

# Problèmes quotidiens de psychiatrie pénitentiaire à travers les changements du paysage psychiatrique et pénitentiaire français

Pierre Lamothe

Volume 21, numéro 2, 1988

Les soins de santé mentale en milieu carcéral

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/017265ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/017265ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0316-0041 (imprimé)

1492-1367 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Lamothe, P. (1988). Problèmes quotidiens de psychiatrie pénitentiaire à travers les changements du paysage psychiatrique et pénitentiaire français. *Criminologie*, 21(2), 63–81. <https://doi.org/10.7202/017265ar>

Résumé de l'article

The penitentiary psychiatrist, in France, as in Québec and elsewhere is confronted daily with multiple dilemmas of a moral, ethical and practical nature. He/she is obliged to practice within the constraints of laws, policies and regulations which are not necessarily sensitive to the needs of the mentally disordered inmate. The distinction in French law between the "mad" and the "bad", and the role of the psychiatrist in placing the accused in one or other of these categories is described, as is the penal system, and one regional treatment center for prison inmates. Problems related to the prescription and distribution of medications are presented in order to illustrate the constraints and ethical dilemmas inherent in psychiatric practice within a penal institution.

---

PROBLÈMES QUOTIDIENS DE PSYCHIATRIE PÉNITENTIAIRE  
À TRAVERS LES CHANGEMENTS DU PAYSAGE  
PSYCHIATRIQUE ET PÉNITENTIAIRE FRANÇAIS

---

Pierre Lamothe\*

*The penitentiary psychiatrist, in France, as in Québec and elsewhere is confronted daily with multiple dilemmas of a moral, ethical and practical nature. He/she is obliged to practice within the constraints of laws, policies and regulations which are not necessarily sensitive to the needs of the mentally disordered inmate. The distinction in French law between the «mad» and the «bad», and the role of the psychiatrist in placing the accused in one or other of these categories is described, as is the penal system, and one regional treatment center for prison inmates. Problems related to the prescription and distribution of medications are presented in order to illustrate the constraints and ethical dilemmas inherent in psychiatric practice within a penal institution.*

Tous les «pays de droit» sont confrontés plus ou moins aux mêmes changements sociaux et aux mêmes évolutions des relations entre le public, les délinquants et la sanction pénale. Des solutions différentes ont été élaborées en fonction des traditions de chaque pays mais je vais essayer à travers la présentation de la situation française et de ma pratique quotidienne de dégager quelques grands traits des besoins, des difficultés et des espoirs actuels de la psychiatrie pénitentiaire.

De toutes les spécialités de la médecine pénitentiaire, la psychiatrie est la plus importante : tout en étant de loin la spécialité à laquelle on a le plus recours, elle concentre tous les problèmes d'éthique qu'on peut rencontrer en prison.

En France il est apparu très vite que l'indépendance des psychiatres, dépositaires privilégiés de la parole du détenu, devait être assurée : ils ont été les premiers à relever du ministère de la Santé, payés comme des vacataires en dispensaires et non payés par le ministère de la Justice comme les praticiens des autres spécialités.

Des textes réglementaires sont venus ensuite répondre aux besoins et aux pratiques à l'intérieur des prisons donnant à la psychiatrie pénitentiaire un statut que la médecine du corps n'a pas encore.

---

\* Pierre Lamothe, m.d., spécialiste de psychiatrie et de médecine légale. Psychiatre des hôpitaux. Médecin-chef du S.M.P.R. des Prisons de Lyon. Expert près de la Cour d'appel de Lyon. Service médico-psychologique régional, 12 Quai Perrache. 69272 Lyon Cedex 2. France.

Mais ces textes s'inscrivent dans un ensemble qui a redéfini l'exercice de la psychiatrie publique, souvent sans avoir pu encore intégrer certains des changements essentiels des institutions et de leurs rapports à la société.

La France a organisé la prise en charge des malades mentaux et la protection de l'ordre public par un ensemble de lois qui ne prévoit que deux solutions institutionnelles, l'hôpital psychiatrique ou la prison, entièrement séparées géographiquement autant que réglementairement : un délinquant présentant des troubles psychiques ne relève que de l'une ou que de l'autre sans moyen terme.

Reconnu «aliéné» il séjourne à l'hôpital psychiatrique avec un placement administratif dont décide le préfet, représentant du pouvoir exécutif central et responsable de l'ordre public, à partir de données fournies par les médecins et sous le contrôle des magistrats.

Dans le cas contraire, la personne «non aliénée» qui a commis des actes de délinquance séjourne en prison et sa situation ne dépend que des magistrats, juge d'instruction puis juge de l'application des peines; les médecins pénitentiaires restent toutefois susceptibles par des certificats de déclarer leur patient aliéné et de la renvoyer au cas précédent.

La loi de 1838 qui constituait la base de ce système confiait à l'hôpital psychiatrique une triple mission de *soins* au malade, de *garde* des aliénés dangereux ou agités et d'*assistance* des indigents. L'ouverture des services avec la mise en place des traitements dans la communauté a complètement changé l'aspect de l'hôpital qui assumait ces fonctions derrière ses murs.

L'hôpital psychiatrique, ouvert sur l'extérieur et vidé de la moitié de ses patients, ne compte plus que 10 % de pensionnaires internés, tous les autres étant présents librement et pour un séjour beaucoup plus bref qu'autrefois.

