensemble du personnel à la détection d'éléments évocateurs d'une situation à risque suicidaire.
- « *Améliorer la détection du risque suicidaire en systématisant l'utilisation d'une grille d'évaluation du potentiel suicidaire lors de l'entretien d'accueil et tout au long*

du parcours de détention en prenant en considération le risque suicidaire lors du placement au quartier disciplinaire » [90].

-Améliorer la coordination en formalisant les échanges entre l'équipe sanitaire et l'administration, notamment durant la Commissions pluridisciplinaires uniques ; pour que l'équipe soignante puisse être informée par l'Administration pénitentiaire d'une situation à risque et inversement lorsque l'équipe soignante identifie un risque chez un détenu, que l'Administration pénitentiaire puisse assurer la surveillance adéquate.

- Chez les détenus à risque de suicide, limiter l'accès aux moyens que ce soit par les mesures pénitentiaires « classiques », que nous citions précédemment, ou par la mise en place de cellules de protection d'urgence (dite « cellule lisse ») dans lesquelles tous les éléments matériels pouvant faciliter le suicide sont absents (surtout les moyens de pendaison).

- Chez les détenus à risque suicidaire, rompre l'isolement en favorisant les contacts et les échanges avec les proches. Ou, toujours dans l'idée de rompre l'isolement, le projet encore expérimental en France des co-détenus de soutiens : « *Le fait de doubler un détenu en cellule est un moyen de prévention du suicide très fréquemment utilisé en détention, d'où la question de la formation des détenus à la crise suicidaire. Celle-ci est proposée en Espagne, en Grande-Bretagne et en Autriche (...) La France a décidé d'en faire l'expérience dans quelques établissements* » [91]. Un projet qui n'est pas sans susciter des réticences. Les détracteurs du milieu pénitentiaire ne manquant pas d'y voir un énième argument en faveur du caractère pervers de la prison, chargeant les détenus de la responsabilité d'un phénomène induit par la prison elle-même.

-Enfin, après un suicide, il y a les mesures visant à prévenir un effet de « contagion » et à améliorer les pratiques par la reprise et le débriefing avec le personnel soignant et

le personnel pénitentiaire, et également les groupes de paroles, voir la prise en charge individuelle des co-détenus de l'individu suicidé.

Dans les faits, le développement du dispositif de soin en prison et la mise en place effective de certaines de ces mesures ont eu un impact positif sur le taux de suicide en détention : « *Cependant, le taux de suicide en prison reste toujours élevé, posant ainsi la question des limites des moyens de préventions utilisés afin de protéger des personnes souvent déjà vulnérables exposées à des conditions de vie difficiles en détention* » [91]. Si le taux de suicide en prison reste élevé, c'est parce que ces mesures de préventions instituées par des recommandations, s'inscrivent uniquement à des niveaux de prévention secondaire et tertiaire, lorsque le risque de suicide est déjà présent ou qu'il y a déjà eu suicide. C'est cette faille, l'absence de prévention primaire du suicide en prison que soulignent plusieurs auteurs, mettant d'ailleurs en garde d'aller toujours plus loin dans ces moyens de prévention secondaire et tertiaire, sans jamais remettre en question ce que la peine de prison peut avoir de suicidogène : « *il faut cependant veiller à éviter une dérive vers la prévention totale. Celle-ci consisterait en l'éradication du suicide par tous les moyens y compris les plus coercitifs et serait dangereuse à plus d'un titre. En effet, les mesures de protection et de surveillance représentent une partie de la prévention mais ces mesures ne peuvent être efficaces lorsqu'elles sont utilisées de façon isolée* » [91].

5. Les addictions en prison

Afin de donner un ordre de grandeur à la problématique des addictions en prison, on peut, tout d'abord, rappeler quelques chiffres. Une étude de Falissard et al. en 2006 [92] évaluant la prévalence des principaux troubles psychiatriques sur un échantillon

de huit cents personnes incarcérées en France, estime une prévalence des troubles addictifs entre 14,1% et 19,1% dans cette population. L'étude de Fazel et al. de 2016 [76], référence internationale en matière de méta-analyse sur la prévalence des troubles psychiatriques en prison, estime la prévalence du mésusage (abus et dépendance) d'alcool entre 18% et 30% chez les hommes détenus, entre 10% et 24% chez les femmes détenues et une prévalence pour les mésusages d'autres substances entre 10% et 48% chez les hommes détenus, entre 30% et 60% chez les femmes détenus. Ces chiffres témoignent du fait que les addictions sont une problématique majeure en prison, une problématique avec laquelle l'équipe psychiatrique pénitentiaire doit donc être familiarisée.

Tout d'abord, il est pertinent de comprendre cette prévalence élevée de troubles addictifs en prison. Elle s'explique par deux composantes, la première est la corrélation qui existe entre addiction et délinquance, la seconde est que la prison constitue un contexte favorisant l'initiation à l'usage de substances psychoactives et la majoration d'un usage préexistant. Effectivement, un nombre conséquent de détenus sont incarcérés pour des infractions en lien direct ou indirect avec une consommation de substances psychoactives : *« Au 1^{er} janvier 2010, 14,4% des condamnés incarcérés en métropole sont détenus pour des infractions à la législation sur les stupéfiants (usage, détention ou trafic). La loi du 12 juin 2003 renforçant la lutte contre la violence routière, réprime sévèrement la conduite sous l'empire d'un état alcoolique ou de produits stupéfiants. Les usagers de produits psychoactifs sont incarcérés pour des peines correctionnelles et/ou criminelles directement ou indirectement liées à leur consommation, leur besoin d'argent mais aussi aux modifications de leurs comportements sous l'emprise ou le manque de substances psychoactives. Actuellement, les peines sont souvent majorées en cas de consommation de substances*

psychoactives lors du passage à l'acte. Celui-ci étant reconnu comme dangereux et aggravant. » [93]. Il y a donc un taux important de détenus présentant des troubles addictifs parce que leur consommation est le motif (direct ou indirect) de leur incarcération. À cela vient s'ajouter que la prison est un milieu favorisant l'initiation à l'usage de substances psychoactives, d'une part, et a tendance à générer des profils addictologiques plus lourds (polyconsommation, polyaddiction, mésusages de médicaments psychotropes, etc.). Les déterminants de ce phénomène sont, en définitive, les mêmes qu'en milieu ordinaire. Dans un environnement précaire et stressant dans lequel le temps semble figé, la consommation de substances psychoactives peut alors devenir une auto-médication pour échapper à la souffrance psychique, une échappatoire. L'usage de ces substances peut également venir prendre une fonction sociale, pour intégrer un groupe ou encore faire du trafic de produits pour obtenir des avantages matériels ou sous forme de services auprès des autres détenus. En ce qui concerne, ensuite, les pratiques de consommation en prison, bien qu'il y circule beaucoup de produits, leur accès est tout de même plus restreint qu'à l'extérieur. Les modes de consommation s'adaptent donc à ce contexte, et bon nombre de détenus initialement dépendants d'une substance vont s'initier à d'autres substances, ou encore réaliser des « montages » de substances stupéfiantes et/ou médicamenteuses.

À présent que nous en savons un peu plus sur la problématique des addictions en prison, nous pouvons décrire certains éléments saillants en termes de prise en charge.

Le premier temps important de la prise en charge des détenus souffrant d'addictions, va être l'entretien systématique d'accueil dont l'un des objectifs va être l'identification d'un usage de substance et éventuellement d'une dépendance. Ce premier temps est important puisque c'est cette identification rapide qui va permettre la mise en place

d'une prise en charge prévenant un syndrome de sevrage (prévention du Delirium tremens dans la dépendance à l'alcool, introduction ou poursuite d'un traitement de substitution aux opiacés, etc.), une prise en charge devant nécessairement être aussi précoce que possible.

Concernant la dépendance aux opiacés et les traitements de substitution aux opiacés justement, l'époque où l'incarcération était synonyme d'un sevrage strict est aujourd'hui révolue. Même si le trafic intracarcéral de ces traitements est source de tensions entre soignants et Administration pénitentiaire, une personne dépendante aux opiacés incarcérée n'a pas à être contrainte à un sevrage strict. La prescription ou non de ces traitements suit des indications précises, des indications pouvant être confirmées ou infirmées que par la seule évaluation médicale. Compte-tenu des recommandations actuelles sur le sujet, il n'y a aucune justification médicale à cesser de principe un traitement de substitution aux opiacés du fait de l'entrée en prison, ceci peut être considéré comme une faute déontologique.

Dans un autre registre, la découverte d'une problématique addictive chez un détenu doit mobiliser la pluridisciplinarité de l'équipe soignante pénitentiaire. En effet, comme en milieu ordinaire, la prise en charge addictologique comprend un volet psychiatrique et un volet somatique (recherche et prise en charge de complications, dépistages de maladies transmissibles liées à la consommation, éducation des patients sur les risques, etc.).

Cependant, la prise en charge des détenus souffrant d'addiction ne se résume pas au dépistage, à la prévention des syndromes de sevrage à l'entrée en détention, la gestion des traitements de substitution et la coordination entre les soins psychiatriques et somatiques. Comme nous le disions précédemment, addictions et délinquance sont corrélées. C'est une triste réalité, mais pour bon nombre d'individus souffrant

d'addiction, leur parcours passera à plusieurs reprises par l'incarcération. Par ailleurs, le dispositif de soin en addictologie est complexe et foisonne de structures qu'il est parfois difficile de distinguer ; entre les structures du secteur médico-social (les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ou CSAPA, les consultations jeunes consommateurs ou CJC, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues ou CAARUD, etc.) et les structures du secteur hospitalier (consultations , service hospitalier en psychiatrie ou dans les établissements généraux, équipes de liaisons et de soins en addictologie ou ELSA, etc.) , sans compter les potentiels intervenants libéraux. Entre un parcours de vie entrecoupé d'incarcérations, et autres ruptures, et un dispositif de soin particulièrement complexe, maintenir la continuité des soins d'un individu souffrant d'addiction est un enjeu majeur. Et c'est donc ici que réside une spécificité importante de la prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire. Pour que la prise en charge addictologique en milieu carcéral ait un sens, l'équipe soignante pénitentiaire doit parvenir à réaliser un travail en réseau avec le dispositif de soin addictologique. Le but est de rompre un potentiel cercle vicieux suivant lequel la prison deviendrait pour certains individus le seul lieu de prise en charge addictologique puis, à la sortie d'incarcération, l'individu reprendrait ses consommations, réaugmenterait par conséquent ses risques de réincarcération, et ainsi de suite. Dans de nombreux cas, la mise en place à la sortie de prison d'une mesure de suivi socio-judiciaire va venir renforcer ce relai entre la prise en charge addictologique en prison et à l'extérieur de la prison (ce qui par conséquent nécessite un partenariat supplémentaire avec le SPIP). Il ne faut cependant pas estimer ce suivi socio-judiciaire comme une mesure suffisante à elle seule pour garantir la continuité des soins addictologiques. Cela nécessite un travail en réseau soutenu et entretenu, seul moyen pour rester au contact de ces individus fonctionnant souvent en marge et ne pas rompre la continuité de leurs soins.

