

Communication

Être schizophrène en prison

MOTS-CLÉS : SCHIZOPHRÉNIE. PRISONNIERS. ENVIRONNEMENT ET SANTÉ PUBLIQUE. COMPORTEMENT CRIMINEL.

In prison with schizophrenia

KEY-WORDS: SCHIZOPHRENIA. PRISONERS. ENVIRONMENT AND PUBLIC HEALTH. CRIMINAL BEHAVIOR.

David TOUITOU*, Magali BODON-BRUZEL *

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en relation avec le contenu de cet article.

RÉSUMÉ

Depuis les aliénistes, les psychiatres ont toujours constaté la présence de nombreux malades mentaux en détention. Des études épidémiologiques récentes confirment notamment la très large surreprésentation des personnes souffrant de schizophrénie. L'organisation des soins psychiatriques en milieu carcéral tient compte de cette complexité en mettant en place des niveaux de prise en charge différents et hiérarchisés, dans chaque prison et par le biais de structures régionales, dont les récentes unités hospitalières spécialement aménagées. La clinique de la psychose en détention est à la fois identique à celle rencontrée habituellement et spécifique : des états psychotiques aigus transitoires particuliers, les effets pathogènes de la détention sur des sujets fragiles au plan de l'organisation de la personnalité, la réticence aux soins qui ne peuvent être imposés en détention et l'importance des facteurs de stress en lien avec la vie carcérale complexifient les tableaux symptomatiques classiques, comme les prises en charge. Enfin, les actes médico-légaux et de délinquance commis par les schizophrènes sont évalués par les juridictions et les experts de manière variable, la tendance étant clairement à la responsabilisation du malade qui accroît sa présence en détention. De ce fait, les différents dispositifs de soin, et notamment les plus récemment mis en place, apparaissent opérants.

SUMMARY

Since the alienists, psychiatrists have described countless cases of patients suffering from mental disorders among convicted inmates. Recent epidemiological studies show a high prevalence of patients suffering from schizophrenia and other psychotic disorders in prison populations compared with the general population. Furthermore, symptoms of psychotic disorders can be expressed differently: specific prison stressors being associated with acute and transient psychotic episodes among patients having a high risk for psychosis personality disorder. Limited access to mental care in prison or refusal of treatment consent contributes to the pathogenic effects of imprisonment in patients presenting psychotic disorders. The organization of psychiatric care in prison takes into account this clinical complexity by implementing different and prioritized care levels, in each prison and through regional care structures, including dedicated forensic inpatient clinics. The different care systems, including the recently developed ones, appear also effective in providing specific mental care to patients suffering from chronic psychotic disorders that have been found criminally responsible by the courts for their criminal offence and thus imprisoned.

* Pôle Patients sous main de justice, GH Paul Guiraud, GHT Psy Sud Paris, 54 avenue de la République, BP 20065, 94806 Villejuif Cedex.

Tirés à part : Docteur David TOUITOU, même adresse

Article reçu le 9 novembre 2017, accepté le 15 janvier 2018

INTRODUCTION

« Il est peu de prisons dans lesquelles on ne rencontre des aliénés furieux ; ces infortunés sont enchaînés dans des cachots à côté des criminels. Quelle monstrueuse association ! On envoie les aliénés dans la prison parce qu'on ne sait où les placer et que ne sachant comment payer, on a recours aux fonds des prisons » [1].

En 1838, Esquirol voyait juste sur son temps mais ne s'imaginait probablement pas que près de deux siècles plus tard, la situation resterait similaire.

La prison est un lieu de vie, pour certain un lieu d'existence. La maladie mentale y est présente de façon conséquente [2]. Les données de santé publique, qu'elles soient nationales ou internationales, font état d'une prévalence des troubles psychiques, et notamment de la schizophrénie, bien supérieure dans les lieux de détention par rapport à celle retrouvée en milieu ordinaire. La prison n'est pas le reflet de la société en terme de santé mentale. Cette surreprésentation est l'aboutissement d'un processus complexe, mêlant propension délictueuse et criminelle de certains malades mentaux, pathogénie propre au régime de vie carcérale, désinstitutionnalisation progressive des patients psychiatriques et diminution drastique des capacités d'accueil à l'hôpital, utilisation disparate par les experts judiciaires de l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, et bien d'autres raisons encore.

De plus, l'institution carcérale est bien en difficulté pour prendre en charge les pathologies psychiatriques lourdes. Il ne faut pas sous-estimer la faible tolérance du monde pénitentiaire face à tout ce qui ne s'inscrit pas dans la logique d'un traitement pénal linéaire. Tout ce qui ne se décline pas entre resocialisation et répression est par essence incompréhensible au monde pénitentiaire, qui demande au psychiatre d'assumer tout ce qui surgit hors sens [3]. Le patient schizophrène a malheureusement souvent tendance à être en certaines occasions hors du « sens commun ».

L'incarcération de ces sujets est fréquemment problématique : du détenu schizophrène reclus dans sa cellule, silencieux et pourtant gravement malade, ou à l'inverse celui envahi par des phénomènes hallucinatoires multiples et présentant de fréquents troubles du comportement car il ne comprend pas son environnement, la prison est un lieu très hétérogène en terme de psychopathologie. Tous souffrent et interrogent les systèmes de prise en charge judiciaire et sanitaire. Les rapports de l'Assemblée Nationale, du Sénat ou encore d'autres institutions [4-7] ont été multiples et pointent tous les problèmes qu'une telle maladie mentale peut occasionner en détention en matière de prise en charge notamment, les détenus étant censés bénéficier d'une qualité et d'une continuité de soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population selon l'article L.1110-1 du Code de la santé publique.