La mise en place à partir de 1966 de la «politique de secteur» confiant la santé mentale de la population d'un secteur géographique défini à un service dont l'hôpital n'est plus qu'une composante au sein d'une constellation d'autres possibilités de soins a été souvent détournée de son but : dans certains cas extrêmes, les services de secteurs ont pratiquement supprimé leurs lits hospitaliers et sont extrêmement réticents à prendre en charge les malades sans domicile fixe au nom de la partition géographique.

Il existe dans la disparition des placements une composante idéologique indiscutable : à côté de la volonté de faire disparaître les pra-

tiques asilaires d'enfermement, les psychiatres français ont été saisis après la mode «antipsychiatrique» par la crainte d'apparaître «répressifs» (on a créé en dérision le néologisme de «flichiatre», à partir de flic, agent de police en argot), ou encore pire «normatifs» lisant les symptômes à travers un filtre culturel aliénant. La lutte contre la «chronicité» s'est aussi pervertie en idéologie d'où il résulte que tout séjour prolongé à l'hôpital est par nature mauvais.

Derrière des préoccupations saines, la souffrance du malade a souvent été oubliée, la capacité de tolérance de la communauté ignorée et on est passé sous couvert de respect du malade, de l'internement abusif à l'externement abusif puis au rejet de toute une population hors du système de soins.

Pour accéder à l'hôpital aussi bien qu'aux structures externes, appartement thérapeutique ou centre de jour, il convient d'être poli et d'en accepter les règles. Si la pathologie d'un patient le rend incapable de les respecter, il se retrouve à la rue et bien vite en prison ayant commis un acte de délinquance de dépit ou de survie.

La France connaît ainsi comme outre atlantique le phénomène des *bad people*, accentué par les nouvelles règles de financement des hôpitaux.

Déjà appliqué dans les hôpitaux généraux, le mode de gestion dit «budget global» a été imposé aux hôpitaux psychiatriques à partir de 1986. Il s'agit d'un mode de calcul du budget hospitalier qui s'affranchit de la notion de facturation au jour le jour en fonction des présents et qui dissocie dans une certaine mesure les recettes basées sur une prévision annuelle des dépenses réellement effectuées.

Ce dispositif vise à la maîtrise des coûts de la santé en interdisant à l'hôpital de dépasser son budget annuel, comme c'était la règle dans le passé, en produisant des actes qui lui rapportent mais sont une dépense pour la collectivité.

Le budget global fait qu'un hôpital n'a plus d'intérêt direct à la prise en charge des patients supplémentaires surtout si ces patients ont une couverture sociale incertaine et risquent d'entraîner des frais financiers pour l'hôpital qui ne pourra récupérer sa créance.

De plus, la perception d'un «forfait journalier» destiné à couvrir une partie des frais hôteliers du séjour hospitalier créée avec les mêmes buts a les mêmes conséquences : rendre plus difficile l'accès aux soins du «quart-monde» de ceux qui sont en situation irrégulière vis-à-vis du travail ou de la société.

Il est sûrement trop simple d'imaginer prisons et hôpitaux psychiatriques comme des vases communicants, mais on peut remarquer que le nombre de lits psychiatriques passé depuis 1960 de 100 000 à 60 000 tandis que le nombre de détenus passait de 34 000 à 51 000...

S'il n'est pas certain que les hôpitaux psychiatriques aient rempli les prisons, il est certain en tout cas que les prisons ne peuvent remplir les hôpitaux psychiatriques comme les psychiatres pénitentiaires qui essaient de faire prendre en charge leurs patients sortants l'éprouvent tous les jours!

## L'ÉVOLUTION DE L'EXPERTISE

L'expertise pénale est confiée en France à des praticiens désignés personnellement sur des listes d'experts établies par les Cours d'appel et la Cour de cassation.

Ces experts sont indépendants du ministère public, des parties civiles ou de la défense : payés par le trésor public à forfait par acte, ils répondent à des questions posées par le magistrat, en général questions de routine sur la responsabilité pénale prévues par le Code de procédure.

L'habitude s'est prise de pratiquer les expertises en prison même si le juge a la notion d'une possible irresponsabilité pour «démence» (c'est le terme de l'article 64 du Code pénal actuel) avec une mise en détention préventive pendant l'instruction.

Depuis 1958, ces experts agissaient à deux au moins. Une loi de 1985, qui a assimilé l'expertise psychiatrique aux autres expertises légales, fait actuellement de l'expert unique la règle et de la dualité l'exception.

Les psychiatres sont pratiquement unanimes à regretter cette modification qui tend à faire croire que l'expertise psychiatrique est un acte objectif répondant par une vérité scientifique à des questions rationnelles.

Si elle est souvent reproductible, l'expertise psychiatrique est néanmoins essentiellement relationnelle, décrivant un moment de la manière d'être d'un homme et le regard de la tierce personne que constitue l'autre expert sur la relation avec l'inculpé est indispensable.

Le principe d'une irresponsabilité pénale pour cause de troubles psychiques n'est pas remis en cause mais la tendance générale des experts est à reconnaître la responsabilité pénale systématique de la plupart des malades mentaux, même des psychotiques.

Les arguments pour cette position sont maintenant bien connus : il s'agit de ne pas disqualifier la personne en annulant son acte et de tirer bénéfice thérapeutique de la comparution, de la confrontation à la loi qui est supposée structurer la personnalité.

Il est important de maintenir des frontières nettes entre l'expertise dont les conclusions échappent au secret médical et les soins, mais il est clair que cette position fait de la responsabilisation et donc de l'expertise un acte thérapeutique.

