

L'enfermement à la folie

Plus de 40 % des personnes détenues en Italie présentent au moins un trouble psychique. Elles sont environ 30 % en Espagne, 35 % en Angleterre et 60 % au Pays-Bas. La prison rend-elle fou ? Pour certains, assurément. Pour d'autres, elle n'est que le révélateur de pathologies préexistantes. La prison signe fréquemment la rupture des liens sociaux et familiaux. L'isolement, la promiscuité et le bruit plongent les personnes détenues dans une atmosphère violente. Les consommations de substances sont courantes. Des conditions propices pour que se déclenchent, se développent ou se renforcent des pathologies psychiatriques existantes.

Prison Insider et l'Unafam proposent une analyse de la prise en charge des auteurs d'infractions qui souffrent de troubles psychiques dans plusieurs pays européens.

Europe, deuxième moitié du XX^{ème} siècle. La découverte des neuroleptiques permet aux personnes malades psychiques de vivre dans la cité. La désinstitutionnalisation a conduit progressivement, parfois très rapidement à la suppression des asiles. Les hôpitaux psychiatriques diminuent le nombre de lits au profit de soins prodigués dehors en ambulatoire. Les familles doivent, sans préparation ni formation, accepter de jouer le rôle d'accueils et d'aidants. Les malades les plus précaires se retrouvent sans lieu de soin ni de logement. Perçus comme dangereux, parfois venant troubler l'ordre public, leur place demeure incertaine.

La notion de dangerosité – vertement critiquée et parfois directement amalgamée aux troubles psychiques –, l'impératif de protection de la société et la recherche du "risque zéro" finissent par installer durablement la prison comme un moyen commode pour ceux "*dont il semble devenu indispensable de se protéger*".

La prison se voit accueillir des personnes en souffrance, elle qui n'est pas un lieu de soin. Les personnels font face à des situations qu'ils ne sont pas en mesure de gérer. Partout en Europe, les parcs pénitentiaires se dotent d'unités de soins psychiatriques ou d'établissements dédiés : "*on fait entrer l'hôpital en prison*". Des structures hybrides émergent, entre gestion pénitentiaire et soins psychiatriques. La Belgique ouvre des annexes psychiatriques en prison. L'Espagne se dote d'hôpitaux psychiatriques pénitentiaires. La France dispose de 26 Services médico-psychologiques régionaux (SMPR). Elle développe un plan de construction d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), surnommées hôpitaux-prisons.

Les murs sont poussés, place aux malades. Faute de moyens, la qualité des soins psychiatriques, lorsqu'ils sont proposés, ne suit pas. Le recours à l'isolement et à la contention est fréquent. Les traitements médicamenteux sont administrés à de fortes doses. L'évaluation de la dangerosité de la personne est au cœur de toutes les modalités d'enfermement. Les durées des peines et des mesures de soins s'allongent : les libérations sont conditionnées au risque zéro, au terme d'évaluations très exigeantes. Le mirage d'une société sans risque marque l'apogée de la vision sécuritaire de la maladie psychique. Souvent au détriment des soins.

Enfermer pour exclure, enfermer pour neutraliser, enfermer pour soigner : quel sort réserve-t-on aux personnes atteintes de troubles psychiques auteurs d'infraction ? Tour d'horizon en Allemagne, Angleterre et pays de Galles, Belgique, Espagne, France, Italie, Pays-Bas et Suisse.

Entre théorie et pratique, un fossé

L'ensemble des huit pays analysés dispose d'un système de prise en charge des auteurs d'infraction souffrant de troubles psychiques. Sur le papier, chacun de ces systèmes semble satisfaire aux normes européennes. En réalité, les moyens, financiers et humains sont très insuffisants. Il en résulte une prise en charge inadaptée, parfois attentatoire à la dignité des personnes malades psychiques.

Une vision sécuritaire de la maladie psychique s'installe en petites touches par une série de réformes. La pénalisation des personnes qui souffrent de troubles psychiques est de plus en plus systématique. Le nombre de déclarations d'irresponsabilité pénale est globalement en baisse. L'opinion publique serait méfiante voire hostile à l'égard des malades psychiques. La personne souffrant de troubles psychiques qui commet une infraction n'est plus vue comme un malade nécessitant des soins mais comme un danger "qui menace ou compromet la sûreté, l'existence de quelqu'un ou quelque chose". La laisser en liberté comporte des risques. Dans le même temps, les soins psychiatriques se développent au sein des établissements pénitentiaires. Les prisons sont perçues comme un moyen économique et sécurisé de "gérer" cette population de malades ramenés au rang de numéro d'écrou.

