

Soigner ou punir ? Dilemmes européens

Care or punish? European dilemmas

C. Lancelevée*



La mise en service, depuis 2012, d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), unités psychiatriques surveillées de façon périphérique par l'administration pénitentiaire, a considérablement amélioré l'accès aux soins psychiatriques pour les personnes détenues en France. À Lyon, Nancy, Toulouse, Villejuif, Orléans, Seclin et Rennes, ces unités complètent le dispositif ambulatoire et d'hospitalisation de jour existant en milieu carcéral et accueillent désormais des personnes détenues – hommes ou femmes – en hospitalisation libre ou contrainte. Unanimement jugées préférables aux extractions dans des services de psychiatrie générale, souvent pratiquées dans des circonstances défavorables aux soins, les UHSA renforcent cependant plusieurs inquiétudes concernant les soins psychiatriques en prison : d'une part, l'idée semble progresser que les patients détenus seraient de dangereux "autres" que l'on ne pourrait soigner qu'en milieu sécurisé ; d'autre part, la présence croissante de soignants en milieu pénitentiaire est suspectée de légitimer l'incarcération de personnes présentant des troubles mentaux graves. Le mal est-il français ? Un petit tour des prisons européennes illustre combien les sociétés occidentales sont aux prises avec ces dilemmes moraux, intimement liés aux transformations contemporaines des institutions carcérale et psychiatrique.

Trop de malades en prison : une réalité européenne

La décennie 2000 s'est ouverte en France sur un nouveau "scandale des prisons" : entre autres griefs, celui de voir les prisons françaises se transformer, selon une expression du Sénat, en "cour des Miracles" (1) et accueillir de plus en plus de personnes présentant des troubles mentaux. Une enquête menée par une équipe d'épidémiologistes (2) a mis au jour, comme des études de moindre envergure avant elle, des prévalences très élevées, tout particulièrement concernant les troubles

psychotiques (17 %, dont 6,2 % de schizophrénies, selon les diagnostics établis de façon consensuelle par les 2 enquêteurs). Près de 30 % de l'échantillon étudié présenteraient par ailleurs un trouble psychiatrique nécessitant une prise en charge clinique. Si le scandale n'a pas, pour des raisons conjoncturelles et politiques, éclaté au même moment chez nos voisins européens, la situation épidémiologique est loin d'y être meilleure, comme l'indiquent 2 méta-analyses conduites à partir de plusieurs enquêtes internationales et européennes (3, 4). Des études nationales – difficilement comparables car menées selon des protocoles variés sur des échantillons de taille différente et pas de façon systématique – confirment le phénomène, notamment en Angleterre (5) ou dans l'espace germanophone, où plusieurs chercheurs se demandent si la prison ne se transformerait pas en "asile de dernier recours" (6, 7). Les psychiatres déplorent partout en Europe le manque de moyens pour soigner adéquatement les personnes détenues malades, comme en témoignent leurs réponses à l'enquête-catalogue (8) commandée par la Commission européenne en 2007. Les lacunes sont particulièrement fortes en Espagne, mais également en Italie, où, malgré le rattachement des soins au système général de santé, l'intervention de psychiatres en prison reste exceptionnelle. Dans les anciens pays du bloc soviétique, les taux d'incarcération très élevés compliquent largement la mise en œuvre du principe d'équivalence des soins entre la prison et le milieu libre. Seul l'expert suédois interrogé semble juger l'accès aux soins dans son pays aussi efficace, voire meilleur, en prison qu'à l'extérieur (encadré 1).

Les prisons européennes, nouveaux asiles ?

Pour expliquer ce phénomène, 3 hypothèses reviennent, sous des formes légèrement modulées, dans les travaux européens : s'agirait-il d'une erreur d'aiguillage dont la cause serait à trouver dans les

* Doctorante en sociologie à l'Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (IRIS), École des hautes études en sciences sociales (EHESS), Paris ; Centre Marc Bloch, Berlin.

Résumé

Au tournant des années 2000, les pouvoirs publics français semblent avoir redécouvert la présence massive, en milieu carcéral, de personnes présentant de graves troubles psychiatriques. En réponse, une loi prévoit, en 2002, la création d'unités psychiatriques hospitalières placées dans l'enclavement pénitentiaire, les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Désignées dans la presse par le sobriquet péjoratif d'hôpitaux-prisons, ces unités améliorent l'accès aux soins psychiatriques des personnes détenues tout en marquant une nouvelle étape dans la relégation des auteurs d'infractions malades. Mais l'affaire est-elle française ? Comment les autres États européens s'y prennent-ils pour résoudre ce problème social ? La plupart des sociétés européennes s'attellent actuellement à redéfinir les liens entre psychiatrie et prison, en composant avec leurs propres institutions, héritées du passé.