Certains psychiatres des hôpitaux souhaitent d'ailleurs utiliser de façon courante le passage d'une institution à l'autre à des fins thérapeutiques : lorsqu'un malade volait dans les placards, mettait le feu à son lit ou frappait une infirmière, il était autrefois mis en cellule en pyjama avec ou sans neuroleptique et le médecin gérait lui-même la discipline dans son service. Maintenant de tels actes entraînent une plainte auprès du procureur et sa mise à la porte si ce n'est en détention...

L'ensemble de ces éléments, évolution de l'expertise comme évolution de la prise en charge du malade mental par l'institution aboutit à la présence constante en prison de personnes qui n'y séjournaient que rarement autrefois.

## L'ÉVOLUTION DE L'INSTITUTION PÉNITENTIAIRE

La prison aussi a changé d'une façon qui influe sur l'exercice de la psychiatrie pénitentiaire.

Du simple fait de l'augmentation de la population pénale mais aussi du fait de la vétusté des prisons et de l'absence d'une politique d'investissement dans le passé (la justice est par tradition le premier ministère amputé quand l'État fait des économies) des conditions très difficiles règnent dans nombre d'établissements en France.

C'est ainsi que des taux de suroccupation de 100 ou 150 % ne sont pas rares, avec des équipements collectifs insuffisants, des sanitaires qui ne seraient déjà même plus aux normes pour le nombre normal de pensionnaires, etc.

Dans ces prisons surchargées où le chômage frappe en plus comme à l'extérieur (il est difficile d'assurer du travail à l'ensemble de ceux qui en voudraient) la peine finit par n'être plus ressentie comme légitime, ni par les détenus ni par les surveillants.

Quand quatre détenus vivent dans 10 m<sup>2</sup>, 22 heures sur 24, il est difficile d'imaginer que la prison n'atteint pas à leur dignité.

Or, le nouvel esprit d'un véritable «traitement pénal» associé à la répression est précisément d'être orienté vers le retour du délinquant à la vie civile et sociale en proclamant d'abord qu'il a droit au respect de sa personne.

La disparition de la peine de mort est le meilleur symbole du progrès social représenté par cette nouvelle conception de la peine installée après la Libération à partir de 1945.

Il n'est que de regarder les films d'avant-guerre pour percevoir combien la prison de l'époque représentait la «sûreté affective». Sûreté pour les juges, certains de leur mission de protection sociale, sûreté pour les gardiens confiants dans le bien-fondé de leur tâche répressive, voire sûreté pour les détenus à qui les règles du jeu pouvaient paraître claires quant aux perspectives de condamnation, d'affectation, de réponse disciplinaire et de sorties.

Tout changement, tout progrès est source d'incertitude et d'exigences nouvelles, en prison plus qu'ailleurs. Signifier le respect de la personne au détenu suppose la restitution de sa parole, de là un certain pouvoir.

Dès lors c'en est fini de la «sécurité» affective voir de la sécurité tout court. Le «droit à être» ainsi légitimé, vient se heurter au devoir de «subir».

Le droit à être, le droit à la parole est fondamental, mais il nous faut essayer de pointer comment son usage peut être perverti.

La liberté de parole n'est pas liberté de discours, «s'exprimer» n'est pas «tout dire». Le respect de l'autre avec la nécessaire violence faite à soi-même, s'impose aussi au détenu. Se pose la question du rappel de la Loi, rappel qui ne peut se résoudre à l'énoncé du règlement. Les situations sont toujours subtiles et se compliquent lorsque chacun parle «au nom de la Loi».

La liberté de parole n'est pas liberté d'expression par la violence, le chantage, ou des mises en scène sadomasochistes. Par exemple lorsqu'un détenu se coupe pour nous signifier son désaccord avec ce qui lui arrive, nous sommes en face d'une expression primitive qui tend à «s'assurer» de l'autre en négligeant qu'il a aussi une parole.

La tentative de suicide, l'automutilation, la «coupure» peut avoir valeur d'appel de demande de relation, c'est le plus souvent une parole vide dont l'énonciation se résume à une exposition. C'est soumettre une plaie à notre regard en nous condamnant à l'impuissance, et nous réfu-

ter en tant qu'interlocuteur. Ce n'est pas parler qu'agir sur soi de cette façon, lui disons-nous.

Mais ce comportement répétitif que connaissent bien tous ceux qui interviennent en prison ne découle-t-il pas de la reconnaissance primordiale que nous avons posée : votre vie est importante pour nous ?

Notre réponse même, devient délicate : signifier à quelqu'un le respect de l'autre alors qu'on lui fait subir une contrainte physique est un exercice redoutable. La peine est «afflictive et infamante», la prison fait mal. Ne nous leurrions pas, c'est sa fonction. La difficulté surgit lorsque le sentiment de tous est qu'elle abîme en plus de faire mal, qu'elle détruit la personne : la culpabilité et le désarroi s'installent alors et à partir de là des erreurs, des lâchetés, des compromissions où personne n'est gagnant.

La dignité de l'homme passe par un certain nombre de libertés, dont l'appréciation est du ressort de la subjectivité et peut varier dans le temps et l'espace. Valéry Giscard d'Estaing en 1974 affirmait «la prison est la privation de liberté et rien d'autre». Est-ce à dire que dignité et prison sont antinomiques ? Nous sommes plutôt confrontés à une ambiguïté quant à la notion de liberté.

Le risque est de suivre le leurre de revendications de confort en pensant être dans le registre de la dignité. La prison s'épuise parfois à satisfaire faute d'être convaincue de respecter.