LA PRESENCE DU MALADE SCHIZOPHRENE EN PRISON

Historique

La présence des malades psychiatriques dans les prisons françaises n'est pas récente. Ainsi, en 1818, Esquirol s'indignait déjà de constater que des malades mentaux n'ayant pas commis de délits se retrouvaient enfermés dans les mêmes lieux que des criminels. La loi de 1838 a mis fin aux aspects les plus dégradant de cette situation en réorganisant le « grand renfermement » [3]. Le XIX^{ème} siècle français vit ainsi la mise en place d'un système à double entrée pour l'enfermement du malade mental, suivant deux régimes législatifs distincts : soit la prison (régime carcéral) visant à sanctionner un délit ou un crime et soumis au contrôle de l'autorité judiciaire ; soit l'asile (régime

administratif issu de la loi du 30 juin 1838, « Loi des aliénés », qui a perduré pendant plus d'un siècle et demi avant sa révision en 1990) se consacrant aux sujets présentant un état d'aliénation mentale et/ou de « danger imminent » [8]. L'article 24 de la loi de 1838 indiquait ainsi : « *dans aucun cas, les aliénés ne pourront être ni conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison* ».

La difficulté résidait (et réside toujours) dans les réponses judiciaires et médicales apportées aux malades auteurs d'infraction qui ne sont pas jugées « aliénés au moment de l'acte » mais qui s'avèrent présenter des troubles mentaux nécessitant d'être soignés en prison. Différentes conceptions du soin à apporter à cette population, en majorité atteinte de pathologie schizophrénique, se sont confrontées et ont évolué au cours du temps. Le soin en détention ? Dans quelles conditions ? Le transfert dans les asiles d'aliénés (puis hôpitaux psychiatriques) lorsque les soins en détention ne permettent plus de juguler les troubles engendrés par la maladie et acutisés par le régime carcéral ? La création de structures spécifiques intra-carcérales pour les détenus les plus fragiles ? La création de structures spécifiques extra-carcérales pour les malades les plus graves ?

Les psychiatres sont présents dans les prisons depuis la fin du XIX^e siècle, en nombre restreint. Ce n'est qu'à partir de la deuxième moitié du XX^e siècle avec la réforme Amor que l'institutionnalisation et le développement de la présence psychiatrique au sein des lieux de détention se sont développés.

Le soin psychiatrique en France a évolué (découverte de nouvelles molécules, nouvelles orientations des politiques de santé). Parallèlement, les malades mentaux détenus ont, eux aussi, vu l'offre de soins se remodeler. En 1966, le psychiatre Daniel Gonin disait ainsi : « *Les médicaments ont permis, en moins de dix ans, de renverser la politique sanitaire en clinique criminologique. On s'est aperçu qu'au lieu d'envoyer le délinquant mental à l'hôpital psychiatrique - ce qui nécessitait le maintien d'une forteresse au sein de cet hôpital qui finit à peine d'abattre ses grilles et ses murs - il était beaucoup plus simple de faire venir le psychiatre à la prison, avec son flacon de Largactil sous le bras. La dangerosité qui, autrefois, quand elle devenait paroxystique, constituait pour l'administrateur pénitentiaire un critère d'éviction, n'entraîne plus automatiquement le passage à l'hôpital psychiatrique* » [9].

Dans l'esprit de la politique de sectorisation psychiatrique, les circulaires du 30 septembre 1967 et du 28 mars 1977 ont créé les Centre Médico Psychologiques Régionaux (CMPR) rattachés au service public hospitalier et autonomes par rapport à l'Administration Pénitentiaire, qui ont permis une limitation des internements et au sein desquels la dimension volontaire des soins prodigués a régulièrement été rappelée.

Aspects épidémiologiques

Dès le milieu du XIX^e siècle, nombre de travaux font état d'une surreprésentation des malades mentaux en prison et sont autant de témoignages de la préoccupation des psychiatres de l'époque sur la proportion d'aliénés dans les prisons [10].

Plus récemment, l'étude épidémiologique française de référence sur les troubles mentaux en milieu pénitentiaire a été publiée en 2007 par Rouillon et al. [11]. Le tableau I présente la comparaison de plusieurs travaux épidémiologiques français [12, 13] comme internationaux [14]. L'ensemble de ces travaux confirme le sentiment des acteurs de terrain : il continue à exister une surreprésentation des maladies mentales en détention et notamment des maladies psychotiques au sein desquelles la schizophrénie est le représentant par excellence.

Les tentatives d'explications ont été nombreuses et sont venues de toute part. Avis constructifs, pessimisme affirmé en passant par récriminations appuyées, psychiatres de secteur, experts, députés

et autres représentants ont tous souhaité donner leur opinion sur ce constat. Nous nous proposons d'en faire un listing non exhaustif :

- dépistage systématique des troubles mentaux dès l'arrivée en détention par les professionnels de santé [15].
- effets de la désinstitutionnalisation des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves, ayant eu pour objectif d'ouvrir les services psychiatriques sur la société ; réduction drastique du nombre de lits en hôpital psychiatrique et ressources insuffisantes des services publics pour soigner les patients décrits comme les plus difficiles [16].
- responsabilité des psychiatres hospitaliers, aussi évoquée comme « *la faillite de l'hôpital psychiatrique* » : « *Tout se passe comme si la prison était devenue le seul lieu d'accueil pour un nombre croissant de psychotiques rejetés à l'extérieur de l'institution hospitalière par les responsables médicaux* » [3].
- comorbidité grandissante des troubles psychotiques et conduites addictives majorant la dangerosité [17].
- réforme de l'irresponsabilité pénale avec introduction depuis 1994 (nouveau Code pénal) de l'atténuation de la responsabilité (article 122-1 alinéa 2).
Sous l'empire de l'article 64 de l'ancien Code pénal, le prévenu qui était « *en état de démence au temps de l'action* », était déclaré irresponsable et bénéficiait d'un non-lieu. Il s'agissait de « *punir ou soigner* » [18] ; « *le fou à l'aliéniste, le criminel au magistrat* » [19]. Depuis 1994, l'application du deuxième alinéa de l'article 122-1 du Code pénal a montré que l'existence de troubles mentaux, loin de constituer une circonstance atténuante conduisait finalement fréquemment à une aggravation de la peine. Effrayés par l'acte commis, par la personnalité et la potentielle dangerosité de son auteur, magistrats et jurés cherchaient probablement en effet à retarder la sortie de ce type de condamnés [6].
- tendance de certains experts à la responsabilisation des sujets atteints de troubles mentaux afin de libérer les services de secteur des malades les plus problématiques [4] ou de conférer un sens « thérapeutique » à la sanction pénale [20].
Daniel Zagury dénonçait dès 1995 la tendance de certains expert qui sont « *tenté(s) d'escamoter la réalité psychopathologique, de la banaliser ou de la sous-évaluer, pour justifier leurs conclusions* » [21]. Et Dubec expliquait « *qu'à force de rechercher les raisons d'un crime (l'expertise) finit par inventer le criminel* » [22].
- représentation sociétale du malade mental dangereux entraînant rejet et crainte (population générale, services de police, justice...) [16].
- organisation de la justice, décisions expéditives et recours grandissant à la détention provisoire. Au cours des affaires correctionnelles et notamment des comparutions immédiates, l'expertise psychiatrique est rare, sinon quasi inexistante.