Mots-clés

Europe
Prison
Psychiatrie
Médicolégal
Asile

Autriche – Manque de lits d'hospitalisation. Programmes thérapeutiques insuffisants à l'exception des traitements psychopharmacologiques.

Belgique – [...] Les psychiatres disponibles sont souvent occupés par des activités d'expertise au détriment des activités thérapeutiques.

Danemark – Manque de places dans la prison centrale à orientation thérapeutique de Herstedvester. Trop longues listes d'attente pour le transfert de détenus en psychiatrie générale.

Angleterre et pays de Galles – Travail diagnostique insuffisant. Transferts difficiles dans les structures médicales publiques (National Health Service). Aucune possibilité de prise en charge ambulatoire pour les troubles de moindre gravité. Manque de continuité des soins.

Italie – Trop peu de psychothérapies. La consommation

d'alcool est autorisée dans beaucoup de prisons. Manque de continuité des soins à la sortie.

Norvège – Les prisonniers parviennent facilement à se procurer des drogues illégales ; absence d'un travail systématique de dépistage et de diagnostic. Faible continuité des soins à la sortie.

Pologne – Manque de moyens et de programmes thérapeutiques en prison. Salaires trop faibles pour le personnel médical en prison en comparaison du système de santé général. Trop faible coopération entre la justice et le système de santé.

Espagne – Manque de personnel thérapeutique et de programmes de soin ; travail de documentation lacunaire [...]. Les mesures disciplinaires et de contraintes sont insuffisamment réglementées en prison. Manque de formation pour le personnel pénitentiaire chargé de diagnostiquer et de prendre en charge les malades mentaux.

Encadré 1. Des systèmes de prise en charge lacunaires : réponses d'experts interrogés dans le cadre de l'enquête de H.D. Salize et al. (8) sur les soins psychiatriques en prison en Europe (traduction de l'auteur).

dysfonctionnements d'une justice trop rapide, qui n'aurait pas toujours le temps ou les moyens de s'appuyer sur des expertises de qualité ? Les prévalences fortes identifiées par le Pr N. Konrad chez les personnes incarcérées pour des "jours-amende" (défaut de paiement de dette) en Allemagne invitent, par exemple, à le penser (4). Une deuxième hypothèse, à laquelle le sociologue américain B. Harcourt a consacré un patient travail d'archives (9), est celle d'un transfert progressif de populations de l'institution psychiatrique à l'institution carcérale au cours des dernières décennies. La désinstitutionnalisation psychiatrique, qui a touché l'ensemble des sociétés occidentales sous des formes différentes (10), n'aurait pas été suffisamment compensée par des lieux d'accueil alternatifs, et un cercle vicieux entre précarité, prise en charge psychiatrique ambulatoire et incarcérations se mettrait en place pour de nombreux petits délinquants présentant des troubles psychiatriques ou addictifs. Le soupçon se porte parfois sur la psychiatrie publique, qu'on accuse de se détourner volontairement d'un public difficile, cumulant souvent troubles psychiatriques et troubles de la personnalité (11), pour embrasser le large champ de la "santé mentale" (12). La dernière hypothèse touche aux transformations de l'institution carcérale, qui, malgré l'ambition contemporaine (particulièrement forte dans les États scandinaves) de substituer à la prison des peines exécutées

dans la communauté, reste la pièce centrale de la pénalité moderne (figure, p. 154). Les taux d'incarcération européens ne faiblissent que dans quelques rares États ; la tendance générale, depuis les années 1980, est à l'allongement des peines (13), et tout particulièrement de celles prononcées à l'encontre des personnes estimées "dangereuses" (auteurs d'agressions sexuelles, de violences physiques), qui présentent parfois des troubles psychiatriques – ou que les pouvoirs publics aimeraient voir traitées par les équipes psychiatriques.