Ainsi peuvent s'instaurer des dynamiques folles de perpétuelles revendications de quelque chose en plus. Le détenu se retrouve dans la position imaginaire du nourrisson qu'il faut gaver pour qu'il ne pleure pas. Dans certaines cellules la télévision qui fonctionne sans discontinuité de 11 heures à minuit remplit cette fonction d'étouffoir.

La prison «comme chez soi» est un mythe de l'imaginaire collectif. Ceux qui vivent et travaillent dans la prison perçoivent rapidement le caractère dérisoire et pathétique d'une telle perspective.

Les prisons sont en France réparties en deux catégories : les maisons centrales (plus fermées) et centres de détention (plus ouverts), sont des «établissements pour peine» où sont envoyés les condamnés qui ont une longue peine à faire.

Jusqu'ici, ces détenus qui ont en général commis des délits «organisés» qui supposent une organisation mentale adulte et équilibrée avaient très peu recours aux soins psychiatriques.



Mais ils tendent actuellement à s'adresser aux psychiatres avec les mêmes tableaux d'impatience et de désespérance, de quête impérieuse et abusive que la population des maisons d'arrêt.

Les maisons d'arrêt regroupent l'immense majorité de la population pénale, ce sont les établissements au contact de chaque tribunal sur le territoire où séjournent les prévenus et les condamnés à de courtes peines. Faute de place en établissements pour peine (où les règles d'admission sont strictes et le surpeuplement non accepté) la durée de séjour s'accroît dans les maisons d'arrêt déjà très surchargées.

La population des maisons d'arrêt est celle qui a le plus besoin de la prise en charge psychiatrique : elle comprend beaucoup de délinquants inorganisés, maladroits, immatures dans leurs actes comme dans leurs relations.

Comme dans tous les pays de droit on trouve dans les maisons d'arrêt françaises des taux voisins de 20 % d'entrants souffrant de troubles psychiques divers. Mais le nombre de ceux qui ont des organisations de personnalité immature est bien plus grand.

Nous rejoindrions à Lyon les estimations de Dorothy Speed, psychiatre des prisons de Londres, qui disait que son établissement accueillait 15 % de *bad* (délinquants pervers organisés), 15 % de *mad* (psychotiques) et 60 % de *sad* (*borderlines*, psychopathes ou personnalités narcissiques), ce qui ne laisse que 10 % d'organisations matures.

Les besoins de la prise en charge psychiatrique des femmes (4,7 % des détenus en France) sont restés longtemps à un niveau tolérable du fait du petit nombre des présentes par rapport aux hommes, mais aussi du fait de l'expression pathologique chez les détenus volontiers moins spectaculaire.

On ne saurait dire que la violence des femmes est moindre que celle des hommes : elle peut être parfois très préoccupante et très évidente mais elle ne passe pas avec autant de constance par des actes, par le comportement ou le corps. Même s'il ne s'agit que d'une apparence le calme peut être plus facilement obtenu par des limites plus faciles à mettre.

Mais on rencontre de plus en plus de femmes en détention qui tranchent sur les habitudes, dont la violence très grande ne peut être réduite facilement.

Ces femmes sont en général responsables de délits de droit commun non spécifiques qui sont marqués par l'immaturation de leur personne.

La violence, composante primaire initiale indissociable de la vie, résulte dans un premier temps de la tendance du petit d'homme à se vouloir seul et à ressentir toute présence d'autrui comme directement menaçante pour sa personne, dans une logique binaire comme dit J. Bergeret : moi ou rien.

Cette violence fondamentale s'organise ensuite dans une dimension relationnelle en agressivité mais aussi en création, conquête sociale et relation amoureuse.

Le toxicomane, le délinquant immature fonctionnent souvent avec une violence fondamentale qui persiste à l'état libre sans intrication avec des objets de haine ou d'amour et dont l'aspect aléatoire rend la prise en charge difficile; on ne peut en interpréter le sens aisément et cette violence concerne par ailleurs des positions tellement archaïques de la personnalité qu'elle fait référence à une étape du développement antérieur à la perception psychologique de la différence des sexes.

Ce n'est pas seulement dans ses jeans et blousons qu'une «loubarde» ressemble à un «loubard» (en argot français, les jeunes désœuvrés des banlieues qui commettent des actes de délinquance mineure), c'est aussi dans sa tête.

La violence fondamentale peut d'ailleurs aussi vite se retourner contre soi-même si la situation de frustration apparaît sans issue. C'est d'autant plus une façon d'éteindre l'excitation chez certains détenus que l'immatunité n'a encore permis qu'une représentation très primitive de la mort, en réalité niée ou réduite à la castration.

Le suicide est une préoccupation constante du psychiatre en prison mais quel que soit le drame représenté par la mort d'un détenu, le respect de la personne suppose la prise d'un risque : le détenu est dans une certaine mesure responsable de lui et il n'est pas licite, pas plus qu'à l'hôpital psychiatrique, de l'empêcher de vivre pour l'empêcher de mourir. On ne peut droguer ou attacher quelqu'un tout le temps pour l'empêcher de se pendre.

## LES SERVICES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES RÉGIONAUX (S.M.P.R.)

Pour répondre aux besoins d'une organisation spécifique à la prise en charge de l'hygiène mentale dans son sens le plus large en prison, ont été créés à partir de 1977 les Centres médico-psychologiques régionaux, services implantés autour d'un ensemble de cellules de détention dans les plus grosses maisons d'arrêt de chaque région pénitentiaire.