L'**État belge** est l'un des précurseurs de cette vision sécuritaire. Il instaure un système dit de défense sociale dès 1930. Les personnes reconnues pénalement irresponsables sous obligation de soins sont d'abord placées en annexe psychiatrique au sein des établissements pénitentiaires, avant d'être transférées en établissement de défense sociale. L'objectif n'est pas de soigner, mais de protéger la société de ces personnes jugées trop dangereuses. Les annexes psychiatriques, créées depuis dans le même esprit, ne prodiguent que très peu de soins. Le Comité européen pour la prévention de la torture (CPT) souligne les déficiences de prise en charge des personnes sous mesure d'internement et l'absence d'activités thérapeutiques adaptées. La Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) dénonce les conséquences de ce système sur les conditions de détention et d'internement.

La peine ou les soins, parfois les deux

Le sort d'une personne souffrant de troubles psychiques qui commet une infraction varie d'un pays à un autre. Elle peut être déclarée pénalement irresponsable si elle commet cet

acte sans avoir conscience de son illicéité : elle ne serait alors pas en mesure de comprendre son jugement. Dans ce cas, elle fait l'objet non pas d'une peine d'enfermement mais d'une obligation de soins. Pourtant, les juges d'une majorité d'États peuvent décider d'imposer conjointement une peine de prison et une obligation de soins.

Le système de la "double voie" s'applique en **Allemagne**. L'auteur de l'infraction peut, à l'issue de sa peine, se voir imposer une obligation de soins appelée "internement de sûreté". En **Espagne**, lorsque la personne est conjointement condamnée à une peine de prison et placée sous obligation de soins, elle réalise d'abord la mesure avant de rejoindre un établissement pénitentiaire. Aux **Pays-Bas**, elle réalise les deux tiers de sa peine en prison avant de rejoindre un centre de soins psychiques.

Les obligations de soins se déroulent parfois au sein même de la prison. En **Suisse**, les personnes soumises à une mesure thérapeutique institutionnelle peuvent être placées en établissement pénitentiaire si celui-ci propose un accès aux soins jugé adapté. Aucune unité spécifique ne leur est pourtant dédiée. Les personnes malades restent en détention ordinaire. Aux **Pays-Bas**, les établissements pénitentiaires psychiatriques (*Penitentiary Psychiatric Center, PPC*) sont situés au sein des prisons. Ils accueillent les personnes sous mesure de soins et les détenus qui nécessitent des soins.

À l'inverse, les personnes reconnues pénalement responsables peuvent être transférées en centre de soins psychiques. Ces derniers ne sont pas nécessairement dédiés aux personnes sous mesure de soins. Le juge décide d'un tel placement lorsque l'établissement pénitentiaire déclare ne pas être en mesure d'assurer la prise en charge de la personne. En **France**, les unités pour malades difficiles (UMD) et les unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) des hôpitaux psychiatriques généraux accueillent tant les personnes détenues et les personnes pénalement irresponsables lorsqu'elles nécessitent des soins particulièrement importants, que les personnes ne relevant pas d'un parcours pénal.

Les personnes condamnées et celles sous mesure de soins peuvent, dans certains pays, se retrouver à partager les mêmes murs, que ce soit en prison ou à l'hôpital. Des personnes dont le statut juridique diffère peuvent être placées dans les mêmes unités, les mêmes cellules ou les mêmes chambres.

Un prisonnier belge témoigne au sujet de ses deux codétenus atteints de troubles psychiques : *"Je deviens fou moi, Madame, avec les deux autres en cellule... Ils ont des maladies bizarres, l'un geint sans arrêt et l'autre crie !"*.

Établissements dédiés à double visage

Les États se sont presque tous dotés d'établissements de soins, d'ailes ou de services psychiatriques pénitentiaires dédiés à l'accueil des personnes déclarées pénalement irresponsables. Elles y sont placées généralement par le juge pour remplir l'obligation de soins qui leur est imposée. Ces établissements associent professionnels de santé et personnels pénitentiaires et dépendent, pour la plupart, de l'administration pénitentiaire.