6. La clinique de la dangerosité : l'exemple représentatif de la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel

La dangerosité est une notion complexe et protéiforme qui, aux grès de mouvements sociétaux plus ou moins sécuritaires, en est arrivée à occuper une place frontière entre science psychiatrique et justice, alimentant au passage l'amalgame entre le fou et le criminel. Michel Benezech, Patrick Le Bihan et Marc-Louis Bourgeois définissent la dangerosité de la manière suivante : « *État, situation ou action dans lesquels une personne ou un groupe de personnes font courir à autrui ou aux biens un risque important de violence, de dommage ou de destruction. La dangerosité peut se rencontrer dans toutes les pathologies. Elle est évolutive, transitoire ou durable, imminente parfois, fluctuant fréquemment avec le temps et les circonstances (...) Le passage à l'acte survient dans un contexte situationnel donnée, à un moment particulier, intéressant un agresseur et une victime donnée.* » [94]. Au-delà de cette définition générale, il est habituel en France de distinguer dangerosité criminologique et dangerosité psychiatrique, comme le rappelle Roland Coutanceau [95]. À l'occasion de l'audition publique sur l'expertise pénale en janvier 2007, les recommandations de la Haute autorité de santé sur l'évaluation de la dangerosité dans l'expertise, ont défini la dangerosité psychiatrique comme une « *manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale* » et la dangerosité criminologique comme « *prenant en compte l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte* » [96,97]. Comme nous pouvons le constater à la lecture de ces quelques définitions, dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique ne sont en rien exclusives l'une de l'autre. Et même si cette dichotomie a le mérite de préciser la distinction entre le « malade mental » et le

« criminel », cela ne rend pas pour autant la notion de dangerosité plus pragmatique. Aujourd'hui encore la place donnée au concept de dangerosité est source de discussions. En effet, il perdure un mouvement de contestation de la valeur scientifique de la notion de dangerosité, avec pour argument que ce concept a une valeur prédictive bien trop faible. Cela contraste avec l'essor contemporain de la psychiatrie médico-légale et la florescence des connaissances et recommandations dans le domaine ; de l'identification des premiers facteurs prédictifs de dangerosité jusqu'au développement des échelles actuarielles d'évaluation de la dangerosité brassant un large panel d'éléments psycho-sociaux. Sans prendre plus part dans ce débat, ce constat traduit tout de même toute la complexité de la notion de dangerosité par sa transversalité mais aussi sa versatilité.

En toute logique, c'est l'expert psychiatre qui est principalement concerné par la notion de dangerosité. Sa pratique se situant à la frontière entre psychiatrie et justice, l'expert évolue dans un cadre transversal dans lequel le concept de dangerosité trouve naturellement une place prépondérante. Et, plus simplement, évaluer la dangerosité d'une personne fait partie des missions que la justice demande aux experts. Mais l'expert psychiatre n'est pas le seul dont la pratique est à l'interface entre justice et psychiatrie, la psychiatre pénitentiaire l'est également. Et de façon analogue, cette dernière est aussi conviée à intégrer la notion de dangerosité dans sa pratique. L'exemple permettant d'illustrer cette particularité de la pratique psychiatrique en milieu carcéral, est la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel durant leur incarcération.

À titre indicatif : « *le nombre de condamnations pour infraction à caractère sexuel est en constante augmentation depuis les années 1980, les auteurs de violence sexuelle (AVS) représentant en 2009 environ 20% de la population carcérale française* » [98],

depuis 2011, cette population s'est stabilisée autour de 15% [99]. C'est la psychiatre Sophie Baron-Laforêt, référence sur le sujet des auteurs d'infractions à caractère sexuel, qui rappelle le cadre d'intervention auprès de ces individus pendant leur incarcération : « *La loi du 17 juin 1998 a distingué ces infractions et instauré une mesure juridique nouvelle, le Suivi Socio-judiciaire (SSJ) avec ou sans injonction de soins (IS). Ces mesures décidées au moment du jugement ne sont mises en place qu'à la sortie de la prison. Cependant la loi est explicite sur le déroulement de la peine en milieu fermé : si une injonction de soins a été prononcée lors du jugement, le juge d'application des peines doit rappeler au condamné tous les 6 mois ses obligations et l'inciter à débiter les soins en milieu carcéral. Les mesures d'aménagements de peines sont liées à l'engagement du condamné dans les soins. Les soins en milieu carcéral, et en milieu libre sous injonction de soins, ne peuvent être engagés qu'avec le consentement de la personne (...) Comment se situer dans cette articulation entre la loi et le soin ? Alors que le soin semble si lié à la loi ? Où trouver des fondements aux interventions soignantes ? Quels types d'interventions à quel moment ? Comment aménager un cadre d'intervention thérapeutique ? Nous rencontrons ces personnes du fait de leur incarcération, une fois qu'un représentant de la loi a nommé des actes, une conduite. L'objectif de la démarche de la réponse légale est l'empathie sociale envers la victime, la prévention d'autres actes du même type et l'amendement par la punition de l'auteur (...) Pour l'auteur on attend de cette démarche une souffrance personnelle, lui permettant d'accéder à une intériorisation, une appropriation de la conduite. Des étapes seront nécessaires entre une démarche sous pression sociale, juridique et une démarche personnelle de soin au sens plus classique du terme.* » [100]. Depuis la loi de juin 1998, la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel a été intégrée par le monde sanitaire puisqu'en 2009 étaient diffusées les recommandations de la Haute autorité de santé pour la prise en charge des auteurs

d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans. Des recommandations dans lesquelles étaient rappelés le cadre d'intervention et l'objectif de la prise en charge : « *La prise en charge thérapeutique des auteurs d'agression sexuelle s'adresse à la personne, qui ne doit jamais être réduite ni à ses actes ni à ses symptômes. Elle a pour objectif : la prise en charge de la souffrance du sujet, l'amélioration des fonctionnements psychologiques, relationnels et sociaux, ce qui peut contribuer à une réduction des conduites sexuelles inappropriées et à une diminution du risque de récurrence.* » [101]. C'est ce qui fait la singularité de la prise en charge intra-carcérale des auteurs d'infraction à caractère sexuel. Leur prise en charge est motivée par un objectif premier de réduire la souffrance du sujet, mais cet objectif en appelle un autre, celui de réduire le risque de récurrence, ce qui convoque de façon directe la notion de dangerosité et vient immanquablement influencer l'élaboration de la prise en charge.

La première conséquence de ce « double objectif » va déjà s'observer au niveau clinique. En effet, le clinicien face à son patient auteur de violence sexuelle, va avoir un double regard. D'une part, il aura une position « conventionnelle », observant les signes cliniques pouvant traduire une psychopathologie « générale » (dépression, anxiété, symptômes psychotiques, addictions, etc.) dans le but de définir une prise en charge destinée à soulager le patient d'une souffrance psychique inhérente à ses troubles. D'autre part, puisqu'à la base c'est l'infraction commise qui a conduit à la mise en place du soin via le jugement pénal, le clinicien est bien obligé d'aborder ou tout du moins d'avoir à l'esprit, l'acte commis pour tenter de saisir le fonctionnement psychique qui a sous-tendu cet acte. Dans ce second cadre, une autre clinique se déploie. Pour les cliniciens, ayant une approche psychodynamique, seront alors convoquées les notions de perversions sexuelles, personnalités perverses, perversité, sadisme, etc. Pour ceux ayant plutôt une approche cognitivo-comportementale, les

références seront différentes mais le principe restera le même, une analyse du fonctionnement psychique de l'individu en vue de comprendre et donc potentiellement réduire ses conduites déviantes. Le praticien se retrouve donc dans une position paradoxale car le soin ne doit en théorie pas poursuivre l'objectif de rendre le patient conforme mais de soulager sa souffrance. On comprend par conséquent la formulation prudente de la recommandation de l'HAS [101] précisant que l'objectif premier de la prise en charge est de soulager la souffrance du sujet et améliorer son fonctionnement, la diminution du risque de récurrence n'étant en théorie attendue que comme une conséquence potentielle pouvant découler de cet objectif premier. Or dans les faits, le détenu est quasiment toujours incité à suivre des soins par un magistrat, une incitation mise en rapport direct avec l'infraction commise à l'occasion d'un jugement, et cette incitation s'opère via des moyens uniquement juridico-pénitentiaires, à savoir l'accès aux aménagements de peine en cas de suivi effectivement réalisé. Tout cela constitue donc un ensemble de signaux indiquant au détenu que cette prise en charge, à laquelle on l'incite, suit plus une visée correctrice que thérapeutique. C'est là le paradoxe dans lequel se trouve le praticien avec son patient auteur de violence sexuelle, il doit tenir une position thérapeutique « classique » dans un cadre qui n'a rien de classique en termes de consentement au soin, de relation thérapeutique, de cadre thérapeutique et d'objectif thérapeutique.

Ainsi, au temps de l'élaboration d'une prise en charge, celle-ci ne peut donc s'inscrire dans un cadre thérapeutique habituel compte-tenu de la situation inédite de l'auteur d'infraction à caractère sexuel incarcéré. Un individu ni tout à fait contraint aux soins, ni vraiment libre d'y consentir ou non puisque « incité » à donner son indispensable consentement aux soins. Dans un contexte si particulier, le praticien peut rapidement tomber dans l'écueil d'élaborer une prise en charge qui au lieu de tendre à la

construction d'une relation thérapeutique digne de ce nom, peut devenir coercitive dans la recherche de la reconnaissance de son acte par le détenu. La solution, pour ne pas tomber dans ce genre de dérive, est de revenir à certains fondamentaux, en particulier le fait qu'un sujet ne modifiera pas son fonctionnement de façon pérenne sous des moyens coercitifs que ces moyens soient psychiatriques ou judiciaires. Cela étant dit, le praticien doit donc s'armer de patience car la première rencontre se fera rarement à la demande du patient. La prise en charge doit donc alors accompagner le patient détenu jusqu'à ce qu'émerge sa propre demande de soin en parallèle de celle de la justice. C'est un prérequis indispensable si on veut être dans une position thérapeutique et espérer, au passage, que le patient reconnaisse son acte, reconnaisse la victime et remette en cause son fonctionnement. Pour favoriser l'émergence de cette demande de soin, la psychothérapie de groupe est souvent une bonne alternative à la psychothérapie individuelle puisqu'elle favorise les processus de communication qui précèdent ceux de mentalisations.

La préparation à la sortie de prison est également une part importante de la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel. En effet, comme nous le disions précédemment, leur peine de prison sera la plupart du temps relayée par un suivi socio-judiciaire. Un travail en partenariat s'avère donc indispensable entre l'équipe soignante pénitentiaire ayant assuré la prise en charge durant l'incarcération, le juge d'application des peines prononçant le suivi socio-judiciaire, le SPIP, le médecin coordonnateur en cas d'injonction de soin, ou le psychiatre traitant en cas d'obligation de soin. L'existence des Centres Ressources pour l'Aide à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles (CRAVS) témoigne de la complexité de la prise charge des auteurs de violences et ces centres sont des alliés précieux au moment de la transition des soins entre l'intra et l'extra-carcéral. Leurs missions sont de former les

professionnels, orienter tout intervenant dans ce dispositif complexe et d'assurer parfois eux-mêmes certaines des prises en charges, avec pour but de faciliter le déroulement de ces soins et favoriser leur continuité.

Pour conclure, si nous avons pris le temps de développer la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel incarcérés, c'est parce que cela constitue une part notable de l'activité de la psychiatrie en milieu pénitentiaire. Mais au-delà de cet aspect quantitatif, ces prises en charge illustrent le mieux comment l'équipe de psychiatrie pénitentiaire est amenée à manier le concept de dangerosité, en comprendre ses effets au niveau de la clinique et de la thérapeutique. Cela est d'autant plus vrai, qu'en pratique, l'équipe de psychiatrie pénitentiaire n'est pas amenée à intégrer la notion de dangerosité qu'auprès des auteurs de violence sexuelle. D'autres détenus, présentant des profils pénaux différents, sont également « incités » durant leur incarcération à suivre des soins. C'est par exemple le cas des auteurs de violences non sexuelles (homicide, blessures aggravées, etc.) ou, dans un autre registre, les consommateurs de stupéfiants et d'alcool etc.