Rattachés à un hôpital psychiatrique pour tout ce qui concernait leur personnel (payé par l'hôpital et faisant la carrière hospitalière normale) les C.M.P.R. recevaient leur matériel et la subsistance de leurs lits de séjour du budget de l'administration pénitentiaire.

Leur mission s'étant considérablement développée les C.M.P.R. qui n'avaient qu'un statut administratif provisoire, sont devenus S.M.P.R. (services médico-psychologiques régionaux) créés par le décret du 14 mars 1986 qui réorganisait la psychiatrie publique.

Les S.M.P.R. sont maintenant des «secteurs» identiques dans leurs buts, leurs moyens et leur fonctionnement aux deux autres types de secteurs, secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Il en existe actuellement 17 répartis sur le territoire en fonction de l'importance d'une aire géographique et démographique donnée (certaines régions pénitentiaires en ont plusieurs) et ils assurent les soins et l'hygiène mentale auprès de la population pénale, ont des activités de postcure à l'extérieur ou de travail dans la cité en relation avec leurs patients détenus, participent à l'enseignement et à la recherche. À certains d'entre eux sont de plus rattachés des dispositifs nouvellement créés : les «Antennes de lutte contre les toxicomanies en milieu fermé».

Les S.M.P.R. peuvent prendre en charge des malades à plein temps dans les lits qui sont mis à leur disposition mais ces lits n'ont pas le statut d'hôpital : ils sont en prison et les malades y sont «sous écrou» du point de vue administratif, c'est-à-dire détenus.

Ceci veut dire comme nous l'avons rappelé en introduction que ces patients sont censés ne pas être en état d'aliénation mentale : dans la pratique, nous avons vu qu'une fraction non négligeable d'entre eux aurait autrefois été placée à l'hôpital et la présence de psychotiques médico-légaux est constante dans les S.M.P.R. ; certains de ces malades font d'ailleurs la navette entre l'un des quatre hôpitaux de sûreté du territoire français et les S.M.P.R. lorsque leur collaboration aux soins n'est pas acquise et que leur état exige l'application de l'article D 398 du Code de procédure pénale (reconnaissance de l'aliénation).

Les S.M.P.R. n'ont pas été eux-mêmes à l'abri de l'évolution institutionnelle qui tend à faire que l'institution prenne sa vie propre et finisse par peu à peu vouloir adapter sa clientèle à son fonctionnement au lieu d'adapter son fonctionnement à sa clientèle.

Les S.M.P.R. se trouvent comme l'asile d'autrefois confrontés aux problèmes de chronicité de malades qui semblent ne plus pouvoir pas-

ser leur vie ailleurs et qui reviennent en crise au S.M.P.R. dès qu'on les renvoie en détention ordinaire pour poursuivre leurs soins ambulatoires.

Comme l'hôpital d'aujourd'hui, les S.M.P.R. sont confrontés aux problèmes de rejet et de contrat de soins avec des patients qui ne respectent pas les règles du jeu et mettent les prises en charge en échec...

Il faut savoir accepter ses limites, ne pas s'obstiner par idéal thérapeutique, avoir la prudence aussi de sauver l'institution quand elle est désorganisée par les clivages et identifications projectives suscités par un psychotique pervers.

Nous avons droit au rejet à condition de la signifier comme étant de nous-mêmes, ici et maintenant et non comme étant une non-valeur absolue du patient : quelque chose qui reviendrait à dire qu'on se sépare de lui à cause de ce qu'il nous a fait et non de ce qu'il est.

Nous avons pour habitude de nous échanger assez librement des patients entre S.M.P.R. en permettant ainsi le dégagement d'une relation pervertie et l'instauration d'un nouveau contrat thérapeutique.

Le risque est d'ailleurs grand que l'administration (et les détenus eux-mêmes) fassent du psychiatre celui qui ramène la paix en détention et on lui signale beaucoup plus volontiers ceux qui se font remarquer par des comportements agressifs ou extravagants que ceux qui sont abandonnés sur leur lit dans une prostration mélancolique, qui ne mangent plus sans se déclarer gréviste de la faim, etc.

Nous nous devons de rappeler que tout comportement anormal ne relève pas forcément d'une pathologie sous-jacente, de même que la délinquance n'est pas en soi une maladie mentale.

La demande vis-à-vis du psychiatre du S.M.P.R. a tendance dans un premier temps à se cantonner à des bénéfices immédiats soit pour la réalité carcérale (intervention pour un changement de cellule, pour obtenir l'isolement ou un double parloir, etc.), soit pour la gestion de la peine (intervention sollicitée auprès du juge ou de la Commission d'application des peines).

La tentation est grande d'être « gentil », de se servir du poids social du psychiatre pour intervenir, accélérer les procédures, donner son avis, risque d'autant plus grand que le psychiatre jouit de toutes les prérogatives du médecin de prison institué par le Code de procédure pénale, médecin du travail des surveillants, médecin hygiéniste, etc., rôle renforcé dans la réalité par les modifications du Code de 1983 qui permettent de délivrer au détenu tous les certificats médicaux qu'il demande ou presque.

Rien ni personne ne se substitue à la réflexion du psychiatre pour lui dire ce qui est le meilleur pour son malade, de s'abstenir ou d'intervenir dans sa réalité.

La plus courante d'ailleurs des interventions souhaitée dans la réalité est la prescription d'un psychotrope.

## LE PROBLÈME DE LA PRESCRIPTION

La prise de médicaments est dans la réalité quotidienne des prisons françaises très en retard sur le niveau de réflexion qui a été atteint sur le sujet : depuis plusieurs années tout le monde est très conscient des aberrations qui sont la règle dans ce domaine et il n'a pas encore été possible de dégager une solution générale.