Les centres de psychiatrie légale **belges** ont un fonctionnement mixte. L'administration pénitentiaire prend en charge la sécurité et les infrastructures, le ministère de la Santé gère les soins. Les patients sont majoritairement encadrés par des agents pénitentiaires. Le CPT rapporte que leur prise en charge est marquée par une logique sécuritaire. L'**Espagne** et les **Pays-Bas** disposent de centres de soins psychiatriques au sein d'établissements pénitentiaires. Des agents pénitentiaires assurent la surveillance des lieux. Ils ne disposent pas de formation spécifique à la prise en charge des troubles psychiques.

Le régime pénitentiaire s'applique à ces établissements et déteint sur la gestion des soins. Les patients des sections de défense sociale (SDS), en **Belgique**, peuvent par exemple, être placés à l'isolement pour des raisons disciplinaires. L'isolement se déroule dans la chambre du patient. Le CPT n'y reconnaît aucune justification thérapeutique. L'hôpital psychiatrique pénitentiaire de Séville, en **Espagne**, est une ancienne infirmerie de prison de haute sécurité. Le régime disciplinaire ne s'y applique pas, mais nombre de ses règles sont héritées du régime carcéral : les mesures de contention mécanique et le placement à l'isolement sont courants.

L'Angleterre et le pays de Galles ont fait le choix de ne pas créer d'établissement psychiatrique pénitentiaire dédié aux personnes détenues ou sous obligation de soins. Celles-ci sont accueillies en hôpital psychiatrique. Le juge décide d'un tel placement lorsque l'établissement pénitentiaire qui doit les accueillir ne peut pas assurer leur prise en charge. Certains auteurs d'infraction sont placés en hôpital psychiatrique dit de "haute sécurité". Les conditions de vie y sont proches de celles de la prison. L'accès aux activités est limité et l'isolement largement pratiqué.

La prise en charge médicale des personnes souffrant de troubles psychiques à l'intérieur d'établissements pénitentiaires brouille les limites entre soins et peine.

Face aux troubles, les surveillants n'ont pas les clés

Les personnes qui souffrent de troubles psychiques sont nombreuses en prison. Certaines pathologies sont connues de l'administration dès l'entrée en détention, mais la majorité ne sont détectées qu'au cours de celle-ci. Ce sont souvent les surveillants - informés par les co-détenus - qui font les premiers signalements. Les agents pénitentiaires jouent un rôle particulier dans l'identification et l'accompagnement de ces personnes. Une formation sur la prise en charge des troubles psychiques ne leur est pourtant que rarement dispensée. Elle est réduite au strict minimum lorsqu'elle existe : un paradoxe alors que la prison se mue peu à peu en annexe de l'hôpital. Le manque de formation adéquate du personnel entraîne une prise en charge souvent inadaptée des personnes détenues qui souffrent de troubles psychiques. La Cour européenne des droits de l'homme considère que ce défaut de soins peut constituer une violation de la Convention.

En **Espagne**, le CPT note que les surveillants de l'unité d'accueil des femmes souffrant de troubles psychiques détenues à la prison catalane de Wad-Ras ne reçoivent aucune formation. Des agents pénitentiaires de Puerto III sont condamnés pour des faits de violence envers un détenu atteint de troubles psychiques. Ce dernier reçoit de nombreux coups de pied et de poing, avant de passer huit heures sous contention mécanique sur le ventre.

En **Italie**, plusieurs syndicats pénitentiaires dénoncent le manque de formation du personnel face au nombre n'important de personnes détenues souffrant de troubles psychiques. Certains surveillants n'osent intervenir, de peur d'aggraver la situation et de se retrouver dans l'incapacité de faire face à la violence qui en résulterait.

En **France**, aucune formation relative aux troubles psychiatriques et à leurs conséquences n'est obligatoire pour le personnel pénitentiaire. C'est à l'initiative de l'Unafam que de telles formations sont proposées depuis 2019. Elles n'existent qu'en petit nombre, l'inscription est volontaire. Seules des formations concernant la prévention du suicide et l'automutilation étaient dispensées jusque-là. Ces lacunes ne sont pas sans conséquence : le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), Mécanisme national de prévention de la torture (MNP) [français rapporte](#), en 2019, le cas de "personnes atteintes de troubles mentaux qui sont restées enfermées dans leurs cellules, abandonnées à elles-mêmes, sans qu'aucun soignant n'intervienne au motif que "le patient n'avait pas fait de demande".