Bricolages européens

Comment la prise en charge psychiatrique en milieu carcéral dans les différents États européens s'organise-t-elle ? Difficile de discerner quelques modèles cohérents, tant les réalités nationales sont marquées par une histoire singulière qui a légué un ensemble d'institutions parfois très disparates : ainsi, la France, qui depuis le milieu des années 1980 organise la prise en charge thérapeutique autour de services hospitaliers sous la responsabilité du ministère de la Santé, dispose toutefois toujours d'un établissement thérapeutique pénitentiaire, la prison de Château-Thierry, créée en 1950, qui accueille des personnes détenues présentant de graves troubles de la personnalité, comme

Highlights

At the turn of the 21st century, French authorities seem to have rediscovered that a large number of convicts manifested severe psychiatric disorders. As an answer, a law enacts in 2002 the creation of hospital psychiatric units within prisons: the "specially equipped hospital units" (UHSA). These units, described by the media as "prison hospitals", improve the access to psychiatric care in prison while setting at the same time mentally ill offenders further aside. But is this only a French phenomenon? How do other European countries deal with this issue? Most European societies are in the process of redefining the boundaries between psychiatry and prison, while coping with the inherent past of their respective institutions.

Keywords

Europe
Prison
Psychiatry
Forensic
Asylum

le font les prisons thérapeutiques de Göllersdorf, en Autriche, ou de Herstedvester, au Danemark. En Allemagne, 6 hôpitaux pénitentiaires régionaux ont progressivement été créés dans les dernières décennies, qui proposent quelques lits d'hospitalisation en psychiatrie. Dans les Länder ne disposant pas de ces moyens, des accords locaux sont signés avec les hôpitaux d'internement psychiatrique (*Maßregelvollzug*) ou les services de psychiatrie générale, pour les cas les plus aigus. De tels arrangements existent dans de nombreux pays (Danemark, Italie, Pays-Bas, etc.), mais sont souvent difficiles à mettre en pratique faute de personnel de surveillance ou à cause des réticences des services psychiatriques à recevoir ces détenus-patients (8). Chaque histoire nationale a également dessiné des configurations professionnelles particulières. La division du travail entre psychiatres et psychologues n'est pas la même dans tous les pays : le Nord de l'Europe offre par exemple de nombreuses opportunités professionnelles aux psychologues dans des structures de type "sociothérapeutique" ; aux Pays-Bas, psychologues et psychiatres se répartissent en 2 branches, consacrées respectivement aux soins (*basic health care*) et à la prévention de la récidive (*forensic care*) [8] ; enfin, dans certains services psychiatriques, à Berlin par exemple, les infirmiers reçoivent également une formation de surveillants

pénitentiaires. Dans chaque pays se sont ainsi sédimentés des réseaux institutionnels et des modes de division du travail qui rendent difficiles la comparaison et, surtout, le transfert de bonnes pratiques.

L'empreinte de la défense sociale

Une caractéristique commune à plusieurs États européens est à trouver dans l'empreinte laissée par les théories de la défense sociale d'auteurs tels qu'Adolphe Prins ou Franz von Liszt au début du XX^e siècle. Les établissements de défense sociale belges, les *terbeschikkingstelling* néerlandais, le *Maßregelvollzug* allemand (encadré 2), l'établissement de Wien-Mittersteig en Autriche ou encore les *Ospedale Psichiatrico Giudiziario* italiens constituent pour chacun de ces pays une deuxième voie, destinée aux auteurs de délits ou de crimes jugés partiellement ou totalement irresponsables mais qui présenteraient un danger pour la société. Les auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux constituent alors un groupe à part, suffisamment spécifique pour justifier une prise en charge institutionnelle séparée de celle des patients de psychiatrie générale. La spécialisation en psychiatrie légale ("*forensic*") représente souvent, dans ces sociétés, un sous-champ important de la profession psychiatrique. Comme nous l'avons vu plus haut, l'existence de ces institutions ne contribue cependant pas à diminuer significativement la prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral, même si des études épidémiologiques plus précises seraient ici nécessaires. Par ailleurs, on remarque une tendance, dans les pays qui n'avaient pas pris le tournant de la défense sociale, à renouer avec ses grands principes, et notamment avec l'idée qu'un traitement psychosocial spécifique doublé d'un enfermement à l'écart pourrait se justifier pour certaines personnes estimées dangereuses. C'est ainsi que l'Angleterre et le pays de Galles ont inauguré plusieurs *Dangerous and Severe Personality Disorder units (DSPD units)*, au cours des années 2000 (15), tandis que la France ou la Suisse ont récemment créé des structures d'internement de sûreté pour les personnes détenues présumées dangereuses à l'issue de leur peine de prison. La psychiatrie, malgré ses fortes réticences, est invitée à participer au "traitement" de ces nouveaux publics. C'est aussi dans cette logique que se déploie un ensemble de mesures de soins pénalement contraints dans toute l'Europe, qui présentent toutes l'ambiguïté d'offrir des soins, et donc de l'attention, à des personnes qui en sont parfois privées, tout en exerçant un contrôle social plus étroit sur leurs vies (16).