Historiquement, les médecins et l'administration vivaient dans la crainte d'une utilisation perverse du médicament détourné de son usage vers le plaisir ou le suicide, l'empoisonnement d'autrui, la provocation de symptômes et la simulation de maladie, la création d'une maladie iatrogène, etc.

La règle était donc la suspicion et, comme pour le reste de la vie pénitentiaire d'ailleurs, de limiter au maximum le pouvoir du détenu sur son traitement.

Chaque médicament était donc donné en dose quotidienne jusqu'aux crèmes et pommades délivrées par petites noisettes sur une compresse, avec absorption devant le surveillant pour éviter les stocks.

Le détenu se déplaçait jusqu'à l'infirmerie le plus souvent et les médicaments disponibles étaient réduits au strict nécessaire.

Le nombre des détenus recevant une médication s'étant considérablement accru, en même temps que s'optimisait le dispositif de soins mais surtout à cause de la prescription des psychotropes, les médicaments allèrent au détenu, dilués dans l'eau dans des flacons individuels, toujours pour éviter le stockage, les comprimés délités étant tous mélangés entre eux.

Ce système aboutit à ce que les détenus reçoivent «la fiole» (en argot de prison) à une heure de distribution qui correspond au service pénitentiaire et non à la rigueur pharmacologique!! Les somnifères sont ainsi donnés à la fermeture des portes à l'appel du soir... à 18 h 30 avec des résultats très néfastes de désynchronisation du sommeil, d'exigence de nouveaux produits ou d'augmentation des doses pour compenser, etc.

Par ailleurs, la dilution à l'eau du robinet est évidemment néfaste pour de nombreux produits qui précipitent d'autant plus facilement qu'ils sont mélangés dans le même flacon sans réel souci de leur compatibilité physicochimique.

À l'hôpital psychiatrique les mêmes produits sont ainsi préparés (par des «préparateurs en pharmacie» et non par des surveillants sans qualification) avec sept diluants différents en fonction de leur pH, de leur solubilité dans l'eau l'alcool ou les graisses, du niveau de leur absorption dans le tube digestif, etc.

L'association même de plusieurs spécialités dans un conditionnement autre que le conditionnement d'origine est une pratique formellement défendue par une loi (Loi Talon) votée pour éviter la vente de «spécialités amaigrissantes» associant en particulier la thyroxine à d'autres produits.

Ces aberrations ont suscité des habitudes : celles ainsi de laisser circuler librement les médicaments les plus anodins qui *a priori* ne font pas l'objet d'un trafic, à l'inverse, les médicaments les plus «pointus» dont la prescription très spécifique s'accommode mal de ces manipulations.

Ainsi, alors que nous redoutons constamment le suicide avec des benzodiazépines ou des imipramines, un détenu peut accumuler tout l'acide acétylsalicylique qu'il veut (on ne se suicide pas à l'aspirine en France) ou toute la digitaline qui lui serait donnée avec tout loisir de tuer son voisin...

La prescription, en plus de ces problèmes de distribution, n'obéit pas toujours non plus à des considérations rationnelles.

On note d'abord que la prison en France n'est pas un lieu où l'on peut contraindre aux soins : non seulement on ne peut envisager l'administration de force d'un neuroleptique, mais on se trouve encore plus désarmé face à un tuberculeux qui refuse de se soigner et crache sur ses voisins.

Dans la pratique, l'article 63 du Code pénal est invoqué qui dit qu'est punissable la «non-assistance à personne en danger» : ainsi, le médecin ne peut abandonner un malade dangereux pour lui-même, il doit le protéger en lui faisant prendre le traitement qu'il estime nécessaire.

Mais cette situation est en fait réservée à l'urgence et ne peut se prolonger : il faut envisager en cas de refus persistant ou bien le

transfert dans une autre forme d'institution ou bien l'abandon de la prescription.

La prescription médicamenteuse pose d'ailleurs plus le problème d'une demande excessive que d'une opposition à la prise des médicaments. Les toxicomanes, très nombreux maintenant, sont bien sûr les plus gros consommateurs. Leur sevrage est complet et brutal, sans substitution : c'est ce qui donne les meilleurs résultats. Si la coopération du patient est forte, on ne donne même pas de benzodiazépines (susceptibles d'éveiller la «mémoire du plaisir» dont parle Olivenstein) et les troubles du manque sont traités par Neuleptil-Catapressan. Les barbituriques ne sont prescrits qu'à titre antiépileptique, après avis neurologique.

Bien sûr en France comme ailleurs il existe à l'extérieur des prisons une surconsommation médicamenteuse, en particulier de psychotropes.

La pression est d'autant plus forte en prison que les conditions de vie (surpopulation, vétusté) amènent une demande de médication «de confort» tendant à obtenir une «anesthésie», à passer la détention en dormant.

Le sommeil du détenu est volontiers perturbé dans la réalité et de plus, souvent ressenti comme trop court ou pas à sa place et fait l'objet d'une demande de médication alors qu'il est physiologiquement suffisant.

Mais on voit de plus, encouragées d'ailleurs souvent par les surveillants, des demandes de médicaments pour répondre à un inconfort passager, faire passer l'annonce d'une mauvaise nouvelle, la déconvenue d'un parloir qui n'a pas eu lieu, faire supporter un voisin pénible, etc.