L'**Angleterre** offre, depuis 2016, une formation d'introduction à la santé psychique de quatre heures aux nouveaux agents pénitentiaires. Aucune remise à niveau n'est prévue pour ceux déjà en poste. Les formations complémentaires sont généralement annulées du fait du faible taux de participation des surveillants.

La **Belgique** est condamnée par la CEDH, en 2017, après le décès d'une personne détenue souffrant de troubles psychiques. Cette dernière succombe à la suite de violences de la part d'agents pénitentiaires. Ces derniers n'avaient bénéficié que d'une formation sommaire sur les troubles psychiques. Un module spécifique de six jours est désormais obligatoire pour l'ensemble du personnel pénitentiaire belge.

En **Suisse**, les surveillants pénitentiaires suivent pendant environ cinq jours une formation de base sur la psychiatrie. Des enseignements sur les différents troubles psychiques et la prévention du suicide y sont dispensés. Le personnel qui le souhaite peut également participer à une formation relative à la prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiques d'une durée de 15 jours environ. Cette formation est complétée par un stage de trois semaines dans une clinique psychiatrique.

Détention et manque de soins, la double peine

L'accès aux soins et leur continuité en prison sont des droits reconnus dans tous les pays analysés. Chacun organise un système de soins de santé psychique en prison. Il est, en réalité, généralement déficitaire en raison notamment du manque de places disponibles.

En**France**, 26 services médico-psychiatriques régionaux (SMPR) assurent une hospitalisation de jour des personnes détenues souffrant de troubles psychiques. Ils accueillent entre 1 500 et 2 000 détenus par an, près de 3 % de la population carcérale totale alors que 22% sont en souffrance psychique. L'équipe médicale est chargée de proposer des soins adaptés aux différentes pathologies. Les délais d'attente pour y être admis sont cependant généralement longs en raison des nombreuses demandes. Ils sont aggravés par le manque de personnel de soins : 22 % des postes ne sont pas pourvus en 2016.

En **Allemagne**, six prisons disposent d'une unité psychiatrique de jour, sur l'ensemble des 179 établissements pénitentiaires du pays. En **Angleterre**, une personne détenue attend parfois 27 semaines pour accéder à une psychothérapie individuelle. Des alertes font état de la surcharge des unités de soins anglaises et du manque de moyens. Plus de 120 personnes sont orientées, chaque mois, vers le service de soins de la prison de Hight Down. En **Belgique**, les délais pour accéder à une consultation psychologique peuvent aller jusqu'à neuf mois dans certains établissements pénitentiaires.

Les soins sont généralement limités au strict minimum. Les mécanismes nationaux de prévention de la torture (MNP) de plusieurs pays pointent le manque de soins adaptés. Les traitements médicamenteux sont majoritairement privilégiés. En **Italie**, le personnel pénitentiaire dénonce le recours excessif à la médication comme palliatif à la détresse psychologique. Près de 28 % des détenus faisant l'objet d'un traitement se voient administrer des psychotropes. En **Belgique**, les médecins de plusieurs augmentent le dosage des traitements médicamenteux des patients détenus en temps de grève du personnel pénitentiaire.

Les **Pays-Bas** font exception : leur système de soins en prison est salué par le CPT. Chaque établissement pénitentiaire dispose d'"unités de soins supplémentaires" (*Extra Zorgvoorziening*, EZV). Les personnes détenues souffrant d'un trouble psychique et jugées particulièrement vulnérables peuvent y être placées. Les règles de détention en EZV sont similaires à celles de la détention ordinaire. Un plan de traitement individuel est établi à l'entrée en unité et les patients-détenus ont accès à de nombreuses activités et thérapies. Les locaux sont décorés, des activités spécifiques sont proposées et les détenus passent un temps réduit en cellule. Chacun d'entre eux se voit attribuer un agent pénitentiaire dit "superviseur". Les personnels affectés dans cette partie de la prison sont spécifiquement formés. Ils travaillent en coopération avec des psychologues et des travailleurs sociaux. Le CPT considère ces unités très satisfaisantes. Elles peuvent, selon lui, servir de modèle pour les autres pays.

[Regarder la vidéo](#)

À l'hôpital psychiatrique, les détenus trouvent porte close

Une personne détenue souffrant de troubles psychiques doit, en principe, être transférée en hôpital psychiatrique général dès lors que la prison ne peut répondre à ses besoins. Cet accueil reste majoritairement timide.