DISCUSSION À PROPOS DE L'AVENIR DE LA PSYCHIATRIE PÉNITENTIAIRE

Nous avons pu le voir en retraçant l'historique de la psychiatrie pénitentiaire en France, cette discipline et le dispositif de soin qui s'y rattache, n'ont eu de cesse de se mouvoir, d'évoluer ; des premières interventions diagnostiques de psychiatres vacataires en prison à l'implantation d'un secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire, jusqu'à la création des UHSA, dernière évolution majeure en date qui ne suit plus le paradigme d'implanter toujours plus la psychiatrie au sein de la prison mais amène au contraire les moyens de surveillance pénitentiaire dans ces unités hospitalières. Étudier l'histoire de la psychiatrie pénitentiaire en France pour en faire un support afin de mieux comprendre la place actuelle de la psychiatrie en prison, nous amène naturellement à vouloir discuter de l'avenir de la psychiatrie en milieu carcéral en France. Essayer d'en entrevoir les évolutions prochaines. Nous en avons conscience, l'avenir de la psychiatrie pénitentiaire dépend indiscutablement des chemins qui seront empruntés par la justice pénale et la prison, d'une part, par la psychiatrie et les politiques de santé publique, d'autre part. Or, spéculer sur les changements à venir dans ces différents champs et tenter d'en imaginer les conséquences sur la psychiatrie carcérale, pourraient nous emmener très loin et peut-être nous faire perdre de vue la visée un minimum pragmatique que nous voulons donner à ce travail. C'est pour cette raison que nous faisons le choix ici de ne discuter que des tendances qui ne concernent que la psychiatrie pénitentiaire en elle-même.

Jusqu'ici, nous n'avons pas seulement constaté que la psychiatrie pénitentiaire était en perpétuelle évolution, nous avons également vu comment ces différentes évolutions s'étaient incarnées en un dispositif de soin psychiatrique en prison complexe parce qu'hétérogène et transversal (entre la santé mentale et le domaine juridico-

pénitentiaire). Un dispositif dont la complexité s'est progressivement constituée pour supporter et maintenir autant que possible l'intégrité d'une pratique clinique et thérapeutique présentant des particularités liées à la population carcérale et au milieu carcéral. Parce que la psychiatrie pénitentiaire doit continuer de se renouveler pour répondre à une demande de soin singulière et elle aussi en perpétuelle évolution, certains praticiens réfléchissent à comment faire progresser le dispositif de soin et la pratique de la psychiatrie en milieu pénitentiaire. Dans ce cadre, deux tendances semblent s'opposer.

La première de ces tendances est la mise en place de changements visant à instituer une indépendance vraie du dispositif de soin vis-à-vis des services judiciaires et pénitentiaires, établir des frontières claires entre ces différents champs. Cette position est par exemple soutenue par les psychiatres Michel David, Catherine Paulet et Gérard Laurencin qui, dans un article publié en 2012, résument leur point de vue de la façon suivante : « *depuis le début des années 2000, une orientation sécuritaire dévolue à la psychiatrie en milieu pénitentiaire prend le pas sur la dimension thérapeutique. L'indépendance professionnelle et le secret professionnel médical sont battus en brèche. Les soignants devraient devenir des prestataires de services de l'administration pénitentiaire ou la justice. Au lieu de prodiguer des soins, leur collaboration est requise pour aider à la gestion du parcours d'exécution des peines en évaluant la « dangerosité » et les risques de récidive et en prodiguant d'illusoires thérapies pour lutter contre la récidive.* » [102]. Une dérive de la fonction soignante en prison à nouveau soulignée avec inquiétude par Cyril Canetti en 2018 (*Loi et santé mentale : évolutions récentes, entre contrainte et consentement. Un cas particulier : quel choix en milieu pénitentiaire ?*) [103]. L'argumentaire sur lequel se fonde ce positionnement en faveur d'une indépendance totale de la psychiatrie pénitentiaire,

tient dans le rappel du but premier de la création du secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire : « *aligner qualitativement les soins aux personnes détenues sur ceux prodigués à la population générale, et de permettre l'accès aux soins de toute personne malade, en souffrance ou en demande sur l'ensemble du territoire* » [102]. En effet, c'était pour servir ces objectifs que le décret du 14 mars 1986 suivi de la loi du 18 janvier 1994, ont confié la prise en charge de la santé des détenus au service public hospitalier, mission jusqu'ici gérée par l'administration pénitentiaire. L'argument principal était alors que pour prétendre en prison à une accessibilité et une qualité de soin équivalentes au milieu ordinaire, le soin en prison devait être indépendant des services judiciaires et pénitentiaire. Ce qui est juste puisqu'une indépendance professionnelle est indispensable pour pratiquer dans le strict respect de certains fondements éthiques et déontologiques de la médecine, tels que la primauté du consentement au soin et le respect du secret professionnel. Ce que déplorent David et al., c'est que la loi de 1994 n'a pas abouti en pratique à une réelle indépendance et autonomie des professions soignantes en prison. En effet, certaines situations entretiennent une perméabilité conduisant le champ juridico-pénitentiaire à conserver une influence sur la pratique du soin ; que ce soit dans le déroulement quotidien des soins en prison, qui ne peuvent se faire sans une influence de l'administration pénitentiaire, ou pour la question de l'incitation aux soins durant l'incarcération parfois exprimée lors de jugements ou dans la décision d'attribution de remises de peines, des soins sous influences judiciaires donc. L'idée soutenue par David et al. est que via ces situations perméables s'est opérée progressivement une « *contamination sécuritaire* » [102] du soin. Ce qu'ils redoutent, et qui constitue la raison pour laquelle ils désirent instituer une réelle indépendance soignante en prison, c'est une transition dans laquelle le soin en prison serait abandonné au profit d'une priorisation du traitement de la dangerosité et de la prévention de la récidive. Michel et al. ne sont pas

les seuls à avoir ce point de vue. C'est, par exemple, également le cas de l'équipe soignante rattachée au Centre hospitalier Montperrin, d'Aix-en-provence, intervenant à la maison d'arrêt de Luynes et le centre de détention de Salon-de-Provence, qui a mise en pratique cette volonté d'être indépendant des services judiciaires et pénitentiaires en créant : « *Le service de soins psychiatriques ambulatoires aux détenus (SPAD)* » [104]. Leur pratique est racontée dans un récent article (*Penser le soin psychiatrique prison*, 2018) [104], une pratique ancrée sur les grands principes déontologiques (la recherche du consentement aux soins, la facilitation de l'accès aux soins, la garantie du secret professionnel) et dans laquelle est d'emblée refusée toute logique de partenariat ou de pluridisciplinarité avec les instances judiciaires et pénitentiaires.

En théorie, tenir une telle position « indépendantiste » semble très noble puisqu'elle vise à promouvoir une pratique éthique et déontologique du soin en prison, égale à celle pratiquée en milieu ordinaire, et veille à ce que le soin justement demeure l'unique objectif motivant l'exercice d'équipes soignantes en prison. Cependant, si on transpose cette vision théorique à une certaine réalité pratique, certaines limites apparaissent. Au-delà des limites pratiques évidentes qu'entraînerait une frontière totalement imperméable entre équipe soignante pénitentiaire et instances judiciaire et pénitentiaire, il y a la problématique inhérente au statut du patient-détenu. En effet, dans cette perspective, le champ du soin en prison rompt avec le champ juridico-pénitentiaire et ses enjeux, mais le patient lui, n'en reste pas moins un détenu. Tout comme il est parfois reproché à la justice de ne pas prendre en compte dans son fonctionnement le statut de malade mental de certains individus, il peut tout autant être reproché à la démarche d'indépendance totale du soin d'aboutir à un soin qui ferait abstraction du statut de détenu du patient et toutes les problématiques que cela

entraîne. Face à une telle démarche de totale indépendance du soin pénitentiaire, on peut ainsi imaginer deux suites logiques. Dans un premier cas de figure, quelque peu idéaliste, les instances juridiques et pénitentiaires compensent cette indépendance totale du soin pénitentiaire, ce qui impliquerait des changements révolutionnaires en termes de politique pénale et pénitentiaire. Dans un second cas de figure, plus pessimiste mais aussi plus réaliste, le champ du soin en prison se saisit de son indépendance sans pour autant que les instances juridico-pénitentiaires n'opèrent de changements compensatoires. C'est alors le patient-détenu qui aurait tous les risques de pâtir d'un tel fonctionnement institutionnel clivé, puisque sa réalité à lui et ses problématiques resteraient invariablement intriquées de façon transversale, simultanément sur les champs du soin et du juridico-pénitentiaire.

C'est justement en se fondant sur les limites d'un tel fonctionnement clivé entre soin et justice-prison, que d'autres praticiens encouragent une pratique du soin en prison tout à fait opposée en certains points à celle que nous venons de décrire. Cette seconde tendance est particulièrement soutenue par le Professeur Jean-Louis Senon, référence française en matière de psychiatrie médico-légale, expertale et pénitentiaire, et consisterait en une pratique de la psychiatrie en milieu pénitentiaire inspirée du modèle de la psychiatrie de liaison. Senon et Manzanera définissent la psychiatrie de liaison en se basant sur les travaux de Lipowski : *« Il définit la psychiatrie de liaison en 1971 comme « le secteur de la psychiatrie clinique incluant des activités de clinique, d'enseignement et de recherche de la part du psychiatre et des professionnels de la santé mentale au sein des services non-psychiatriques de l'hôpital général ».* *Le psychiatre de liaison doit se soucier du contexte particulier dans lequel il évolue, afin d'appréhender l'homme dans sa globalité. Il confère un triple rôle au psychiatre de liaison et à son équipe : consulter : orienter, prescrire ; expertiser : travailler sur les*

mouvements affectifs et les réactions comportementales du malade, des soignants face au malade, de la famille face au malade et aux soignants ; enseigner : sensibiliser et informer sur les fonctionnements psychiques normaux et pathologiques. » [105].

On peut ainsi saisir le rapprochement possible par analogie entre la pratique de la psychiatrie en milieu carcéral et la pratique de la psychiatrie de liaison en milieu médico-chirurgical : *« toutes deux s'exercent dans un milieu extérieur au milieu psychiatrique, ce qui nécessite pour le psychiatre et son équipe une adaptation au fonctionnement et aux contraintes de l'endroit où il intervient ; le psychiatre doit, selon S.M Consoli, relever en permanence un défi, « défi d'avoir à faire notre place, à nous faire reconnaître dans notre spécificité, mais aussi d'avoir à répondre au scepticisme ambiant ».* Il existe un risque permanent de clivage ou d'exclusion de l'équipe psychiatrique tant du côté de la prison que de celui de l'hôpital d'origine ; le développement de liens avec l'équipe médicale (UCSA) est essentiel dans la prise en compte globale de l'individu (corps et esprit) ; une adaptation de la clinique est nécessaire en marge de l'apprentissage classique, avec nécessité de travaux de recherche et mise en place d'un enseignement spécifique ; (...) elle permet la prise en compte des aspects institutionnels et individuels tout en restaurant la communication autour du malade » [105].

Si Senon propose une telle organisation de la psychiatrie pénitentiaire sur le modèle de la psychiatrie de liaison, c'est pour aboutir à l'intégration du dispositif de soin psychiatrique pénitentiaire. Intégration au sens que la psychiatrie pénitentiaire constituerait l'élément permettant que les champs de la psychiatrie, du judiciaire et du carcéral, forment un ensemble cohérent, ce qui servirait les intérêts du patient-détenu via une prise en charge qui ne négligerait aucun des deux statuts. Pour se faire, en plus de la réalisation d'actes à caractères diagnostiques et d'actes à caractères

thérapeutiques, une telle équipe soignante aurait donc un important travail de liaison à réaliser :

- au sein de l'équipe soignante pénitentiaire même, entre les soins somatiques et psychiatriques.
- avec les différents niveaux du dispositif de soin psychiatrique pénitentiaire (SMPPR, UHSA, etc.).
- avec les instances pénitentiaires intra et extra-carcérales (personnel surveillant, SPIP, etc.).
- avec les instances judiciaires (Juridiction d'application des peines en particulier).
- avec le dispositif de santé publique (secteur psychiatrique de rattachement, hôpital psychiatrie, hôpital général, CSAPA, CRAVS, etc.).