Parmi les travaux les plus récents, la méta-analyse de Fazel en 2012 [14], portant sur plus de 33.000 détenus de 24 pays, a montré une prévalence des psychoses en détention de l'ordre de 3.6% (95% CI 3.1–4.2) chez les hommes détenus et de 3.9% (95% CI 2.7–5.0) chez les femmes détenues. Une grande hétérogénéité est retrouvée en fonction des pays et notamment une prévalence de psychose plus importante dans la population pénale des pays les moins industrialisés [14, 23]. La fiabilité et l'homogénéité du diagnostic de psychose et de schizophrénie, notamment en détention, reste au centre des biais méthodologiques. La prévalence élevée de la schizophrénie en détention n'est de toute façon pas remise en cause alors que cette maladie touche environ 1 % de la population en milieu ordinaire.

Organisation actuelle des soins en détention

Le décret du 14 mars 1986 donne au secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire une véritable reconnaissance. Les CMPR deviennent des Services Médico Psychologiques Régionaux (SMPR) à la vocation thérapeutique affirmée. Le secteur public hospitalier est alors responsable de la prise en charge de la santé mentale des détenus, principalement à travers 26 services médico-psychologiques

régionaux (SMPR) offrant consultations ambulatoires et près de 380 places intracarcérale d'hospitalisation à temps partiel. La loi du 18 janvier 1994 complète le dispositif en incitant les secteurs de psychiatrie à ouvrir des consultations dans les établissements où les SMPR ne sont pas implantés, au sein des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), référentes du soin somatique.

Trois niveaux de prise en charge sont ainsi désormais proposés aux patients schizophrènes comme aux autres, sur indication médicale, en fonction de leur état clinique :

- **Niveau 1** : consultations spécialisées par un psychiatre dans toutes les prisons.
- **Niveau 2** : hospitalisation de jour librement consentie, au sein de structure intracarcérale, pour la prise en charge des détenus les plus fragiles.
- **Niveau 3** : des soins en hospitalisation à temps complet, à l'hôpital, nécessitant l'extraction du détenu hors des murs de la prison. Ces soins sont essentiellement réalisés au sein de structures spécifiques depuis 2009 (Unité Hospitalière Spécialement Aménagée, UHSA) en hospitalisation librement consentie ou sous contrainte sur décision préfectorale (SDRE) ; ou alors dans un service de secteur psychiatrique en soins sous contrainte (SDRE) ; et dans une bien moindre mesure, et s'il existe une indication spécifique, dans une Unité pour Malade Difficile (UMD).

Cette création de lieux spécifiques d'hospitalisation psychiatrique pour personnes détenues fait notamment suite au rapport conjoint de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et de l'Inspection Générale de la Justice en 2001 [6] qui a centré l'attention sur l'hospitalisation psychiatrique des détenus et notamment ses aspects les plus sombres (durées et conditions d'hospitalisation). C'est dans ce contexte que la loi 2002-1138 d'orientation et de programmation pour la justice (LOPJU) votée en 2002 a prévu la création d'unités spécialement aménagées au sein d'établissements de santé pour l'hospitalisation, avec ou sans leur consentement, des détenus souffrant de troubles mentaux.

En 2006, la Cour européenne des droits de l'homme condamne la France pour avoir maintenu en détention un détenu ayant des problèmes psychiatriques importants. Ainsi, l'arrêt Rivière [24] affirme clairement que certains psychotiques n'ont pas leur place en prison et confirme que le maintien en détention d'un détenu atteint de troubles psychotiques sans encadrement médical approprié constitue un traitement inhumain et dégradant [25]. Quelques semaines plus tard, lorsque le comité européen de prévention de la torture constate « *l'état dramatique dans lequel se trouve la psychiatrie pénitentiaire en France* », un programme de construction de dix-sept unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) est évoqué. Neuf de ces « hôpitaux-prisons » (comme les ont surnommés nombre de leurs détracteurs) seront finalement budgétées et ouvriront dans la décennie suivante.

LA SCHIZOPHRENIE DANS TOUS SES ETATS

La surreprésentation de la schizophrénie en prison concerne l'ensemble de ses formes cliniques : paranoïde, dysthymique, hébéphrénique ou encore héboïdophrénique. Leur expression clinique riche est fortement en lien avec le régime de vie carcérale et la valence pro-psychotique de la détention. Certains patients stabilisés s'accommodent assez bien de la routine pénitentiaire qui reproduit le rythme de la chronicisation asilaire. D'autres, en état de rechute symptomatique, interrogent le plus le monde de la prison sur l'adéquation de leur pathologie avec leur présence en milieu carcéral [26].

L'accès aux soins du détenu atteint de schizophrénie est fortement corrélé avec la tolérance de l'Administration Pénitentiaire. Le sujet déficitaire, schizoïde voire hébéphrène, ne posera pas le même type de difficultés dans sa prise en charge pénitentiaire que le sujet paranoïde, fortement

halluciné et désorganisé. Les actes inadéquats, les propos saugrenus et agressifs conduisent vite à des sanctions disciplinaires et c'est dans ce contexte que le psychiatre fait le plus souvent la connaissance de son patient.