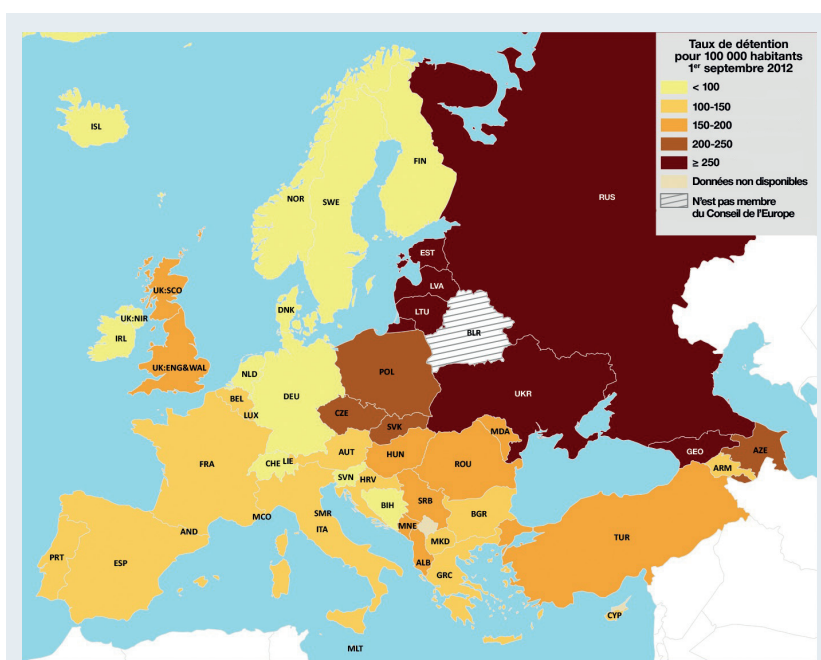


Figure. Données de l'enquête 2012 du programme SPACE I (Statistiques pénales annuelles du Conseil de l'Europe) [14] – taux de détention pour 100 000 habitants en Europe au 1^{er} septembre 2012.

La prison doit-elle soigner ?

Dans une minorité de pays européens, la prise en charge psychiatrique en prison relève des missions du système de santé général, et les patients-détenus sont alors soignés par des équipes hospitalières. C'est notamment le cas en France et en Angleterre, mais également en Norvège ou en Italie (principalement pour le traitement des addictions). Ce transfert de compétences vise généralement à une clarification des rôles : la prison n'est pas considérée comme un lieu de soin, mais comme un lieu dans lequel doit s'organiser un accès aux soins psychiatriques généralistes (8). La distinction est cruciale pour des équipes psychiatriques qui construisent leur identité professionnelle autour d'une démarche de type humanitaire, et qui ont parfois des difficultés à conserver leur autonomie professionnelle. C'est d'ailleurs sans doute, au-delà des moyens techniques et humains supplémentaires, la volonté de retrouver un territoire propre qui a séduit les professionnels les plus hostiles aux UHSA en France (17). Dans les pays où la prise en charge psychiatrique est financée par l'administration pénitentiaire (Allemagne, Autriche, Suède, Pays-Bas, etc.), les équipes psychiatriques s'appuient également sur le secret médical pour protéger les espaces réservés au soin. Cependant, à côté de la prise en charge proprement psychiatrique ou psychothérapeutique des situations aiguës, ces pays ont développé des structures hybrides, de type sociothérapeutique (*Sozialtherapie* en Allemagne, par exemple) qui s'appuient également sur des savoirs psychiatriques et des

L'Allemagne constitue un cas de figure emblématique de la mise en pratique des théories de la défense sociale. Au début des années 1930, une loi complète les peines par des mesures appelées aujourd'hui "mesures de réhabilitation et de sûreté" (*Maßregeln der Besserung und Sicherung*), qui, comme leur nom l'indique, visent autant à protéger la société qu'à "traiter" les auteurs d'infractions. Trois de ces mesures prévoient un internement (dans des hôpitaux psychiatriques spécialisés – paragraphe 63 du Code pénal allemand ; dans des centres de désintoxication – paragraphe 64 ; dans la rétention de sûreté à l'issue d'une peine de prison – paragraphe 66) et renfermaient respectivement environ 6 600, 3 800 et 500 personnes en 2012.