Un tel travail permettrait de créer et d'entretenir une grande alliance collaboratrice entre tous ces intervenants potentiellement impliqués dans le parcours du patient-détenu. L'équipe psychiatrique de liaison pénitentiaire devrait connaître les spécificités des modalités de fonctionnement et des enjeux des interventions de ces différents acteurs, afin justement de pouvoir les mettre en lien les uns et les autres. Cela aboutirait à un réseau de soin qui répondrait de façon cohérente et adaptée aux besoins qu'implique la double problématique du patient-détenu ; un réseau dont l'adaptabilité préviendrait les risques de discontinuité de prise en charge dans le parcours complexe du patient-détenu.

Cette vision d'une psychiatrie pénitentiaire inspirée du modèle de la psychiatrie de liaison présente donc plusieurs aspects séduisants. La théorie en elle-même, tout d'abord, suivant laquelle le travail de liaison ferait de la transversalité du dispositif de psychiatrie carcérale une force de collaboration et non plus un facteur de complexité et

de disparité. En aboutissant ainsi à un grand ensemble fonctionnant de façon cohérente, l'accès au soin et la qualité des soins psychiatriques aux détenus s'amélioreraient. Ce qui semble également pertinent dans cette idée d'une psychiatrie de liaison pénitentiaire, c'est son réalisme. En effet, contrairement à la position « indépendantiste » que nous décrivions précédemment, la vision théorique d'une psychiatrie de liaison pénitentiaire compose avec la réalité des instances sanitaires, judiciaires et pénitentiaires actuelles, et ne mise pas sur un changement de ces instances. La première limite qu'on peut cependant trouver à ce modèle d'une psychiatrie de liaison pénitentiaire, est la surspécialisation qu'elle nécessite et les risques que cela implique. Senon l'affirme clairement [105], un tel travail de liaison nécessite de maîtriser les spécificités de la pratique en milieu pénitentiaire, les spécificités cliniques liées à la population carcérale et le milieu carcéral, comprendre et maîtriser également la complexité des différents fonctionnements des champs de la psychiatrie, de la justice pénale et du monde carcéral, comprendre les rôles des multiples intervenants de ces différents champs et les enjeux de leurs interventions, pour justement pouvoir prétendre à les mettre en lien au service de la prise en charge du patient-détenu. Cette hyperspécialisation « médico-carcéro-légale » présente le risque que le « médico » ne se dissolve dans le « carcéro-légale », naturellement prédominant en milieu pénitentiaire. La seconde limite, qu'on peut attribuer à ce modèle de psychiatrie de liaison pénitentiaire, est une question de faisabilité. En effet, pour qu'une telle mission de liaison aboutisse aux résultats attendus, cela présuppose, d'un part, qu'un certain nombre de moyens soient déployés et, d'autre part, que les instances faisant l'objet de ce travail de liaison fonctionnent déjà elles-mêmes relativement correctement. Or, à l'heure actuelle où la psychiatrie opère péniblement son virage ambulatoire et tout le travail de liaison entre intra et extrahospitalier que cela implique, nous pouvons imaginer qu'une réorganisation de la psychiatrie

pénitentiaire sur le modèle de la psychiatrie de liaison rencontrerait des difficultés analogues.

CONCLUSION

L'objectif général de ce travail de thèse, était de comprendre la place de la psychiatrie en Prison en France, saisir sa singularité institutionnelle, à la place à la fois paradoxale et intuitive.

Pour servir cet objectif, nous avons réalisé une étude et une synthèse bibliographique permettant de répondre à la problématique suivante : Comment et pourquoi la psychiatrie s'est-elle implantée en prison ?

C'est en recoupant l'histoire de la justice pénale, de la prison et de la psychiatrie que l'on peut comprendre pourquoi et comment la psychiatrie s'est implantée en prison en France. Une analyse historique qui permet de mettre en évidence le phénomène d'acculturation (« *l'ensemble des processus qui se produisent lorsque deux cultures se trouvent en contact et agissent et réagissent l'une sur l'autre* » [34]) qui a sous-tendu cette implantation de la psychiatrie en prison. Suite à la Révolution française, une dichotomie est en théorie instituée entre l'asile et la prison, distinguant les malades mentaux des délinquants, le traitement moral asilaire du traitement moral pénitentiaire ; avec pour le cas intermédiaire des malades mentaux délinquants, la loi sur l'irresponsabilité pénale qui permet de trancher si l'individu est responsable et relève de la prison, ou irresponsable en raison de ses troubles et relève de l'asile. Cette frontière en théorie hermétique entre l'asile et la prison, va rapidement se révéler perméable en pratique. La première raison de cette perméabilité est la tendance naturelle de l'opinion publique à invoquer la folie pour s'expliquer des crimes majeurs commis pour des motifs mineurs. Une tendance naturelle confortée par la mission expertale des aliénistes, qui ne tardent pas à développer une approche clinique de l'acte criminel mais également du criminel en lui-même. Ce qui va précipiter cette

perméabilité vers le début d'une acculturation asilo-pénitentiaire, c'est d'une part la présence effective de malades mentaux incarcérés malgré un système élaboré en théorie pour qu'ils soient pris en charge à l'asile ; d'autre part, l'efficacité bien moindre que prévu du traitement asilaire et du traitement pénitentiaire. Les malades mentaux semblent alors incurables, et les délinquants semblent incorrigibles. Face à cette réalité, la présence de malades en prison contrarie la démarche humaniste des aliénistes, et ces mêmes malades perturbent l'ordre carcéral, et sont donc une gêne pour les professionnels pénitentiaires. De là émerge les premières demandes d'une intervention des aliénistes en prison. Une idée encouragée d'un point de vue sociétal et en termes de justice pénale, puisque ces mêmes aliénistes qui développent une connaissance en criminologie semblent les auxiliaires de justice idéaux pour remanier le traitement pénitentiaire et lui permettre d'être efficace dans l'amendement du délinquant. C'est le premier signe précurseur du phénomène d'acculturation, puisque pour la première fois, la connaissance des aliénistes n'est plus exclusivement envisagée au service du traitement moral asilaire mais envisagée pour servir le traitement moral pénitentiaire.

Fin du XIXème-début du XXème siècle, dans ce contexte et sous l'impulsion du mouvement de défense social en Europe qui ne tarde pas à toucher la France, la psychiatrie commence à intervenir en prison mais avec pour unique fonction de dépister les troubles mentaux chez les détenus. Cette fonction purement diagnostique fixe une orientation déterminante pour la suite : c'est l'aliéniste qui va au malade incarcéré, et non le malade qu'on extrait de la prison vers l'asile. Le texte qui vient confirmer cette orientation première et « officialise » l'acculturation alors ouverte entre le champ de la psychiatrie et du juridico-pénitentiaire, est la circulaire Chaumié de 1905, qui introduit la notion de responsabilité atténuée et promulgue ainsi la

possibilité pour un délinquant présentant un trouble mental aux moments des faits commis, d'être tout de même responsabilisé et donc incarcéré. Par conséquent, si des délinquants atteints de maladies mentales peuvent officiellement être incarcérés, cela légitime d'autant plus l'intervention d'aliénistes au sein de la prison auprès de ces malades incarcérés.

La dynamique d'acculturation entre le champ de la psychiatrie et le champ juridico-pénitentiaire connaît une relance après la seconde guerre mondiale. L'asile et la prison étant alors pointées du doigt, chacune cherche à se renouveler. La psychiatrie cherche à faire oublier l'image de l'asile. Dans ce cadre, elle souhaite se distancier de la prison dont l'enfermement est alors associé avec l'enfermement asilaire. La prison au contraire, sollicite l'intervention de la psychiatrie dans ses murs, afin de montrer une preuve tangible de l'amélioration du traitement des personnes incarcérées. Autrement dit, la présence de médecins en prison est alors recherchée pour garantir le caractère exclusivement privatif de liberté de la peine de prison, sans souffrance psychique ou physique. Cette demande s'incarne dès 1945 par la réforme Amor via laquelle sont créées les annexes psychiatriques ayant pour fonctions cette fois le dépistage et le soin des détenus malades mentaux, ce qui témoigne de la progression de la dynamique d'acculturation entre la psychiatrie et la prison.

À partir de ce moment où le soin psychiatrique est institué en prison, la psychiatrie pénitentiaire va être dynamisée par l'essor du secteur psychiatrique en France, dont l'un de ses principes fondamentaux est que tout individu bénéficie d'une même accessibilité aux soins psychiatriques. C'est ainsi que la psychiatrie pénitentiaire bénéficie d'abord des moyens nés de la politique de sectorisation psychiatrique avant de devenir elle-même un secteur psychiatrique autonome.

La psychiatrie pénitentiaire ayant d'une part gagné un poids considérable dans la donne institutionnelle qui l'unit à la prison et à la justice pénale ; et d'autre part la

justice pénale passant de plus en plus d'une logique de responsabilité à une logique de sûreté, la fin des années quatre-vingt-dix et les années deux mille connaissent le paroxysme du phénomène d'acculturation, floutant définitivement les frontières entre le soin et la sanction. Que ce soit dans la loi du 17 juin 1998, mettant en place entre autres le suivi socio-judiciaire des délinquants sexuels et « encourageant » les soins psychiatriques durant l'incarcération, ou dans la création des UHSA autour de 2010, exportant les moyens de surveillance pénitentiaire dans des unités hospitalières.

L'histoire de la justice pénale, de la prison et de la psychiatrie, nous apprend donc que la psychiatrie pénitentiaire en France est née d'une dynamique d'acculturation entre ces différents champs ; un brassage culturel dans lequel le pénal, le pénitentiaire et la psychiatrie se sont mutuellement influencés dans leurs évolutions au cours du temps, et continuent de s'influencer encore actuellement.

Analyser l'implantation de la psychiatrie en prison en France sous l'angle culturel et plus précisément via ce phénomène d'acculturation, permet de saisir l'originalité et la transversalité de la place de la psychiatrie en prison en France.

En comparaison aux établissements de défense sociale Belges et l'organisation de la « forensische Psychiatrie » allemande, le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire français est tout à fait original. Contrairement à l'Allemagne et la Belgique qui se sont organisées pour maintenir une certaine dichotomie entre le soin psychiatrique et la peine de prison, via des dispositifs non pénitentiaires spécifiquement développés pour prendre en charge les malades mentaux délinquants, la France a quant à elle implanté au sein même de la prison, un dispositif de prise en charge psychiatrique. Si ces trois pays ont opté pour trois organisations différentes dans la prise en charge des malades mentaux délinquants, c'est parce que leur histoire et donc leur culture en matière de justice pénale, de prison et de psychiatrie divergent en certains points. Pour le cas de la France, on peut noter que c'est à l'occasion d'évènements historiques suivis de

mouvements humanistes que la psychiatrie et la prison sont nées puis ont muées (Révolution française, seconde guerre mondiale). Bien que la position initiale des aliénistes ait été en faveur d'une dichotomie franche entre le traitement des malades mentaux et le traitement des délinquants, l'histoire française témoigne des différents déterminants qui ont rapidement rapprochés aliénisme et justice pénale, puis psychiatrie et prison. Un rapprochement allant jusqu'à l'acculturation, avec une orientation instituée très tôt, c'est la psychiatrie que l'on va venir greffer au milieu pénitentiaire pour la prise en charge des détenus malades mentaux, et non les malades mentaux incarcérés que l'on va venir rediriger vers la psychiatrie. Une fois cette orientation première instituée, la psychiatrie pénitentiaire française va se développer progressivement en conservant cette même orientation, ne revenant jamais à la dichotomie souhaitée par les aliénistes, entre soin psychiatrique et peine de prison. Une dichotomie relativement maintenue dans les systèmes allemands et belges, dont il serait intéressant d'étudier l'histoire et la culture pénale, pénitentiaire et psychiatrique afin de comprendre les déterminants de leurs choix organisationnels en matière de prise en charge des malades mentaux délinquants.