Expressions cliniques particulières

Le concept de psychose carcérale a longtemps été admis par la communauté psychiatrique exerçant en prison. De notre point de vue, cela a nui au patient et contribué à sa stigmatisation. Il était facilement considéré que la simple incarcération pouvait entraîner une maladie psychotique dont la dénomination laissait entendre qu'on pouvait l'« attraper » en prison. Cette « psychose carcérale » n'a pas lieu d'être [27]. Il faut lui préférer la notion d'état psychotique aigu, pour lequel l'incarcération aurait joué le rôle de catalyseur d'un engin ne demandant qu'à prendre feu. Beaucoup de détenus présentent diverses formes de fragilité psychique (trouble de la personnalité limite, trouble de la personnalité antisociale...) qui, soumises à un environnement rigide et pathogène comme celui de la détention, se traduisent par l'expression de symptômes d'allure psychotique, voire d'authentiques états psychotiques aigus nécessitant une prise en charge hospitalière. Il faut se garder de poser trop rapidement un diagnostic de schizophrénie et faire un amalgame trop rapide et facile entre expression délirante et maladie psychotique.

Il n'en est pas moins que les sujets schizophrènes sont surreprésentés en milieu carcéral. Cette pathologie est handicapante, invalidante, et ne laisse que peu de place à des capacités opérantes d'adaptation. Évidemment, tous les sujets schizophrènes ne sont pas égaux en terme d'expression symptomatique, de retentissement cognitif de leur pathologie ; mais de manière générale, leur capacité à s'adapter au contexte carcéral est mise à mal. L'environnement carcéral est propice aux rechutes délirantes, notamment paranoïdes.

Effets pathogènes de la détention

Le régime de vie carcérale s'adapte peu aux particularismes individuels. Il est contraint et nécessite pour son harmonie (autant qu'elle soit possible) que ses « clients » s'y adaptent, problème majeur pour les sujets les plus fragiles. Les conséquences sont nombreuses et redoutées par l'administration pénitentiaire, peu formée à la compréhension de la maladie mentale et bien peu en capacité d'allouer les ressources nécessaires pour permettre aux plus fragiles de vivre leur détention sans heurts. Les troubles du comportement au sens large sont fréquents. Incompréhension de l'environnement qui les entoure, modalités de contacts humains perturbés par les symptômes de désorganisation psychique, le détenu atteint de schizophrénie reste mystérieux pour le surveillant. Les rapports qui s'installent sont souvent des rapports de force qui, s'ils ne sont pas repérés et pris en charge par le psychiatre, finissent le cas échéant par un placement au quartier disciplinaire (le fameux « mitard »), dont le régime carcéral est encore plus pathogène. Une étude américaine [28] a mis en évidence que les malades schizophrènes étaient plus fréquemment placés au quartier disciplinaire que les autres détenus et y passaient plus de temps. Leurs séjours en prison sont également plus longs ; ils obtiennent plus difficilement une liberté provisoire et ont également moins fréquemment accès au travail [16].

La Cour Européenne des Droits de l'Homme a jugé à plusieurs reprises (affaire Rivière c. France [24] ou encore G. c. France [29]) que la détention d'une personne malade peut poser problème sur le terrain de l'article 3 de sa Convention qui interdit les traitements inhumains ou dégradants, comme peut l'être le manque de soins médicaux appropriés. Ainsi, dans l'affaire G. c. France, le requérant, atteint de schizophrénie, incarcéré puis condamné à une peine de dix années de réclusion criminelle fut finalement déclaré pénalement irresponsable par une Cour d'assises d'appel. La Cour a estimé que le maintien en détention du sujet sur une période de quatre années avait entravé son traitement médical que son état de santé exigeait et lui avait infligé une épreuve excédant le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention.

Un établissement pénitentiaire spécifique (maison centrale de Château-Thierry) permet l'affectation pénale de détenus fragiles dans un lieu au régime carcéral adapté. Cette petite structure pénitentiaire de 134 places accueille près de 75% de sujets schizophrènes, condamnés souvent à de longues peines et dont l'état de santé est peu compatible avec une incarcération « ordinaire ». Les conditions de prise en charge ont cependant été largement critiquées dans un récent rapport du Contrôleur Général des lieux de privation de liberté [30].

Enfin, pour nombre de sujets schizophrènes arrivant en détention, l'occasion est belle pour exprimer une réticence aux soins ainsi qu'une faible conscience de leur maladie. La consultation avec un professionnel de santé mentale ne permettra pas toujours le dépistage fiable des troubles mentaux. Les propos rassurant des « arrivants » concernant leur santé mentale l'emporteront parfois sur l'analyse clinique.

Les conséquences sont souvent les mêmes : arrêt du suivi, consultation comme prise en charge pharmacothérapeutique ; et parallèlement un risque majorée de récurrence délirante. Dans son étude de 2014, Reingle Gonzalez [31] a démontré, à partir d'une population de plus de 18.000 détenus américains, que plus de la moitié de sujets qui avaient un traitement psychotrope à l'arrivée en détention n'en bénéficiait plus au cours de leur incarcération. Cette rupture de continuité pharmacothérapeutique serait en partie due selon les auteurs aux procédures de dépistage des pathologies mentales à l'arrivée en détention.

Il faut ajouter qu'une large frange de la population carcérale (près de 60 %) relève d'un diagnostic de trouble de la personnalité [11], principalement antisociale mais aussi borderline. Leur présence en prison s'explique en partie par une propension élevée à réaliser des actes délictueux du fait même de certains traits saillants de leur fonctionnement psychique pathologique (impulsivité, défaut d'empathie, incapacité à se conformer aux normes et aux lois, voire jouissance à les défier...). Ces traits de personnalité pathologique sont fréquemment responsables de leur incarcération car ils ont joué dans la genèse de l'infraction.