Face à ces demandes abusives il est d'autant plus difficile de garder une éthique de la prescription que le libre choix du patient n'existe pas en prison et qu'il n'aura pas la possibilité de «s'adresser ailleurs» s'il n'est pas satisfait.

Les Codes de déontologie successifs des médecins français ont envisagé la prescription dans un cadre économique (ne pas engager de frais inutiles supportés par le malade ou la collectivité) mais pas du tout la réponse à une demande abusive.

Le respect du patient comme de soi-même impose de ne pas répondre de façon perverse à une demande perverse : cela demande par-

fois beaucoup de réflexion et de force, pour résister par exemple à une demande de prescription «charitable».

Quand un détenu toxicomane atteint de SIDA dit ainsi «pourquoi me refusez-vous de l'Artane R»[...], médicament banal et injustifié dans le cas du malade qui l'emploie comme hallucinogène, en argumentant qu'il sera de toute façon mort dans quelques mois, il n'est pas facile de maintenir sa position et de ne pas déconsidérer la personne en lui cédant par pitié.

Il n'est pas plus souhaitable d'ailleurs d'éteindre la demande en refusant la parole par la satisfaction immédiate que par un refus ou non des principes, qui nourrirait une érotisation sadomasochiste ou interromprait la relation...

Il y a donc pour les médications comme pour les autres formes de prises en charge du détenu nécessité d'échange, de négociation et cet échange prend souvent le pas sur l'effet pharmacologique escompté de la molécule prescrite.

Nous essayons chaque fois que cela est possible de faire appel à la collaboration du détenu pour retrouver une gestion active de sa vie, en l'aidant par exemple à gérer son sommeil comme il gère sa journée, en retrouvant ses chronorythmes et des synchronisateurs plausibles plus qu'en forçant le sommeil avec des médicaments.

On disait autrefois qu'il fallait amener le détenu à consommer du médecin plutôt que du médicament. Je serais plus réservé personnellement sur le terme de consommation qui garde une connotation de dépendance passive et je préférerais dire qu'il faut amener le détenu à la maîtrise de ses besoins, à réaliser là encore qu'il n'y a pas de droit à la satisfaction de toutes les demandes, pas plus de droit au sommeil que de droit à la santé.

L'État garantit le droit aux soins ce qui n'est pas la même chose.

## LES AUTRES THÉRAPEUTIQUES

Les services médico-psychologiques régionaux sont venus confirmer, malgré les polémiques classiques sur le libre choix du patient, l'indépendance, etc., qu'on pouvait proposer en prison une prise en charge réelle de souffrances psychiques diverses et même d'authentiques maladies mentales sous certaines conditions.

La première de ces conditions est de ne pas être antithérapeutique! Cela veut dire d'abord ne pas être subversif. Les psychiatres peuvent et



doivent faire évoluer la réponse sociale à la délinquance mais ils ne peuvent être «contre la prison». Laisser entendre au détenu qu'on est son allié contre l'administration est un acte démagogique et dangereux qui ne peut qu'entraîner l'excitation affective du patient. Les bonnes intentions, le zèle intempestif, l'affirmation d'un intérêt un peu trop chaud sont excitants pour le détenu souvent inquiet par une sollicitude qui réveille ses souvenirs abandonniques douloureux.

L'excitation est en effet désastreuse en prison. Elle est volontiers la réponse non spécifique à tout stimulus chez le détenu et ne trouve pas à se décharger dans les voies qu'il utilise habituellement au dehors. On va dépenser beaucoup à la calmer mal et elle s'épuise parfois dans des passages à l'acte graves (tentatives de suicide, automutilation, phlébotomies en particulier).

Les thérapies verbales en prison doivent s'adapter aux contraintes de réalité : tout protocole, tout contact thérapeutique doit tenir compte de ce que ni le client ni le thérapeute ne sont maîtres du séjour en prison. Il est possible cependant d'obtenir la collaboration du juge ou de l'administration pénitentiaire pour différer un transfert mais pas, bien sûr, la mise en liberté.

Le but premier de la prise en charge est de rétablir une mentalisation avec circulation du fantasme, essais d'expression symbolique, à travers la pratique «banale» d'une relation aussi éloignée que possible de la répétition sadomasochiste si facilement induite par le détenu et la prison.

Nous proposons souvent des thérapies de «mentalisation», utilisant certaines données psychodynamiques de la personne du détenu comme de la relation, mais sans interprétation du transfert, visant seulement à un assouplissement du jeu des associations mentales, à privilégier en somme l'élaboration par rapport au passage à l'acte.

Les psychothérapies interprétatives, utilisant le transfert, voire de véritables psychanalyses sont possibles lorsque le détenu accepte qu'on soit totalement étranger à sa réalité, mais leurs indications sont rares.

Les thérapies «de soutien» apparaissent les moins utiles alors qu'elles sembleraient naturellement indiquées dans le plus grand nombre de cas. Elles apparaissent difficiles à distinguer de la foule d'entretiens que le détenu peut avoir auprès du service social, de sa famille, associations de visiteurs bénévoles, voire des ministres des cultes.

Accueillir simplement la parole du détenu en confirmant que ce qu'il éprouve est normal est un rôle essentiel du psychiatre en prison et ce n'est pas le plus simple.

La parole, elle-même répétitive, peut aussi faire monter la tension au lieu de l'apaiser. Lorsqu'elle est insupportable, il faut avoir le courage de ne plus parler et d'aider autrement.