L'acculturation psychiatrico-juridico-pénitentiaire ne permet pas seulement de saisir l'originalité de la place de la psychiatrie en prison en France, elle permet également d'en comprendre la transversalité. En effet, la psychiatrie pénitentiaire étant née d'une dynamique d'acculturation entre la psychiatrie, la justice pénale et le pénitentiaire, cette discipline s'est spontanément placée de manière transversale à ces trois champs. L'originalité que constitue un secteur de psychiatrie autonome au sein de la prison, témoigne de cette transversalité, dont les conséquences ne sont cependant pas qu'organisationnelles. Cette transversalité dessine les spécificités de la psychiatrie pénitentiaire tant dans sa pratique que dans sa clinique.

En effet, la psychiatrie pénitentiaire ne peut pas être simplement réduite à une transposition de la psychiatrie générale dans le milieu particulier de la détention. Certes, contrairement aux secteurs préexistants de psychiatrie adulte et infanto-juvénile définissant leurs populations suivant une question d'âge, le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire a la particularité de se définir par rapport à son milieu d'intervention, la prison ; un milieu dont la population partage un même statut, celui de détenu. Cependant, de cette spécificité de lieu découle un ensemble de spécificités pratiques et cliniques, touchant parfois jusqu'aux fondements éthiques et déontologiques de la psychiatrie. Des spécificités toutes autant attribuables au milieu carcéral lui-même, qu'à la place transversale prise par la psychiatrie dans ce milieu.

Au travers d'études épidémiologiques portant sur la population carcérale, nous avons pu voir tout d'abord comment le milieu carcéral pouvait expliquer en partie l'importante prévalence des troubles psychiatriques parmi les détenus ; une prévalence supérieure à celle de la population générale, quel que soit le trouble psychiatrique. L'explication retenue face à cette prévalence élevée et en augmentation, est complexe et multifactorielle. Elle intègre aussi bien les changements au cours du temps de la politique pénale et de la pratique expertale, que les changements de la psychiatrie et de la prison. En ce qui concerne la part à attribuer au milieu pénitentiaire, ce dernier explique en partie la prévalence de troubles psychiatriques chez les détenus d'abord du fait que l'incarcération en elle-même est une étape « sélectionnant » une population présentant une vulnérabilité aux troubles psychiatriques, voire d'emblée une prévalence plus importante de troubles psychiatriques que la population générale. À cela va venir s'ajouter le fait que la prison est un milieu cumulant un grand nombre de facteurs de stress (promiscuité, insalubrité, surveillance constante, distorsion des notions d'espace et de temps, perturbation du rythme veille-sommeil, etc.). Sur le modèle étiopathogénique stress-vulnérabilité, la rencontre de cette population

présentant une vulnérabilité notable aux troubles psychiatriques, avec un environnement particulièrement stressant, va donc favoriser l'écllosion de troubles psychiatriques jusqu'ici à un stade « prémorbide », ainsi que la décompensation de troubles psychiatriques préexistants. Pour être précis, la rencontre d'une population vulnérable avec le stress du milieu carcéral, va non seulement favoriser de manière aspécifique les troubles psychiatriques, mais va également privilégier certaines expressions psychopathologiques spécifiques. Par exemple, la surveillance carcérale constante et la promiscuité vont favoriser les symptomatologies délirantes à thème de persécution voire franchement paranoïaque. Les distorsions et coercitions en termes d'espace et de temps chez des personnes impulsives, vont souvent conduire à des comportement auto- ou hétéro-agressifs, dont les tentatives de suicide, problématique majeure en prison.

Par ailleurs, l'intervention psychiatrique en prison ne se limite pas aux troubles psychiatriques « classiques » dont la prévalence et l'expression clinique sont influencées par le milieu carcéral. Par sa position transversale résultant de l'acculturation entre le champ de la psychiatrie et du juridico-pénitentiaire, la psychiatrie pénitentiaire doit également composer avec le concept de dangerosité et de risque de récidive. Un concept protéiforme, qui malgré une volonté de distinction entre la dangerosité criminologique et la dangerosité psychiatrique, demeure une notion hybride débordant bien souvent du champ légal et de la criminologie, vers celui de la psychiatrie ; en particulier lorsque rechute et récidive, en viennent trop souvent à être confondues. C'est depuis la loi du 17 juin 1998 sur le suivi socio-judiciaire que la psychiatrie pénitentiaire s'est vue officiellement attribuer ce champ d'activité, puisque cette loi explicite que tout suivi socio-judiciaire ne peut être mis en place qu'à la sortie de prison, mais que le détenu doit être « incité » à débiter les soins durant sa peine de prison. Si ce cadre légal de prise en charge s'adressait initialement aux délinquants

sexuels, il s'est depuis étendu en pratique à des individus condamnés pour tout type de violence, ou encore pour des infracteurs à la législation sur les stupéfiants ou sous l'empire d'un état alcoolique. Ceci vient donc constituer une large patientèle « incitée » au soin durant l'incarcération, et donc une part notable de l'activité de la psychiatrie pénitentiaire. Au-delà de son cadre légal distinct, ce second champ d'action de la psychiatrie pénitentiaire convoque une autre clinique, celle des comportements délictueux et violents, des personnalités déviantes, etc. Une clinique servant à l'origine plutôt la pratique expertale que thérapeutique.

Le milieu pénitentiaire et la place transversale de la psychiatrie en prison impliquent donc certaines spécificités cliniques, mais également certaines spécificités pratiques. La première de ces particularités dont découlent les suivantes est que, malgré la pleine autorité médicale dont dispose le secteur psychiatrique pénitentiaire, celui-ci n'en reste pas moins rattaché au système judiciaire et carcéral, invité par lui au sein de la prison. Cela implique d'inévitables partenariats multiples. En effet, pour mener à bien ses missions de prévention, de diagnostic et thérapeutique auprès de patients qui n'en restent pas moins des détenus, le secteur de psychiatrie pénitentiaire doit entretenir des relations en particulier avec les professionnels de l'administration pénitentiaire, certains professionnels du champ judiciaire, avec les professionnels soignants d'autres disciplines que la psychiatrie, à l'intérieur comme à l'extérieur de la prison. Bien que ces partenariats servent les intérêts de chaque parti, l'essence de l'institution carcérale demeure la sanction pénale, et non le soin. Ces relations de partenariats inévitables se révèlent donc asymétriques entre le soin et la prison, le soin et la justice, ce qui limite l'autonomie du dispositif de soin psychiatrique pénitentiaire. En pratique, cette limitation d'autonomie amène la psychiatrie pénitentiaire face à un dilemme. Le fait que la psychiatrie pénitentiaire ne soit pas totalement indépendante vis-à-vis des champs de la justice et du pénitentiaire, vient souvent faire vaciller certains principes

éthiques et déontologiques fondamentaux de la médecine, en particulier le respect du secret professionnel, l'accessibilité aux soins et la primauté du libre consentement aux soins. Des principes pourtant définis comme élémentaires à la pratique de la médecine. Voilà donc ce qui constitue le dilemme de la psychiatrie pénitentiaire actuelle, qui doit entretenir un partenariat inévitable avec la pénitentiaire et la justice pour pouvoir exercer le soin en prison, un partenariat qui met cependant en péril certains principes éthiques et déontologiques indispensables à la pratique de la médecine quel que soit le milieu.

Face à ce dilemme, deux opinions s'opposent quant à l'avenir de la psychiatrie pénitentiaire en France. D'un côté, certains défendent l'indépendance totale de la psychiatrie pénitentiaire en rompant tout partenariat avec les champs judiciaire et pénitentiaire, prenant le pari que ces instances juridico-pénitentiaires s'adapteront en conséquence. L'argument étant que seul le respect des principes éthiques et déontologiques peut protéger d'une dérive sécuritaire de la psychiatrie pénitentiaire et d'une confusion complète entre soin et sanction. À l'opposé, d'autres embrassent totalement l'idée d'une psychiatrie pénitentiaire spécialisée, dont la spécialité justement serait le travail de liaison avec le judiciaire, le pénitentiaire, mais aussi le médico-social et le milieu associatif extra-pénitentiaire, prenant le pari qu'un tel travail de liaison servirait plus les intérêts du patient-détenu dans le fonctionnement actuel juridico-pénitentiaire, plutôt qu'une application « puriste » des règles éthiques et déontologiques.

En résumé, et pour revenir à notre question initiale, parler d'implantation de la psychiatrie en prison en France illustre déjà plutôt bien cette situation institutionnelle singulière. Pour rester dans le champ lexical et la métaphore de la greffe, on pourrait même parler de transplantation. La psychiatrie pénitentiaire serait le greffon prélevé

de l'institution psychiatrique générale, l'institution juridico-pénitentiaire et le milieu carcéral seraient l'organisme receveur.

Une transplantation nécessite au préalable une compatibilité minimum entre le greffon et l'organisme greffé ; une compatibilité comparable aux affinités entretenues par la psychiatrie et la justice pénale depuis l'époque aliéniste.

La réussite d'une transplantation requiert également une préparation du greffon et de l'organisme receveur. En particulier que certaines défenses de l'organisme receveur soient diminuées pour que la greffe ne soit pas rejetée de manière aigüe en étant identifiée comme un corps étranger. Ce qui peut être comparé aux aménagements réalisés au cours du temps par le milieu pénitentiaire pour recevoir en son sein un secteur psychiatrique autonome.

Toujours pour que la transplantation réussisse, le greffon doit à la fois conserver sa fonction première attendue par l'organisme receveur, mais également s'adapter à cet organisme receveur qui reste différent de l'organisme d'origine du greffon. De plus, la greffe ne peut fonctionner isolément, elle doit être intégrée un minimum par l'organisme receveur afin que la fonction du greffon soit en cohésion avec le fonctionnement global de l'organisme receveur. Tout cet équilibre n'est pas sans rappeler la transversalité de la psychiatrie dans le milieu pénitentiaire et ses conséquences institutionnelles.

Enfin, lorsque la transplantation a pris, le greffon et l'organisme greffé ne demeurent pas dans un fonctionnement immuable. Leurs interconnexions complexes influencent réciproquement l'évolution de l'un comme de l'autre. Le greffon continue d'évoluer dans cet organisme nouveau, nécessairement de façon différente que s'il était resté au sein de son organisme d'origine. Pour que cette évolution ne tourne pas au rejet chronique, greffon et greffé doivent faire l'objet d'une surveillance et d'un « entretien »

permanent. Et si la situation l'indique, greffon et greffé doivent faire l'objet de soin, voir même d'une transplantation renouvelée. Cette dynamique greffon-greffé évoque les diverses évolutions et remaniement qu'a traversée la psychiatrie pénitentiaire depuis sa « transplantation » dans le système juridico-pénitentiaire. Aucune métaphore n'est sans faille, mais celle de la transplantation résonne donc plutôt bien avec le cas de la psychiatrie pénitentiaire en France.

Nous pouvons terminer par une discussion portant sur le travail d'étude et de synthèse bibliographique qui a été réalisé dans le cadre de cette thèse au sujet de la psychiatrie pénitentiaire en France. Estimer ce qui fait la qualité de ce travail, mais également ce qui lui fait défaut.