Ces sujets au fonctionnement mental complexe disposent par ailleurs de capacités amoindries d'adaptation à leur environnement qui ne leur permettent pas de s'acclimater de façon opérante au milieu carcéral. Dans un environnement moins pathogène que la prison, la mise à mal des capacités personnelles d'adaptation génère habituellement des symptômes dépressifs ou encore anxieux. En prison, la pathogénie propre au milieu présente une certaine valence pro-psychotique. La perte de contact avec la réalité est un élément central des troubles psychotiques. Or la vie carcérale est un facteur de risque important de déréalisation. Les interprétations délirantes se focalisent sur les surveillants ou encore les autres détenus qui cherchent, dans la compréhension erronée de leur environnement, à les agresser, à empoisonner leur nourriture... Il s'agit de ce fait de faire attention au diagnostic trop facile de schizophrénie. Il faut tout de même s'attacher à considérer la fragilité psychique de ces sujets et la réalité judiciaire de leur présence en détention pour les soigner et arriver à prévenir les risques d'expression symptomatique délirante.

Enfin, la vie carcérale est en elle-même facteur de stress environnemental. On peut citer comme situations pathogènes :

- l'isolement : privation de liberté ; restriction des contacts sociaux ; perte des contacts familiaux, amicaux et sentimentaux ; tendance au repli et à l'apragmatisme en lien avec un rythme de vie chronicisé, surtout dans les établissements pour longues peines...
- l'environnement : bruit continu ; insalubrité ; promiscuité imposée ; œilleton à vision unilatérale ; surpopulation carcérale pouvant dépasser les 200 %...
- les contacts : sexualité inexistante et/ou rapports imposés (viols) ; racket...
- l'incertitude : recours fréquent à la détention provisoire (avant même la reconnaissance de culpabilité, et sans possibilité de se projeter sur une libération éventuelle) ; les transferts...

Par ailleurs, l'accès au cannabis, très souvent fortement délétère pour les sujets schizophrènes, est très aisé en détention et souvent vécu comme l'une des rares sources de « plaisir » ou d'apaisement de l'anxiété induite par l'environnement. Une étude récente [32] souligne l'implication du cannabis et encore plus de la polytoxicomanie comme facteur de risque de premier épisode psychotique chez les sortants de détention.

Particularités de la prise en charge

Le malade schizophrène bénéficie de l'ensemble du dispositif de soin psychiatrique proposé en détention (voir figure 1). Sa pathologie nécessite, plus que tout autre détenu fragile, l'accès aux trois niveaux de soins décrits plus haut (niveaux 1 et 2 en milieu carcéral, niveau 3 en milieu hospitalier).

Sa prise en charge prend en compte sa réalité environnementale donc carcérale et la nécessaire adaptation de son état clinique avec le régime de la détention. Suivi en consultations ambulatoires au sein de la prison, il peut devoir bénéficier d'une hospitalisation de jour au sein des unités SMPR à vocation régionale, en soins librement consentis, ou bien est transféré en UHSA, en soins libres ou sous contrainte (SDRE), lorsque son état clinique n'est plus compatible avec un maintien en détention.

La pharmacie de la prison est rattachée à celle de l'hôpital et permet la dispensation d'un large éventail de traitements, notamment neuroleptiques. La galénique intramusculaire à action retard est largement utilisée, aussi bien pour assurer une observance de meilleure qualité mais aussi pour diminuer les risques très fréquents de stigmatisation de cette population malade pour laquelle les infirmiers déposent dans leur cellule une pochette de médicaments. L'étiquette de « fou » est rapidement donnée et les malades sont poussés par les autres détenus à arrêter ces traitements aux effets secondaires fréquemment visibles. Certaines études valident d'ailleurs que les neuroleptiques à action prolongé sont mieux adaptés pour la prise en charge de cette population et notamment des troubles du comportement en détention [33].

Les traitements nécessitant une surveillance rapprochée (Clozapine, Lithium...) sont moins facilement prescrits, l'accès à une surveillance biologique fiable étant difficile en détention classique. Certains auteurs recommandent pourtant l'utilisation de la Clozapine dans cette population pour réduire les comportements violents [34].

La législation française ne permet actuellement pas le recours au programme de soins ambulatoires en détention. Cette mesure de soins, permettant un suivi ambulatoire sous contrainte, issue de la Loi du 5 juillet 2011, n'est en l'état pas applicable aux patients détenus. On se retrouve dans le dilemme de l'impossibilité légale d'imposer la poursuite d'une prise en charge thérapeutique à un patient en détention, alors même que la multiplication des ruptures thérapeutiques chez le patient schizophrène est source de résistance médicamenteuse et augmente la gravité de leur maladie.

Pourtant, le dépistage des maladies schizophréniques en détention et leur prise en charge pharmacothérapique associant notamment la prise en charge de leur éventuelle dépendance aux substances, outre la réduction des symptômes, ont un effet protecteur vis-à-vis d'un nouveau passage à l'acte violent [35].

PSYCHIATRIE MEDICO-LEGALE ET SCHIZOPHRENIE

Dangerosité, infractions et schizophrénie

L'association schizophrénie et comportements violents a toujours été source de nombreux débats [36-38]. Pour certains auteurs, les troubles mentaux graves représentent à eux seuls un risque de violence physique envers autrui plus élevé que celui de la population générale [39]. De plus, la

plupart des études ont mis en évidence que la dangerosité du sujet schizophrène est notamment accrue par l'association de la maladie avec :

- des antécédents de violence [40, 41]
- une non-observance de la médication antipsychotique et du suivi
- des symptômes antisociaux
- une addiction, à l'alcool ou aux drogues [17, 42]
- des atteintes cérébrales (signes neurologiques et neuropsychologiques) [37, 43]
- des symptômes délirants spécifiques (délire paranoïde, thématique sexuelle, injonctions hallucinatoires...)
- le statut socioéconomique (chômage, pauvreté, milieu défavorisé) [37]

Si le risque de violence associée aux troubles mentaux graves est plus élevé que celui retrouvé dans la population générale, le nombre absolu des agressions commises par les patients reste faible. La grande majorité (85 à 97 %) des agresseurs ne sont pas des malades mentaux [39]. Tous les schizophrènes ne sont pas violents, et toute la violence n'est pas attribuable à la schizophrénie. Même si dans une société fortement médiatisée, les actions meurtrières, aussi tragiques que spectaculaires, perpétrées par certains malades, peuvent faire croire à tort que l'exception est la règle [39], l'amalgame entre « folie » et violence doit être évité.