Il existe une très grosse demande pour les entretiens individuels. Nous y retrouvons d'ailleurs souvent la tentation de réduire l'interlocuteur au rôle d'enregistreur passif dans lequel on déverse son imaginaire, à travers l'histoire réécrite de son délit, à travers l'expression de ses frustrations, de ses griefs, etc.

Même si cet «abus» prend une forme plus acceptable que la tentative d'appropriation de l'autre par la violence comme nous l'avons vu, c'est une impasse dont un moyen de sortir peut être le groupe avec son apprentissage d'une expression qui s'adapte.

Certains «groupes de parole» fermés réunissant des détenus sophistiqués sont ambitieux, d'autres sont plus banaux avec ou sans médiation d'activités. Ces activités peuvent être plus ou moins symboliques comme la peinture, le collage ou la confection de masques, ne mettant pas seulement le langage verbal en avant dans l'expression et la prise de parole.

Le travail du psychiatre en prison est un travail limité par une certaine «acceptance» du milieu et du corps social.

Il a fallu ainsi briser un certain nombre de réticences pour pouvoir offrir un travail sur le corps dont on ne s'occupait jusqu'ici que pour le contenir dans un système primitif de rétention-décharge (se «défouler», se «défoncer» dans le sport, la musculation...)

L'introduction de diverses techniques de relaxation individuelles ou de groupe date maintenant d'une dizaine d'années mais la notion d'expression par le corps commence tout juste à être admise.

Des séances animées par des psychomotriciens et visant non plus à relâcher les tensions mais à obtenir un usage délié du corps dans une relation respectueuse à l'autre ont été proposées à des groupes de détenus aux Prisons de Lyon.

Le problème est de ne pas réserver ces différentes thérapies d'expression aux détenus «riches» [comme on l'avait constaté dans la vie civile pour les psychothérapies avec le «YARVIS» (Young,

Attractive, Rich, Verbal, Intelligent, Sophisticated) syndrome des années 60]. Ceux qui en ont le plus besoin sont les moins gratifiants, les plus décourageants par leurs côtés «fermés», agressifs, autocentrés, immatures qui ne permettent que difficilement l'échange de parole.

Quelle que soit la technique, groupes de parole (verbaux), groupes de relaxation ou de psychomotricité, il est proposé un apprentissage de la prise de parole et du contrôle de l'agressivité par la médiation de situations neutres du point de vue affectif et même émotionnel.

En musicothérapie par exemple, l'usage d'instruments sans timbre et sans accord, permet de s'affranchir des références culturelles et d'établir d'autant plus facilement un dialogue que les signes sont à créer.

Chaque détenu en possession d'un instrument apprend à écouter autant qu'à «parler» en soliste, et il lui faut s'insérer dans l'échange collectif, aider le groupe à identifier un rythme par exemple.

Le «dialogue tonique» est de même nature : il s'agit d'adapter certaines techniques de relaxation pédagogique pour transmettre son propre état de tension et écouter celui de l'autre sans passer par les mots avec lesquels nos clients sont parfois maladroits ou trop pudiques en groupe.

On évite, pour ne pas mobiliser trop directement les pulsions homosexuelles, de faire faire ce dialogue tonique par un toucher direct corps à corps et il apparaît très intéressant d'introduire une médiatisation (mouvement main à main par l'intermédiaire d'un bâtonnet par exemple) qui accroît de surcroît la sensibilité.

Mais si des groupes de théâtre sont très répandus en prison (généralement sans visée thérapeutique et avec une fonction pédagogique essentiellement) il apparaîtrait difficile dans les structures actuelles de proposer du psychodrame autrement que de façon très marginale.

L'exploitation qui pourrait être faite d'un incident banal rend circonspect et retarde sans doute par rapport à l'extérieur l'usage d'une technique qui pourrait nous être fort utile.

Cette autocensure ne va pas sans poser des problèmes éthiques du même ordre que les problèmes suscités par la limitation des prescriptions chimiothérapeutiques.

Il y a un certain devoir de réserve du thérapeute en prison qui peut innover, «frapper les esprits» mais ne doit pas choquer sous peine de se disqualifier lui-même sans bénéfice pour ses clients.

Nous devons garder présent à l'esprit que tout contact du psychiatre avec le détenu passe par quelqu'un d'autre qui va le chercher, qui lui parle avant et après. C'est le surveillant qui passe le plus de temps avec le détenu et on ne fait pas de psychiatrie pénitentiaire sans les surveillants.

Il faut passer du temps auprès d'eux, aussi bien à accueillir leurs problèmes avec tel ou tel pensionnaire, qu'à expliquer ce que nous faisons nous-mêmes. Il y a moyen de parler en respectant le secret médical, d'écouter sans médisance et de concerner les surveillants dans leur fonction d'interlocuteur du détenu et non de simple porte-clés.

Le travail d'un psychiatre totalement étranger aux problèmes quotidiens de la détention peut être défait à mesure lorsque le détenu rentre en cellule.

Là encore il faut restituer au surveillant la parole éteinte par des années de poids carcéral et dont ne subsiste souvent qu'une caricature : échanges blessants de quolibets ou échanges de banalités, d'un ton d'autant plus familier qu'il s'agit d'un discours insignifiant.

Ce rétablissement de la parole est d'ailleurs le meilleur garant d'un bon contrôle des violences physiques de la part des surveillants vis-à-vis desquelles il ne peut y avoir de silence médical.

Dans le désarroi d'une situation carcérale tendue, où les certitudes vacillent, l'espoir c'est que le respect de l'autre soit contagieux : c'est le sens du traitement pénal et le sens du «traitement», tout court, de la souffrance mentale en prison.