En **Allemagne**, la majorité des hôpitaux psychiatriques généraux de Rhénanie-du-Nord-Westphalie et de Rhénanie-Palatinat refusent d'accueillir des patients détenus. Les personnels hospitaliers déclarent craindre pour leur sécurité et s'inquiéter du danger que ces personnes représentent. En **Espagne**, le CPT note la réticence des autorités à effectuer des transferts de la prison vers l'hôpital psychiatrique : seules 2 % des personnes détenues le sont alors que 30 % d'entre elles répondent aux critères de transfert.

Le séjour des personnes détenues en hôpital psychiatrique est relativement court. En **France**, il est de deux ou trois jours. [Un agent pénitentiaire témoigne](#) : "les soignants gardent

les personnes détenues 24 ou 48 heures et les renvoient tout de suite, parfois très sédâtées, avec une ordonnance très longue. Quand les personnes reviennent en prison, elles ressentent souvent les effets secondaires des traitements, que l'on n'a pas pris le temps de leur expliquer à l'hôpital. Alors forcément, elles arrêtent de les prendre."*

La CEDH condamne la France, en 2012, pour la discontinuité des soins provoquée par les allers-retours récurrents entre prison et hôpital psychiatrique des personnes détenues.

Mitard et cellule d'isolement

Que ce soit en hôpital psychiatrique ou en établissement dédié, le recours à l'isolement est extrêmement fréquent pour les personnes qui souffrent de troubles psychiques.

Le podcast Mursmurs questionne le lien entre santé mentale et enfermement. Il cherche à savoir si l'enfermement rend les personnes détenues malades, ou si l'on enferme plus facilement les personnes atteintes de troubles. [Écouter le podcast](#)

Les personnes détenues en état de crise psychique sont placées, dans la majorité des États, en cellule d'isolement en attendant leur transfert en hôpital psychiatrique. Les **délais de transfert sont longs**, par manque de places. En **Angleterre**, les personnes détenues peuvent attendre jusqu'à quatre mois.

En **Belgique**, les personnes placées en annexe psychiatrique peuvent se voir imposer une mesure d'isolement disciplinaire. Le CPT émet de sérieuses réserves quant à l'utilisation de l'isolement à titre de sanction disciplinaire à l'encontre de personnes présentant des troubles psychiatriques". Le MNP français rapporte en 2019, que les personnes détenues sont presque systématiquement placées en isolement "alors que leur état clinique ne le justifie pas " et ce pendant tout leur séjour en hôpital psychiatrique. La mesure dure au minimum deux fois plus longtemps que pour les autres patients.

En **Angleterre**, le personnel de santé a régulièrement recours à l'isolement de longue durée lorsque la personne présente un "danger grave" pour les surveillants et les autres patients. Les relations sociales sont réduites au minimum et les patients ne sortent de leur chambre que quelques heures par jour. Pour certaines, ce n'est que 30 minutes tous les deux jours. Le placement peut pourtant durer plusieurs années.

De nombreuses études soulignent pourtant les effets dévastateurs de l'isolement sur la santé mentale. Le manque de relations sociales, les cellules exiguës ou encore la rareté des sorties fragilisent la santé psychique. L'Organisation des Nations unies (ONU) décrit l'isolement forcé comme un traitement "cruel, inhumain ou dégradant lorsqu'il est utilisé comme une sanction".

Les femmes, les grandes oubliées

De nombreuses femmes autrices d'infractions souffrent de troubles psychiques. Elles rencontrent des difficultés importantes à accéder à des soins dédiés. Cette discrimination est en totale opposition à la Convention internationale des droits des personnes handicapées (CIDPH) pourtant ratifiée par les huit États présents dans cette analyse.

En **Belgique**, l'accès aux annexes psychiatriques leur est refusé. Les femmes attendent en détention ordinaire leur expertise psychiatrique avant d'être déclarées pénalement

responsables ou non. Les femmes reconnues pénalement irresponsables sont les seules à avoir accès aux unités dédiées.

En **France**, seulement deux SMPR sur 26, à Rennes et à Fleury-Mérogis, acceptent de prendre en charge des femmes.

En **Espagne**, elles sont placées, dans la prison catalane de Wad-Ras, en unité polyvalente. Elles n'y suivent aucun traitement. Les agents pénitentiaires affectés ne suivent aucune formation spécifique quant à la prise en charge des troubles psychiques. Le CPT considère l'unité inappropriée pour accueillir ces femmes.