Tout d'abord ce travail de revue de la littérature française sur le sujet de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, nous a permis de constater ce qui compose cette littérature. D'un côté, on retrouve un nombre important de sources documentaires traitant de manière focalisée de certains points précis de la psychiatrie pénitentiaire. D'un autre côté, on observe qu'une part majoritaire de cette littérature est constituée de retours de pratiques et d'avis de praticiens sur la psychiatrie pénitentiaire en générale. Dans un registre comme dans l'autre, ces sources exposent la plupart du temps un unique point de vue sur le sujet de la psychiatrie pénitentiaire et ses problématiques, celui de l'auteur ; un point de vue unique fréquemment développé de manière factuel, souvent présenté sous forme de « guide pratique et méthodologique ». Face à ce premier constat, notre travail d'étude et de synthèse bibliographique présente déjà comme qualité d'avoir adopté d'emblée une position décalée. Nous avons en effet cherché à transcender les éléments factuels rapportés par la littérature sur la psychiatrie pénitentiaire (dispositifs, moyens, infrastructures, cadre légal, etc.), pour tenter de cerner le sens de cette discipline. Autre qualité, nous avons tenu à prendre en compte

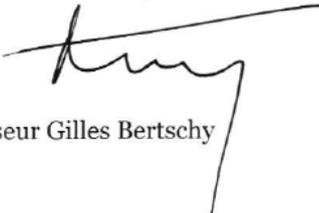
des points de vue multiples et variés ; aussi bien l'avis de psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire que celui de sociologues, d'historiens, de magistrats, etc. L'objectif étant de confronter autant que possible ces différents points de vue et ne pas aboutir à une énième lecture unique d'un sujet aussi complexe.

Un sujet si complexe d'ailleurs, qu'il nous a parfois amené à questionner notre ambition de chercher à embrasser le sens de la psychiatrie pénitentiaire en France dans sa globalité ; tant certains points que nous abordions dans ce travail pouvaient à eux seuls faire l'objet d'un travail de thèse (les addictions en prison, le suicide en prison, la responsabilisation pénale des malades mentaux, les différents dispositifs de psychiatrie médico-légale en Europe et ailleurs, la prévalence des troubles psychiatriques en prison, le respect du secret médical et le consentement au soin en prison).

Par ailleurs, la seconde constatation que nous avons pu effectuer durant ce travail, est le manque de littérature témoignant d'une « recherche scientifique » en matière de psychiatrie pénitentiaire française. Autrement dit, des études protocolisées présentant un certain niveau de preuve scientifique et grade de recommandation. En effet, en dehors de quelques études épidémiologiques descriptives, la quasi-totalité de la littérature sur la psychiatrie pénitentiaire en France est constituée de revues de littérature non protocolisées, de retours de pratique ou de rapports de cas. Bien que nous ayons tenu à nous démarquer en élaborant une méthodologie de revue littérature explicitée et argumentée, nous reconnaissons que notre travail s'inscrit au sein des autres travaux déjà réalisés, tant en termes de publications que de travaux de thèse de psychiatrie [106,107]. Au regard de notre travail, nous ne pouvons que déplorer ce défaut de recherche scientifique en matière de psychiatrie pénitentiaire, qui semble d'ailleurs témoigner d'un certain tabou en France autour de la recherche scientifique

en milieu pénitentiaire. Une démarche de recherche pourtant aujourd'hui nécessaire (au même titre que dans les autres disciplines médicales) pour faire progresser la pratique. À ce titre, je souhaitais saluer le récent travail de thèse d'une collègue et amie, Dr Risch Christelle, assistante du SMPR de la maison d'arrêt de Strasbourg (*A propos d'un programme de sensibilisation des partenaires institutionnels de la Psychiatrie en milieu pénitentiaire : Enjeux, élaboration, mise en œuvre, évaluation et perspectives d'évolution*, 2018 [108]). Un travail innovant en matière de psychiatrie pénitentiaire car s'inscrivant dans une démarche d'une part prospective, et d'autre part interventionnelle auprès des professionnels intervenant en milieu pénitentiaire. Une démarche à la fois réaliste et ambitieuse, visant à améliorer la prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques par la formation des différents professionnels pénitentiaires.

VU
Strasbourg, le 10/11/18
Le président du Jury de Thèse


Professeur Gilles Bertschy

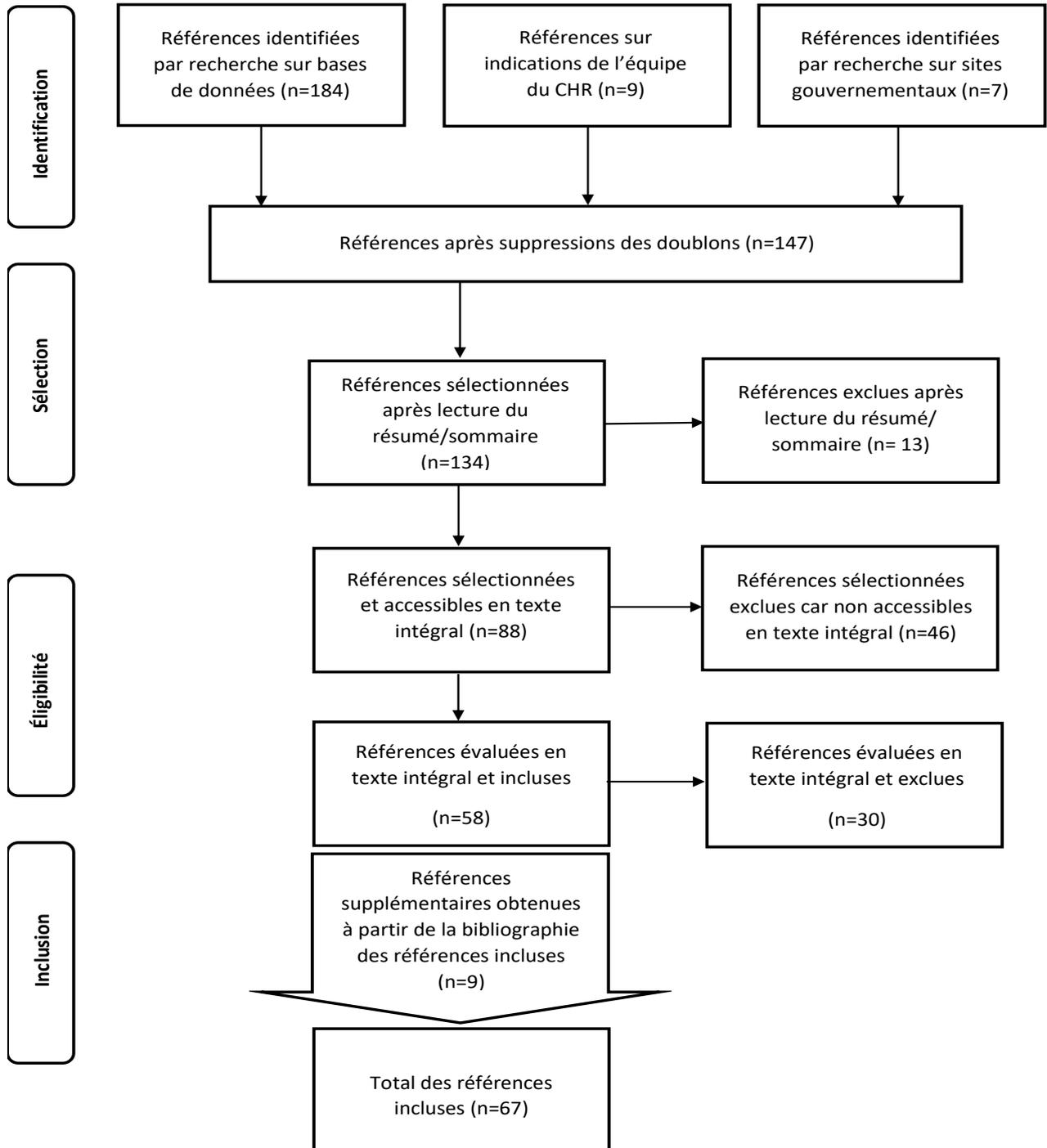
VU et approuvé
Strasbourg, le 13 NOV. 2018
Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA



ANNEXES

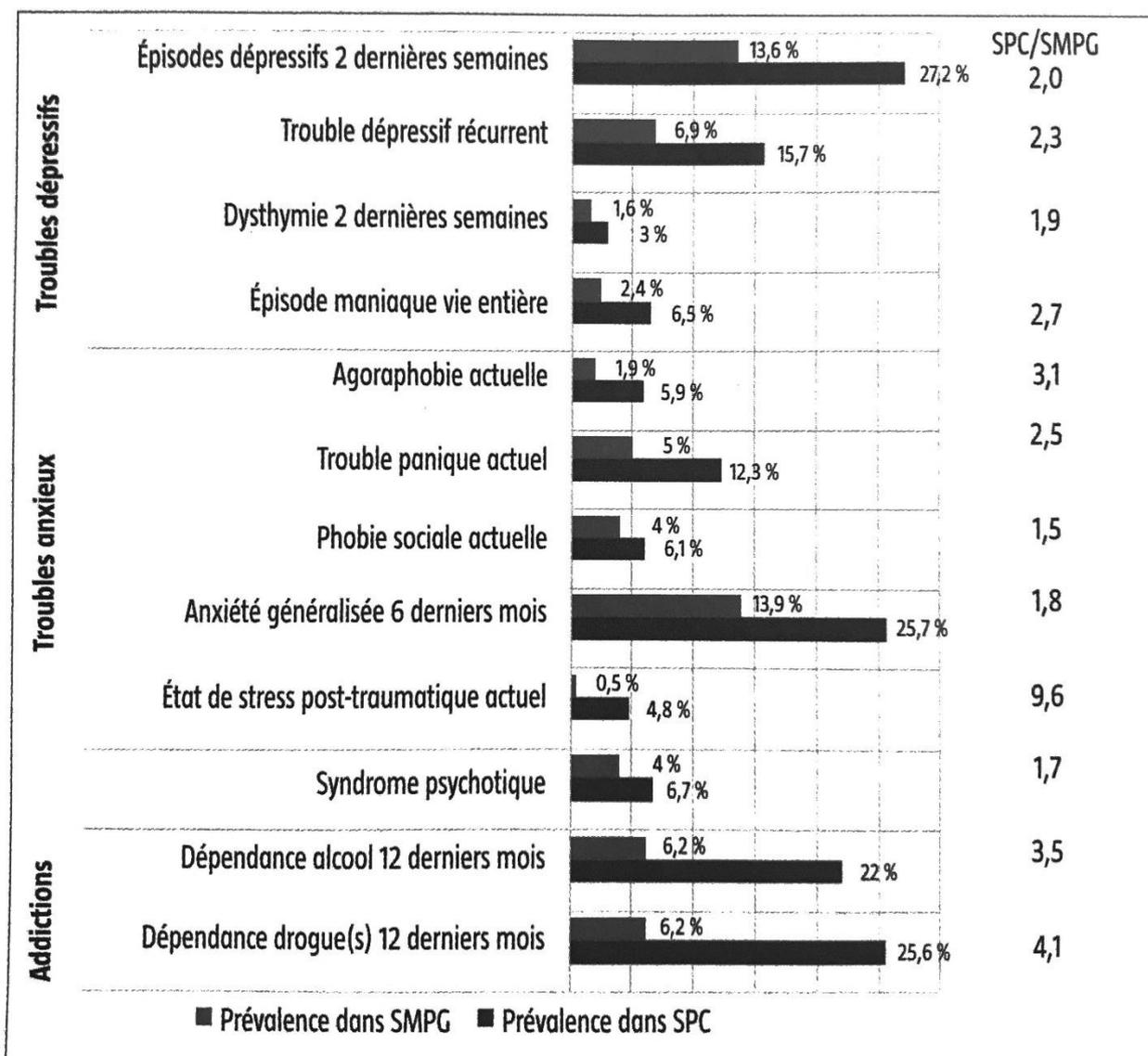
Annexe I : Diagramme de flux représentant le processus de recherche documentaire



Annexe II : Graphique illustrant les résultats de l'étude « Santé en population carcérale »

Prévalence des troubles psychiatriques chez les hommes en population carcérale et en population générale

N = 1252 hommes (626 en Santé en population carcérale [SPC] et 626 Santé mentale en population générale [SMPG])



• Source : Plancke L., Sy A., Fovet T., Carton F., et al, *La santé mentale des personnes entrant en détention*, Lille, F2RSM Psy, novembre 2017.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- CNRTL (Centre national de ressources textuelles et lexicales). PLACE : Définition de PLACE. [En Ligne]. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/place>. Consulté le 1 novembre 2017.