Loin de recueillir l'adhésion consensuelle, cette "deuxième voie" passe régulièrement sous le feu de la critique. En 2009, alors même que la France venait d'inaugurer son nouveau centre médicojudiciaire de sûreté, certaines dispositions de la rétention de sûreté (*Siche-*

rungsverwahrung) ont été invalidées par la Cour européenne des droits de l'homme et par le tribunal constitutionnel allemand.

En 2012, l'affaire Mollath (un homme interné en psychiatrie [*Maßregelvollzug*] sur la base d'une expertise établie à distance et qui justifiait l'internement par ce qu'elle considérait comme un délire paranoïaque, mais qui s'est révélé conforme à la réalité des faits établis par la justice 7 ans plus tard) a réveillé la méfiance de l'opinion publique vis-à-vis d'un enfermement jugé trop opaque et a conduit le tribunal constitutionnel allemand à demander un encadrement plus étroit des procédures. Cette juridicisation des procédures n'est pas sans rappeler les dernières évolutions de la réglementation française concernant les soins à la demande d'un responsable de l'État (SDRE). Si l'Allemagne présente donc en apparence une histoire et un système de prise en charge très différents du modèle français, elle est cependant confrontée à des questionnements similaires autour de la légitimité des institutions à la croisée du pénal et du médical.

Encadré 2. Allemagne, la "deuxième voie" en procès.

compétences psychothérapeutiques. Sous une forme ou sous une autre progresse donc, dans toutes les sociétés européennes, l'idée que la prison devrait jouer un rôle thérapeutique et s'appuyer sur les compétences des professionnels du soin psychiatrique (18). Face à certains troubles psychiatriques, la prison semble ainsi devenir un lieu de dernier recours, une institution hospitalière (19).

■ C. Lancelevée déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références bibliographiques

- Huest JJ, Cabanel GP. Prisons : une humiliation pour la République. Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France. Tome 1, rapport. Paris : Sénat, 2000.
- Falissard B, Loze JY, Gasquet I et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry* 2006;6:33.
- Blaauw E, Roesch R, Kerkhof A. Mental disorders in European prison systems. Arrangements for mentally disordered prisoners in the prison systems of 13 European countries. *Int J Law Psychiatry* 2000;23(5):649-63.
- Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002;359(9306):545-50.
- Singleton N, Meltzer H, Gatward R. Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales. Office for National Statistics 1997:32.
- Konrad N. Prisons as new asylums. *Curr Opin Psychiatry* 2002;15(6):583-7.
- Frottier P, Matschnig T, Benda N, Eher R, König F, Frühwald S. Die letzte psychiatrische Anstalt. *Recht & Psychiatrie* 2002;20(3):162-7.
- Salize HJ, Drefßing H, Kief C. Mentally disordered persons in European prison systems. Needs, programmes and outcomes. Mannheim: European Commission, Central Institute of Mental Health, 2007.
- Harcourt BE. Repenser le carcéral à travers le prisme de l'institutionnalisation : sur les liens entre asiles et prisons aux États-Unis. *Champ pénal/Penal Field* 2008. <http://champpenal.revues.org/7562>
- Coldefy M. L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences. *Questions d'économie de la santé* 2012;(180).
- Keppler K, Stöver H, Schulte B, Reimer J. Prison health is public health! Problems in adapting and implementing health services for prisoners in Germany. A review. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2010;53(2):233-44.
- Ehrenberg A. Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale. *Revue française des affaires sociales* 2004;(1):77-88.
- Snacken S, Dünkel F. Les prisons en Europe. Paris: L'Harmattan, 2005.
- Aebi MF, Delgrande N. SPACE I – Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison populations. Survey 2012. Strasbourg: Council of Europe, 2014.
- Seddon T. Punishment and madness: governing prisoners with mental health problems. New York: Routledge-Cavendish, 2007.
- Cartuyvels Y, Lancelevée C, Bessin M, Cliquennois G, Dugué F. Ce que la dangerosité fait aux pratiques. Entre soin et peine, une comparaison Belgique-France. Paris : Mission de recherche "Droit et justice" 2012:236.
- Lancelevée C. Quand la prison annexe l'hôpital ? La place des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire en France. Communication au colloque TerrFerme – L'enfermement au prisme des sciences sociales : rapprocher les lieux, confronter les approches. 2013.
- Renneville M. Psychiatrie et prison : une histoire parallèle. *Ann Med Psychol (Paris)* 2004;(162):653-6.
- Lechien MH. L'impensé d'une réforme pénitentiaire. *Actes de la recherche en sciences sociales* 2001;1(136-137):15-26.