Lexique

Cellule lisse : Cellule vide des établissements pénitentiaires, sans meubles ni lit, ni accès à de l'eau. Elle est habituellement réservée aux personnes détenues qui présentent un risque de suicide ou d'automutilation.

Comorbidité : Présence simultanée de plusieurs diagnostics.

Contention : Action d'entraver la mobilité d'une personne pour des raisons médicales. La contention mécanique repose sur des moyens physiques (sangles...) et la contention chimique sur l'administration de sédatifs.

Crise psychique : Période d'exacerbation des symptômes du trouble psychique (décompression, violence, isolement...).

Désintoxication : Traitement visant à réduire progressivement et à éliminer l'accoutumance d'un malade à l'alcool ou aux stupéfiants.

Équivalence des soins : Principe selon lequel les personnes placées en milieu pénitentiaire doivent pouvoir bénéficier de soins de santé équivalents à ceux mis à disposition de la population générale.

Ergothérapie : Évaluation et traitement des personnes afin de préserver ou développer leur autonomie dans leur environnement quotidien.

Établissement dédié : Dans cette étude, établissement (ou partie d'un établissement) spécifiquement conçu pour accueillir des personnes qui souffrent de troubles psychiques ayant commis une infraction.

Forensique/médico-légal/légal (forensic) : Ensemble des soins et pratiques concernant des personnes confrontées qui ont commis une infraction, qu'elles aient été jugées irresponsables ou responsables. Certains pays reconnaissent la psychiatrie forensique comme une discipline à part entière, avec une formation et des établissements spécifiques (ex : Allemagne).

Irresponsabilité pénale : L'irresponsabilité (ou la responsabilité partielle/atténuée) est reconnue dans la plupart des pays en raison d'un trouble psychique. Chaque pays détermine les conditions pour considérer une personne pénalement responsable ou irresponsable. Une personne est généralement déclarée irresponsable lorsqu'elle n'a pas conscience de l'illicéité de son acte au moment des faits, en raison du trouble psychique dont elle souffre.

Isolement médical : Placement du patient à visée de protection dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients. La mesure d'isolement ne doit être réalisée dans un lieu dédié et adapté.

Mesure (généralement mesure de sûreté) : Désigne une obligation de soins. Elle est également appelée mesure de défense sociale. Elle se distingue de la peine, en ce qu'elle ne nécessite pas toujours d'avoir commis une infraction pour être prononcée. Elle est généralement appliquée à des personnes déclarées pénalement irresponsables.

Obligation de soins : Obligation de se soumettre à des mesures de traitement ou de soins à des fins de désintoxication ou de suivi psychologique ou psychiatrique. Elle est généralement ordonnée par le juge.

Parcours de soin : Suivi médical de la personne, coordonné entre les différents professionnels de la santé dans un but de prise en charge et de prévention.

Pharmacothérapie : Emploi thérapeutique des médicaments. Étude de leur action sur l'organisme malade.

Psychiatrie : Partie de la médecine qui étudie et traite les pathologies et troubles psychiques.

Psychoéducation : Éducation et formation d'une personne souffrant d'un trouble psychique, dans des domaines qui servent des objectifs de traitement et de réadaptation tels que l'acceptation de la maladie, la coopération active au traitement et à la réadaptation, l'acquisition d'habilités compensant les déficiences liées aux troubles psychiatriques. Elle s'applique tant au patient qu'à la famille.

Psychopharmacologie : Étude de l'action des substances médicamenteuses sur les fonctions psychiques.

Psychothérapie : Traitement psychologique fondé sur la parole au cours d'entretiens réguliers. Ils peuvent être réalisés seuls ou en groupe avec le psychothérapeute. Le thérapeute a un rôle de conseil et de soutien auprès de son patient.

Psychose (état psychotique) : Troubles psychiques qui correspondent à des pertes de contact avec la réalité, des bouffées délirantes (délires soudains) ou des idées irrationnelles.

Médicaments psychotropes : Médication utilisée pour traiter les troubles psychiques. Elle agit sur le système nerveux central en modifiant les processus biochimiques et physiologiques du cerveau. Son objectif est de diminuer le trouble du patient afin d'améliorer ses conditions de vie. Les médicaments sont classés en cinq groupes : les anxiolytiques, les hypnotiques, les antidépresseurs, les stabilisants de l'humeur et les neuroleptiques. La prise des médicaments est suivie par des professionnels de santé.