- 2- GEDDA M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. Kinésithérapie, la revue. 2015 ; 15(157) :39-44. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/showarticlefile/949713/main.pdf> .Consulté le 26 mars 2018.

- 3- DURKHEIM E. Deux lois de l'évolution pénale. L'Année sociologique (1896/1897-1924/1925). 1899 ; 4 : 65-95. [En ligne]. Disponible sur : https://www.jstor.org/stable/27881058?seq=1#page_scan_tab_contents. Consulté le 5 mai 2018.

- 4- FOUCAULT M. Supplice : Le corps des condamnés. In : Surveiller et punir : Naissance de la prison. Gallimard ; 1975. P.9-35.

- 5- FOUCAULT M. Prison : Des institutions complètes et austères. In : Surveiller et punir : Naissance de la prison. Gallimard ; 1975. P.233-260.

- 6- DAVID M. Le cheminement historique des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire. In : MICHEL L, BRAHMY B. Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Paris : Heures de France ; 2005. P.41-68.

- 7- DAVID M. Balade historique autour de la faute et de la punition. La prison a-t-elle encore une fonction ? Pertinence des représentations sociales. In : DORMOY O. Soigner et/ou punir : Questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison. Paris : L'Harmattan ; 1995. P.47-63.

- 8- GARRABE J. De la criminologie à la psychiatrie en milieu pénitentiaire. Perspectives Psy. Octobre-décembre 2006 ; 45 (4) : 356-360.

- 9- ACADEMIC. DÉFENSE SOCIALE. [En Ligne]. Disponible sur : http://encyclopedie.universelle.fracademic.com/6552/D%C3%89FENSE_SOCIALE . Consulté le 20 mai 2018.

- 10- Plate-forme de concertation en santé mentale de la province du Luxembourg. Défense sociale. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.plateformepsylux.be/ou-sadresser/vos-droits-et-la-legislation/defense-sociale/> . Consulté le 20 mai 2018.
- 11- AYME J. Les rapports historiques de la psychiatrie et de la médecine légale, de l'hôpital psychiatrique et de la prison. In : DORMOY O. Soigner et/ou punir : Questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison. Paris : L'Harmattan ; 1995. P.27-37.
- 12- MILLY B. Mise en perspective historique de la santé en milieu pénitentiaire. In : Soigner en prison. 1^{ère} édition. Paris : Presses universitaires de France ; 2001. P.79-104.
- 13- OBRECHT O. Des progrès pour la santé en prison. Revue Projet. 2002 ; 1 : 110-117.
- 14- SENON J-L. Conclusion : dix ans après et un siècle et demi après Baillarger. Annales Médico Psychologiques. 2004 ; 162 : 682-684.
- 15- EYRAUD B., VELPRY L., DORON C-L., LANCELEVÉE C., LITZLER A., PROTAIS C., SAETTA S. La création des UHSA : une nouvelle régulation de l'enfermement ? Déviance et Société. 2015 ; 39 (4) : 429-453.
- 16- DUBRET G. UHSA : un formidable effort dans la mauvaise direction. L'Information Psychiatrique. 2008 ; 84 (6) : 543-550.
- 17- MOUSTACHE B. L'UNITE HOSPITALIERE SPECIALEMENT AMENAGEE (UHSA). Août 2015. [En Ligne]. Disponible sur : <https://www.researchgate.net/publication/280936649> . Consulté le 10 juin 2018.
- 18- SENON J-L., JAAFARI N. La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté : ne faudrait-il pas clarifier et établir des priorités dans les rapports entre psychiatrie et justice ? L'information psychiatrique. 2008 ; 84 (6) : 511-518.
- 19- République Française. Inspection générale des affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires. Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice, Novembre 2015, 176p.

20- République Française. Ministère des Affaires sociales et de la Santé et Ministère de la Justice. Circulaire interministérielle N°DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Publiée le 9/11/2012 sur le site officiel : www.legifrance.gouv.fr , 192p.

21- HAZAN A. Soins psychiatriques aux détenus : les constats du CGLPL. Santé Mentale. 2018 ; 227 : 40-45.

22- MAZARS S. La prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques. In : BRAUN-PIVET Y., GOSSELIN P., MAZARS S., VICHNIEVSKY L. Groupes de travail sur la détention : repenser la prison pour mieux réinsérer, Assemblée Nationale, 2018, n°808, P.33-48.

23- VORUZ V. Comment les sociétés « se débarrassent de leurs vivants » : dangerosité et psychiatrie, la donne contemporaine. Cultures et Conflits. 2014 ; 2 : 203-223.

24- SENON J-L. Évolution des attentes et des représentations en clinique dans les rapports entre Psychiatrie et Justice. L'Évolution psychiatrique. 2005 ; 70(1) : 117-130.

25- LANCELEVÉE C. Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne. Travail de recherche doctorale financé par l'attribution d'une bourse EN3S. Regards. 2017 ; 51(1) : 245-255.

26- LAQUEILLE X. Quelle place pour la pratique psychiatrique en milieu carcéral ? Laennec. 2016 ; 64(3) : 4-5.

27- HERFRAY C. Le sujet institué-instituant. In : La psychanalyse hors les murs. Réédition. Paris : L'Harmattan ; 2006. P.193-226.

28- Organisation mondiale de la Santé. Constitution de l'OMS : ses principes [En Ligne]. Disponible sur : <http://www.who.int/about/mission/fr/> . Consulté le 26 juin 2018.

29- GLEZER D. La Psychiatrie publique à l'épreuve des murs de la prison. Criminocorpus. Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines. 2012. [En ligne]. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/criminocorpus/2043> . Consulté le 01 juillet 2018.

30- DUNCKER H. Wesfälisches Zentrum für Forensische Psychiatrie (Allemagne). In : DORMOY O. Soigner et/ou punir : Questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison. Paris : L'Harmattan ; 1995. P.243-261.

31- MORMONT M. Internés sous les verrous : punis ou soignés ? Du côté de la Belgique. Vie sociale et traitements. 2014 ; 124(4) : 19-23.

32-LOUAN E., SENON J-L. La situation des auteurs d'infractions souffrant de troubles psychiatriques dans les systèmes judiciaire et pénitentiaire de la ville de New York (États-Unis). Annales Médico-psychologiques. 2005 ; 163(10) : 834-841.

33- HAJJI K. et al. Situation de la psychiatrie carcérale en Tunisie. L'information psychiatrique. 2015 ; 91 (8) : 671-675.

34-Encyclopaedia Universalis, BASTIDE R. ACCULTURATION. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/acculturation/> . Consulté le 4 août 2018.

35- RENNEVILLE M. Psychiatrie et prison : une histoire parallèle. Annales médico-psychologiques. 2004 ; 162 : 653-656.

36- GUIGNARD L., GUILLEMAIN H. Les fous en prison ? 2008. [En ligne]. Disponible sur : www.laviedesidees.fr/Les-fous-en-prison.html . Consulté le 5 août 2018.

37- ERHEL C. La psychiatrie et la loi ou le législateur et les psychiatres. In : DORMOY O. Soigner et/ou punir : Questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison. Paris : L'Harmattan ; 1995. P.139-145.

38- ROELANDT J-L. Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement. L'information psychiatrique. 2009 ; 85 (6) : 525-535.

39- BÉRARD J., CHANTRAINE G. La carcéralisation du soin psychiatrique. Vacarme. 2008 ; 42 (1) : 91-94.

40- GRAVIER B. Le psychiatre, le juge et la peine. Annales Médico-psychologiques. 2004 ; 162 : 676-681.

- 41- GIRAVALLI P., SIRERE S. Clinique de l'espace et du temps en prison. Santé Mentale. 2018 ; 227 : 52-56.
- 42- BRAHMY B. Le cadre de travail. In : MICHEL L, BRAHMY B. Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Paris : Heures de France ; 2005. P.90-91.
- 43- DURAND-POUDRET D., SAVIN B. Nécessité de clarification entre le temps de la peine et le temps du traitement : Comment permettre l'expérience de séparation. In : DORMOY O. Soigner et/ou punir : Questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison. Paris : L'Harmattan ; 1995. P.193-200.
- 44- DEVAUD C., WASEM L., PEER L., WAENY J. Conditions et environnement de travail des professionnels en prison : comparaison entre soignants et surveillants. Arch. mal. prof. 2005 ; 66 (2) : 131-139.
- 45- BRAHMY B. Les relations des services de psychiatrie avec l'administration pénitentiaire. In : MICHEL L, BRAHMY B. Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Paris : Heures de France ; 2005. P.165-168.
- 46- GARAY D. Une lecture de l'articulation des professionnels de la santé et de la justice à travers la mise en place des Commissions Pluridisciplinaires Uniques. In : THOMAS P., ADINS-AVINÉE C. Psychiatrie en milieu carcéral. Elsevier Masson ; 2012. P.81-92.
- 47- VANDERSTUKKEN O. et al., Professionnels de la psychiatrie et de la pénitentiaire, le poids des représentations sociales : penser une articulation sans collusion ni clivage. L'information psychiatrique. 2015 ; 91 (8) : 676-686.
- 48- MICHEL L. Les relations avec les magistrats. In : MICHEL L, BRAHMY B. Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Paris : Heures de France ; 2005. P.161-164.
- 49- MICHEL L. L'expertise. In : MICHEL L, BRAHMY B. Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Paris : Heures de France ; 2005. P.154-157.
- 50- MOUTIN P. Le psychiatre à la commission de l'application des peines. Annales Médico-Psychologiques. 2001 ; 159 : 397-402.
- 51- MICHEL L. La participation au débat contradictoire. In : MICHEL L, BRAHMY B. Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Paris : Heures de France ; 2005. P.158-160.
- 52- MILLY B. Les logiques d'action des professionnels de santé en prison. In : Soigner en prison. 1^{ère} édition. Paris : Presses universitaires de France ; 2001. P.193-229.