Pour certains cas, l'infraction constitue la première manifestation morbide de la schizophrénie [44] et près de la moitié des crimes de sang sont réalisés sur des proches.

Dans la nosographie française, une clinique particulière de la schizophrénie est dénommée « héboïdophrénie ». Très schématiquement, elle désigne une forme singulière de la schizophrénie associée à un fonctionnement psychopathique. Rappelons que celui-ci, qu'il soit nommé psychopathique au sens de la clinique de Hare, sociopathique ou antisocial, est caractérisé par une incapacité à se conformer aux règles sociales (entraînant des conséquences judiciaires), une tendance à tromper ou mentir par profit ou par plaisir, une impulsivité et imprévisibilité, une irritabilité et agressivité (se traduisant par des violences physiques), un mépris pour sa sécurité ou celle d'autrui, une incapacité à assumer des obligations professionnelles ou financières, une absence de remords (indifférence et rationalisation des conséquences de ses comportements)... On peut aisément comprendre que l'on retrouve en détention de nombreux individus présentant cette structure psychique, qu'ils soient schizophrènes ou non. L'association à une maladie schizophrénique n'en rend que plus difficile la prise en charge [45].

Pour Henri Ey, la personnalité psychopathique n'était d'ailleurs dans certains cas que la préface d'une évolution schizophrénique.

Expertises

L'article 122-1 du nouveau Code pénal de 1994 a remplacé l'article 64 du Code de 1810 en distinguant les troubles psychiques ou neuropsychiques ayant aboli le discernement du sujet (alinéa 1) de ceux l'ayant « seulement » altéré (alinéa 2). Dans le premier cas, l'expert recommande l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Le sujet est alors généralement hospitalisé sous contrainte sur décision judiciaire (article 706-135 du Code de procédure pénale) ou préfectorale (article L.3213-7 du Code de la santé publique). Dans le second cas, le sujet demeure punissable, mais « *la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime* ».

La doctrine expertale ne liste pas les maladies conduisant à des abolitions ou à des altérations du discernement mais repose sur l'analyse psychocriminologique du passage à l'acte, c'est-à-dire la mise en relation éventuelle entre une infraction et l'état mental de son auteur au moment des faits. Les sujets schizophrènes sont, comme on peut aisément le comprendre, les « clients » les plus représentatifs de la population de sujets pouvant bénéficier de l'article 122-1. Mais la maladie schizophrénique n'est pas toujours, loin de là, responsable du passage à l'acte. La seule présence de cette maladie mentale ne suffit évidemment pas à justifier l'inexcusable (voir figure 2).

La présence consécutive des malades schizophrènes en détention est essentiellement due à des actes de délinquances dont ils sont responsables ; mais aussi liée à des malades n'ayant pas bénéficié d'une abolition du discernement soit par volonté de l'expert de responsabiliser le sujet (position théorique, examen insuffisant car trop bref... [46]) soit surtout par absence d'expertise psychiatrique au dossier pénal. Il faut rappeler que seuls les actes criminels (relevant de la Cour d'assises) requièrent une expertise de droit ; la grande majorité des infractions que constituent les actes délictuels (relevant du Tribunal correctionnel) ne passe pas par la case expertise car elle est bien peu souvent demandée. Il faut noter enfin que les sujets schizophrènes, qui sont bien plus souvent les victimes d'actes malveillants plutôt qu'en être les auteurs, sont à l'origine d'infractions pour la plupart de nature délictuelle plutôt que criminelle.

Concernant l'application du deuxième alinéa de l'article 122-1 du Code pénal, jusqu'à encore récemment, il était fréquemment observé une tendance à la majoration de la peine prononcée contre les individus pour lesquels l'expert décelait une altération du discernement au moment des faits. Leur statut de malade mental et leur potentielle dangerosité effrayaient les Cours d'assises qui s'empressaient de prononcer une sanction privative de liberté aussi longue que possible pour extraire l'individu de la société [46].

Depuis la loi 2014-896 du 15 août 2014, le maximum encouru pour ces sujets est véritablement diminué. Atténuation de la responsabilité vaut enfin pour atténuation de la sanction.

CONCLUSION

La prison est un lieu de vie difficile où les personnes souffrant de troubles schizophréniques sont très largement surreprésentées. Les expressions cliniques particulières, la difficulté de mettre en place les soins, les nouveaux dispositifs de prise en charge ne doivent pas faire oublier la souffrance de ces personnes, présentant une pathologie mentale lourde et souvent fortement invalidante à vivre en milieu carcéral [47]. De ce fait, la récente évolution du droit concernant l'intégration des troubles mentaux graves aux pathologies invalidantes pouvant être incompatible avec la détention est à saluer.

Il faut également souligner le rôle important du soignant en détention dans l'organisation du relais de la prise en charge à l'extérieur, en fin de peine. Déjà en 2008, l'académie nationale de médecine préconisait le besoin d'une meilleure continuité du suivi psychiatrique à l'intérieur et à l'extérieur des prisons [7].

Trois temps de l'intervention psychiatrique (d'expertise ou de soins) auprès du sujet schizophrène détenu devraient être améliorés sinon renforcés.

Le temps du soin spécifique en détention serait facilité si les structures intracarcérales de type SMPR étaient consolidées. Cette amélioration pourrait passer par une augmentation du nombre de cellules dédiées offertes aux détenus souffrant de fragilité psychique dont l'état mental rend la compatibilité à plus ou moins long terme avec la détention classique difficilement envisageable et en tout cas peu humaine. Elle pourrait également être renforcée en réaffirmant la mission régionale des structures SMPR et en rendant ainsi le dispositif plus disponible aux établissements pénitentiaires dépourvus de cellules dédiées d'hôpital de jour.

Le temps de la prise en charge ambulatoire intracarcérale serait grandement amélioré si le recours au programme de soins dans le cadre de la loi de 2011 (soins ambulatoires sous contrainte à la suite d'une hospitalisation en SDRE) était possible à la suite d'une hospitalisation en UHSA, notamment pour certains patients peu observant.

Le temps de l'expertise serait plus opérant si une formation aboutie pour les praticiens, par exemple dans le cadre d'un DESC de psychiatrie légale pour les plus jeunes, était mise en œuvre et requise. La clinique criminologique est une clinique particulière et aux enjeux spécifiques nécessitant de ce

fait une formation adaptée. Il serait également souhaitable que les instances judiciaires se conforment aux dernières conférences de consensus, notamment celles sur les expertises de garde à vue inadaptées au prononcé d'une conclusion médico-légale qui ait un sens concernant la responsabilité pénale ou encore l'évaluation de la dangerosité. Le recours amélioré aux expertises psychiatriques dans les procédures correctionnelles éviteraient également l'incarcération de certains sujets malades et favoriseraient leur accès aux soins.

REFERENCES

- [1] Esquirol É. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Paris: Librairie de l'Académie royale de médecine; 1838.
- [2] Olié J-P, Bodon-Bruzel M, Loo H. La santé mentale en prison. Académie Nationale de Médecine. 21 oct 2008.
- [3] Macheret-Christe F, Gravier B. Schizophrénie, psychose et prison. La lettre de la schizophrénie. juin 2001;23:2-8.
- [4] Hyst J-J, Cabanel G-P. Prisons : une humiliation pour la République. Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France. Tomes I et II. Paris: Sénat; 2000. 775 p.
- [5] Mermaz L, Floch J. La France face à ses prisons. Paris: Assemblée Nationale; juin 2000. 328p. Rapport N° 2521.
- [6] Fatome T, Vernerey M, Lalande F et al. L'organisation des soins aux détenus. France: Inspection Générale des Affaires Sociales, Inspection Générale des Services Judiciaires; juin 2001. 182 p.
- [7] Gentilini M. La santé en prison. Bull Acad Natle Méd. 2008;192(7):1413-22.
- [8] Guignard L. Juger la folie: la folie criminelle devant les assises au XIXe siècle. Paris: PUF; 2010. 295 p.
- [9] Gonin D. Une expérience de douze années à l'annexe psychiatrique de la Maison d'arrêt de Lyon. L'information psychiatrique. 1966;9:885-90.
- [10] Martorell A. Malades psychotiques en milieu carcéral : esquisse historique et éléments d'actualité. L'information psychiatrique. 1991;67(4):293-307.
- [11] Rouillon F, Duburcq A, Fagnani F, Falissard B. Étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison. In: Expertise psychiatrique pénale. Montrouge: John Libbey Eurotext; 2007.
- [12] Drees. La santé à l'entrée en prison. Drees, études et résultats. janv 1999;4:10.
- [13] Drees. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus. Drees, études et résultats. juill 2002;181:12.
- [14] Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. Br J Psychiatry. 2012;200:364-73.
- [15] Senior J, Birmingham L, Harty MA et al. Identification and management of prisoners with severe psychiatric illness by specialist mental health services. Psychol Med. juill 2013;43(7):1511-20.
- [16] Lamb HR, Weinberger LE. Persons with severe mental illness in jails and prisons: a review. New Dir Ment Health Serv. 2001;(90):29-49.
- [17] Dumais A, Potvin S, Joyal C et al. Schizophrenia and serious violence: a clinical-profile analysis incorporating impulsivity and substance-use disorders. Schizophr Res. août 2011;130(1-3):234-7.
- [18] Senon J-L, Richard D. Punir ou soigner: histoire des rapports entre psychiatrie et prison jusqu'à la loi de 1994. Revue Pénitentiaire et de Droit Pénal. janv 1999;1:97-110.
- [19] Ayme J. L'article 122-1 du Code pénal, ou comment ne fut pas résolu le paradoxe du fou criminel. In: Criminologie et psychiatrie. Paris: Ellipses/Edition Marketing; 1997. p. 559-67.