- 53- MILLY B. Les médecins et les infirmiers dans le système de contraintes carcéral. In : Soigner en prison. 1^{ère} édition. Paris : Presses universitaires de France ; 2001. P.105-134.
- 54- MICHEL L. Le quartier disciplinaire. In : MICHEL L, BRAHMY B. Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Paris : Heures de France ; 2005. P.351-357.
- 55- TRAYNARD B. À propos du quartier disciplinaire des prison. In : THOMAS P., ADINS-AVINÉE C. Psychiatrie en milieu carcéral. Elsevier Masson ; 2012. P.49-57.
- 56- BURNET N., ESVAN M. Secret médical et éthique en prison. Santé Mentale. 2018 ; 227 : 66-71.
- 57- DAVID M. Le secret médical en prison et ailleurs. Un concept dépassé et ringard ou un désordre des esprits ? L'information psychiatrique. 2015 ; 91 (8) : 662-670.
- 58- SANNIER O., MANAOUIL C. Est-ce que le secret médical est la clef de voûte du respect de l'éthique médicale en prison ? Éthique et santé. 2008 ; 5 : 201-207.
- 59- DELIGNON M. Les psychothérapies dans la pratique des psychiatres hospitaliers : entre émergence de diversité et risque d'extinction. Étude des déterminants de la place actuelle des psychothérapies dans la pratique des psychiatres exerçant dans les structures publiques du système de soins psychiatrique. Thèse de psychiatrie. Université de Strasbourg ; 2017, 234 p.
- 60-DESCARPENTRIES F, FANI A. Les difficultés liées au cadre institutionnel. In : Les psychothérapies en prison : Psychothérapies et Actes criminels. Paris : L'Harmattan ; 2013. P.29-36.
- 61- DESCARPENTRIES F. Opportunité et écueils des psychothérapies en milieu pénitentiaire. Vie sociale et traitements. 2014 ; 124 (4) : 54-60.
- 62- DESCARPENTRIES F, FANI A. Les thérapies de groupe et à médiation en prison. In : Les psychothérapies en prison : Psychothérapies et Actes criminels. Paris : L'Harmattan ; 2013. P.37-46.
- 63- FOVET T., AMAD A., ADINS C., THOMAS P. Psychotropes en milieu pénitentiaire : de la fiole à l'AMM. La Presse Médicale. 2014 ; 43 (5) : 520-528.
- 64- INSERM. Consommation en population générale en France. In : INSERM. Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances. Paris ; 2012, P.37-58.
- 65- FAZEL S., DANESH J. Serious mental disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet. 2002 ; 359 : 545-550.

- 66- FAZEL S., SEEWALD K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide : systematic review and meta-regression analysis. *THE British Journal of Psychiatry*. 2012 ; 200 (5) : 364-373.
- 67- MICHEL L. Les thérapeutiques médicamenteuses. In : MICHEL L, BRAHMY B. Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Paris : Heures de France ; 2005. P.194-205.
- 68- Legifrance. Code de Procédure Pénale – Article D398. [En Ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000006516294&dateTexte=&categorieLien=cid> . Consulté le 23 septembre 2018.
- 69- Legifrance. Code de la Santé Publique – Article L3214-3. [En Ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687951&dateTexte=&categorieLien=cid> . Consulté le 23 septembre 2018.
- 70- AL SHOULI K. L'hospitalisation de personnes détenues atteintes de troubles mentaux. *Droit Déontologie & Soins*. 2010 ; 10 : 267-272.
- 71- BRAHMY B. L'hospitalisation des personnes détenues présentant de graves troubles psychiatriques. In : MICHEL L, BRAHMY B. Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Paris : Heures de France ; 2005.P.111-116.
- 72 -FOVET T., et al. Les soins psychiatriques sans consentement en milieu pénitentiaire sont-ils réservés aux patients « dangereux » ? . *L'Encéphale*. 2017.
- 73- BARON-LAFORET S., BRAHMY B. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. *Encycl Méd Chir (Elsevier Masson, Paris), Psychiatrie*, 37-953-A-10, 1998, 9 p.
- 74 - MICHEL L. La préparation à la sortie. In : MICHEL L, BRAHMY B. Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Paris : Heures de France ; 2005. P.117-122.
- 75- FOVET T., PLANCKE L., THOMAS P. Prévalence des troubles psychiatriques en prison. *Santé Mentale*. 2018 ; 227 : 32-38.
- 76- FAZEL S., HAYES AJ., BARTELLAS K., CLERICI M., TRESTMAN R. The mental health of prisoners : a review of prevalence, adverse outcomes and interventions. *Lancet Psychiatry*. 2016 ; 3 : 871-881.
- 77- PLANCKE L., SY A., FOVET T., CARTON F., et al. La santé mentale des personnes entrant en détention, Lille, F2RSM Psy, novembre 2017, 34 p.
- 78- BRAHMY B. Psychiatrie et prison. *Études*. 2005 ; 6 : 751- 760.

- 79- THOMAS P., FOVET T, AMAD A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire, entre nécessité et ambiguïté. *Annales Médico-Psychologiques*. 2015 ; 173 : 348- 351.
- 80- PROTAIS C. Irresponsabilité pénale : les enjeux de l'expertise. *Santé Mentale*. 2018 ; 227 : 78-83.
- 81- FOVET T., THOMAS P., AMAD A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part ? *Annales Médico-Psychologiques*. 2015 ; 173 : 726- 730.
- 82- FREEMAN D., GARETY P. Advances in understanding and treating persecutory delusions : a review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2014 ; 49 : 1179-1189.
- 83- FREEMAN D., GARETY P., KUIPERS E. Persecutory delusions : developing the understanding of belief maintenance and emotional distress. *Psychological Medicine*. 2001 ; 31 : 1293-1306.
- 84- DAVID M. Schizophrénie et détention : angles d'approche. *L'Information Psychiatrique*. 2010 ; 86 (2) : 181-190.
- 85- BODON-BRUZEL M., TOUITOU D. Être schizophrène en détention. *Santé Mentale*. 2018 ; 227 : 46-51.
- 86- MICHEL L. La psychose carcérale. In : MICHEL L, BRAHMY B. *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire*. Paris : Heures de France ; 2005. P.206-207.
- 87- LAMOTHE P. Les pathologies à expression psychopathique. In : MICHEL L, BRAHMY B. *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire*. Paris : Heures de France ; 2005. P.208-217.
- 88- ARCHER E. Quelques réflexions sur la prise en charge des psychopathes incarcérés. *L'Evolution psychiatrique*. 2001 ; 66 (4) : 669-677.
- 89- MORON P. Le suicide en milieu pénitentiaire. *Annales Médico Psychologiques*. 2004 ; 162 : 672-675.
- 90- DAVID M. LE SUICIDE EN PRISON : LA BELLE AFFAIRE !... In : DAVID M. *Soigner les méchants*. Paris : L'Harmattan ; 2015. P.171-176.
- 91- RHIEL V., REMY C. Suicide et tentative de suicide en milieu carcéral. In : THOMAS P., ADINS-AVINÉE C. *Psychiatrie en milieu carcéral*. Elsevier Masson ; 2012. P.37-47.

- 92- FALISSARD B., LOZE J-Y., GASQUET I., DUBURC A., DE BEAU-REPAIRE C., FAGNANI F., et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. 2006 ; 6 : 33.
- 93- PIQUET E., COUSIN V. Les addictions en milieu carcéral. In : THOMAS P., ADINS-AVINÉE C. *Psychiatrie en milieu carcéral*. Elsevier Masson ; 2012. P.25-35.
- 94- BENEZECH M., LE BIHAN P., BOURGEOIS M.L. Criminologie et psychiatrie. *Encycl Méd Chir (Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie*, 37-906-A-10, 2002, 15 p.
- 95- COUTANCEAU R. Dangerosité criminologique et prévention de la récidive : évaluer la dangerosité sans stigmatiser l'homme. *L'information psychiatrique*. 2012 ; 88 (8) : 641- 646.
- 96- Haute Autorité de Santé. Expertise psychiatrique pénale. Rapport de la commission d'audition. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2007.
- 97- Haute Autorité de santé. Expertise psychiatrique pénale. Recommandations de la commission d'audition. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2007.
- 98- MEROTTE L., SEGURET T. Prise en charge des auteurs de violence sexuelle en prison. In : THOMAS P., ADINS-AVINÉE C. *Psychiatrie en milieu carcéral*. Elsevier Masson ; 2012. P.119-128.
- 99- DENIS F., GROHENS M. *Psychiatrie et prison*. Laennec. 2016 ; 64 (3) : 18-31.
- 100- BARON-LAFORÊT S. La prise en charge des délinquants sexuels : évaluation, suivi en milieu carcéral articulation avec la loi du 17 juin 1998. In : MICHEL L, BRAHMY B. *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire*. Paris : Heures de France ; 2005. P.308-317.
- 101- Haute autorité de santé. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans. Recommandations de bonne pratique. Paris : HAS ; 2009.
- 102- DAVID M., PAULET C., LAURENCIN G. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : la loi de 1994 pourrait-elle être remise en cause par l'essor de la préoccupation sécuritaire et de l'évaluation de la dangerosité ? *L'information psychiatrique*. 2012 ; 88 : 605-615.

103-CANETTI C. Loi et santé mentale : évolutions récentes, entre contrainte et consentement. Un cas particulier : quel choix en milieu pénitentiaire ? Annales Médico-Psychologiques. 2018 ; 176 : 391-394.

104- TANVEZ G. Penser le soin psychique en prison. Santé Mentale. 2018 ; 227 : 58-64.

105- MANZARENA C., SENON J-L. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques. Annales Médico-Psychologiques. 2004 ; 162 : 686-699.

106- JUAN F. Le dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral : évolution et actualités. Thèse de psychiatrie. Université d'Angers ; 2005, 338p.

107-ROLLIN E. Evolution des soins psychiatriques en milieu carcéral. Université de Nancy ; 2008, 263p.

108- RISCH C. A propos d'un programme de sensibilisation des partenaires institutionnels de la Psychiatrie en milieu pénitentiaire : Enjeux, élaboration, mise en œuvre, évaluation et perspectives d'évolution. Université de Strasbourg ; 2018, 200 p.

Université
de Strasbourg



DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : RAULIN

Prénom : Gaëtan

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète

Signature originale :

A STRASBOURG, le 13/11/18

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

Résumé :

La prison et la psychiatrie sont deux institutions bien souvent associées par analogie, comme en témoigne leur regroupement dans la catégorie des lieux de privation de liberté. Dans le cadre d'un tel rapprochement, l'idée qu'en France la psychiatrie intervienne au sein même de la prison, peut sembler une évidence. Or, le fait de soigner la souffrance psychique en prison n'a rien d'intuitif, au contraire, tant le soin et la sanction peuvent être des fonctions antagonistes, tant guérir et punir peuvent être des objectifs antinomiques. À partir de ce constat initial, de cette évidence paradoxale, nous avons souhaité questionner la place de la psychiatrie en milieu carcéral. En réalisant une étude et une synthèse de la littérature française sur le sujet, nous avons souhaité répondre à la problématique suivante : Comment et pourquoi la psychiatrie s'est-elle implantée en prison en France ? Reprendre tout d'abord l'histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire en France, nous a permis de comprendre le phénomène d'acculturation qui a sous-tendu l'éclosion puis l'évolution de cette discipline. Identifier cette dynamique nous a ensuite permis de saisir, d'une part, l'originalité du dispositif de psychiatrie pénitentiaire français en comparaison aux dispositifs des autres pays ; et d'identifier, d'autre part, le caractère transversal de la psychiatrie en milieu carcéral. Une transversalité donnant à la psychiatrie pénitentiaire des spécificités tant pratiques que cliniques. C'est parce que ces spécificités touchent parfois à certains fondements éthiques et déontologiques de la psychiatrie, qu'existe actuellement une divergence de point de vue des auteurs et praticiens au sujet de l'avenir de la psychiatrie pénitentiaire en France ; entre d'un côté, les partisans d'une psychiatrie pénitentiaire totalement indépendante, et de l'autre, les partisans d'une psychiatrie pénitentiaire sur le modèle de la psychiatrie de liaison.

Rubrique de classement : Diplôme d'études spécialisées de Psychiatrie

Mots-clés : Prison ; Psychiatrie ; Psychiatrie pénitentiaire ; Secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire ; revue de littérature.

Président : Monsieur le Professeur Gilles Bertschy

Assesseurs : Monsieur le Docteur Stéphane Olivier

Monsieur le Professeur Fabrice Berna

Monsieur le Professeur Pierre Vidailhet

Monsieur le Docteur Eric Hensgen

Adresse de l'auteur : 17 rue des Hallebardes 67000 STRASBOURG