- [20]Roques A, Bourrier C. Le rôle de l'expert psychiatre dans la décision du juge pénal. *Revue Pénitentiaire et de Droit Pénal*. sept 2004;3(16):609-16.
- [21]Zagury D. Mais où est passée la psychose ? Évolution de la jurisprudence expertale. In: *Soigner et/ou punir: questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison*. Paris: L'Harmattan; 1995. p. 225-42.
- [22]Dubec M. L'expertise psychiatrique en péril. *Libération*. 18 oct 1999.
- [23]Fazel S, Hayes A, Bartellas K et al. The mental health of prisoners: a review of prevalence, adverse outcomes and interventions. *Lancet Psychiatry*. sept 2016;3(9):871-81.
- [24]CEDH. Affaire Rivière c. France. 2006. Cour Européenne des Droits de l'Homme.
- [25]Céré J-P. Détention, maladie et traitement inhumain ou dégradant. Note sous l'arrêt Rivière c. France du 11 juillet 2006. *Revue trimestrielle des droits de l'homme*. janv 2007;69:261-8.
- [26]Senon J-L, Mery B, Lafay N. Incidents collectifs et individuels en détention: étude des relations avec les psychopathologies pénitentiaires. *Annales médico-psychologiques*. août 1999;157(7907):441-55.
- [27]Archer E. Pour en finir avec les psychoses carcérales. *Forensic : Revue de psychiatrie et de psychologie légales*. 2000;1:27-31.
- [28]Morgan DW, Edwards AC et al. The adaptation to prison by individuals with schizophrenia. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1993;21(4):427-33.
- [29]CEDH. Affaire G c. France. 2012. Cour Européenne des Droits de l'Homme.
- [30]Hazan A. Rapport de la deuxième visite du centre pénitentiaire de Château-Thierry (Aisne). Paris: Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté; 2017.
- [31]Reingle Gonzalez J, Connell N. Mental Health of Prisoners: Identifying Barriers to Mental Health Treatment and Medication Continuity. *Am J Public Health*. déc 2014;114(12):2328-33.
- [32]Rognli EB, Berge J, Hakansson A et al. Long-term risk factors for substance-induced and primary psychosis after release from prison. A longitudinal study of substance users. *Schizophr Res*. oct 2015;168(1-2):185-90.
- [33]Mohr P, Knytl P, Voráčková V et al. Long-acting injectable antipsychotics for prevention and management of violent behaviour in psychotic patients. *Int J Clin Pract*. sept 2017;71(9).
- [34]Patchan K, Vyas G, Hackman AL et al. Clozapine in Reducing Aggression and Violence in Forensic Populations. *Psychiatric Quarterly*. 22 juin 2017.
- [35]Igoumenou A, Kallis C, Coid J. Treatment of psychosis in prisons and violent recidivism. *BJPsych Open*. 9 nov 2015;2:149-57.
- [36]Hodgins S. The major mental disorders and crime: stop debating and start treating and preventing. *Int J Law Psychiatry*. oct 2001;24(4-5):427-46.
- [37]Sariaslan A, Lichtenstein P, Larsson H, Fazel S. Triggers for Violent Criminality in Patients With Psychotic Disorders. *JAMA Psychiatry*. 1 août 2016;73(8):796-803.
- [38]Wallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry*. avr 2004;161(4):716-27.
- [39]Dubreucq J, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales médico-psychologique*. 2005;163(10):852-65.
- [40]Witt K, Lichtenstein P, Fazel S. Improving risk assessment in schizophrenia: epidemiological investigation of criminal history factors. *Br J Psychiatry*. mai 2015;206(5):424-30.
- [41]Bo S, Abu-Akel A, Kongerslev M et al. Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clin Psychol Rev*. juill 2011;31(5):711-26.
- [42]Richard-Devantoy S, Bouyer-Richard AI, Jollant F et al. Homicide, schizophrenia and substance abuse: a complex interaction. *Rev Epidemiol Santé Publique*. août 2013;61(4):339-50.
- [43]Hodgins S, Piatosa MJ, Schiffer B. Violence among people with schizophrenia: phenotypes and neurobiology. *Curr Top Behav Neurosci*. 2014;17:329-68.
- [44]Keers R, Ullrich S, Destavola BL et al. Association of violence with emergence of persecutory delusions in untreated schizophrenia. *Am J Psychiatry*. mars 2014;171(3):332-9.

- [45] Volavka J. Comorbid personality disorders and violent behavior in psychotic patients. *Psychiatr Q.* mars 2014;85(1):65-78.
- [46] Barbier G, Demontès C, Lecerf J-R. Prison et troubles mentaux: Comment remédier aux dérives du système français ?. Paris: Sénat; 2010 mai: 120 p. (Les rapports du Sénat).
- [47] Arboleda-Flórez J. Mental patients in prisons. *World Psychiatry.* oct 2009;8(3):187-9.

Tableau I. Épidémiologie de la santé mentale des personnes détenues en prison.

	Entrants sous neuroleptiques	Psychoses	Schizophrénies	Schizophrénies dysthymiques	Psychose Hallucinatoire chronique	Psychose non précisée
DREES, 1999	3,50 %		4 %			
DREES, 2002		8 %				
FAZEL, 2012		3,9 %				
ROUILLON, 2007		21,4 %	7,3 %	2,6 %	7,3 %	4,1 %

Tableau II. Prévalence et intervalle de confiance des troubles psychiatriques, d'après [11]

Enquête transversale N = 799	
Troubles dépressifs	
Syndrome dépressif	39.2% [29.8% - 48.5%]
Troubles anxieux	
Agoraphobie	16.6% [11.3% - 22.0%]
Phobie sociale	15.4% [9.5% - 21.2%]
Névrose traumatique	21.5% [11.3% - 31.8%]
Anxiété généralisée	31.2% [23.6% - 38.7%]
Dépendance aux substances	
Abus / dépendance à l'alcool	18.4% [12.0% - 24.8%]
Abus / dépendance aux substances	26.5% [19.0% - 34.1%]
Troubles psychotiques	
Troubles psychotiques (total)	23.9% [13.2% - 34.6%]
Schizophrénie	8.0% [4.1% - 11.9%]

Figure 1. La coordination idéale des acteurs du soin psychiatrique

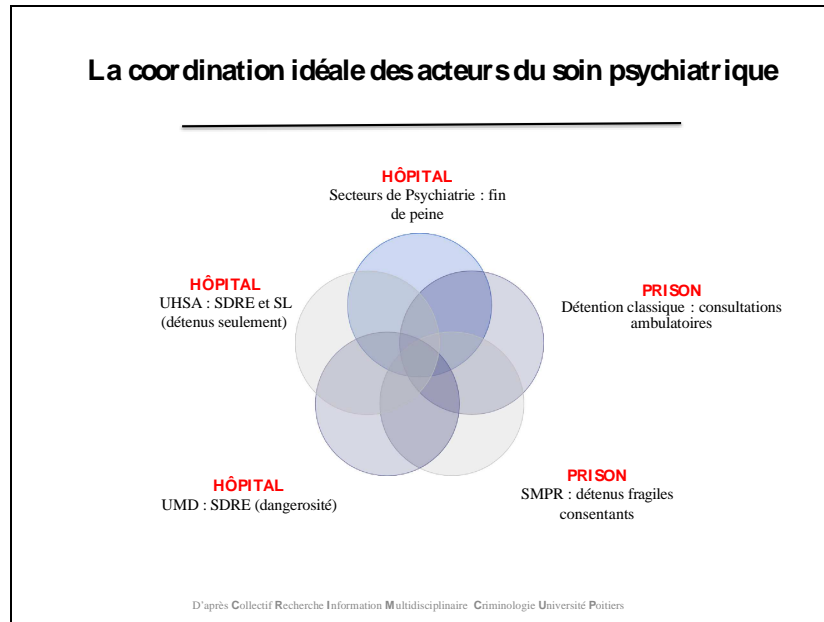


Figure 2. Le devenir du sujet schizophrène ayant commis une infraction