Responsabilité pénale : La responsabilité pénale renvoie à la possibilité de répondre en justice conséquemment à la commission d'une infraction.

Section sans drogue Section spécifique des prisons qui accueille les personnes détenues qui ne souhaitent pas être confrontés à la drogue pendant leur détention. Il s'agit généralement de personnes auparavant dépendantes. Elles y sont placées à leur demande et suivent un projet thérapeutique.

Socio-thérapeutique : Ensemble de techniques thérapeutiques qui visent à favoriser la réinsertion ou à améliorer les relations d'un individu à un groupe.

Soins sans consentement : Soins imposés à une personne dans l'incapacité de donner son consentement. Ils sont ordonnés lorsqu'elle ne peut se prendre en charge et présente un danger pour elle-même ou pour autrui.

Soins somatiques : Ensemble des soins qui permettent la prise en charge des maladies physiques.

Suivi socio-judiciaire : Ensemble des mesures qui visent à prévenir la récidive et à aider la réinsertion sociale. Les mesures de surveillance sont assorties éventuellement d'une injonction de soins, et des mesures d'assistance. Le suivi est généralement une peine complémentaire mais il peut être prononcé au titre de peine principale en matière de délit.

Traitement ambulatoire : Soins prodigués en extérieur d'un établissement de soins. Ils permettent au patient de poursuivre une activité normale sans hospitalisation.

Traitement anti-androgène : Désigne la castration chimique. Technique de diminution de l'appétence sexuelle par l'administration de substances hormonales. Cette méthode est employée aux États-Unis et dans quelques pays d'Europe pour lutter contre la récidive des auteurs d'infractions sexuelles.

Traitement antipsychotique : Médication prescrite pour le traitement symptomatique des psychoses de l'adulte, en particulier schizophréniques.

Traitement de substitution : Le médicament de substitution permet d'éviter les effets physiques du « manque » lors du sevrage, de stopper et/ou de diminuer la consommation d'héroïne et surtout, de mettre en place l'accompagnement, médical, psychologique et social qui fait partie intégrante du traitement de substitution aux opiacés, dans l'objectif de réduire les risques de rechute.

Traitements neuroleptiques : (*Médicament psychotrope*) Médication qui agit sur le système nerveux. Les neuroleptiques (ou antipsychotiques) sont prescrits généralement pour réduire l'agitation et prévenir l'activité mentale délirante avec confusion, délire ou agressivité. Certains sont également prescrits pour la prévention des nausées et vomissements. Les neuroleptiques agissent pour la plupart en bloquant les récepteurs de la dopamine.

Troubles anxieux : Ensemble de troubles psychologiques dont les symptômes révèlent une anxiété excessive, un sentiment de peur, des inquiétudes et des comportements d'évitement.

Troubles bipolaires : Trouble récurrent de l'humeur alternant des phases d'expansion de l'humeur avec une augmentation de l'énergie et des activités (manie ou hypomanie), et des baisses de l'humeur (dépression), avec des intervalles libres plus ou moins longs. Le trouble bipolaire est l'une des pathologies psychiatriques les plus sévères, qui conduit le plus fréquemment aux tentatives de suicide.

Troubles de la personnalité : Attitudes habituelles de la personne témoignant de perturbations importantes, au point d'engendrer de manière durable un comportement inadapté et une façon d'être qui entraîne des dysfonctionnements dans la vie quotidienne.

Trouble ou maladie psychique ou mental : Pathologie qui affecte essentiellement les fonctions psychiques de l'individu, autrement dit comme une altération de sa santé mentale. Elle correspond à un ensemble de symptômes cliniques caractéristiques d'ordre psychologique, comportemental ou relationnel. Le terme de maladie tend à être remplacé par celui de "trouble".

Troubles psychotiques : Affection du fonctionnement du cerveau de façon majeure en modifiant les pensées, les croyances ou les perceptions. Une personne atteinte d'un trouble psychotique peut, par exemple, entendre des voix ou avoir l'impression que d'autres personnes manipulent ses pensées. Elle fait difficilement la différence entre ce qu'elle perçoit et ce qui est réel.

Troubles schizophréniques : Trouble psychique sévère qui se caractérise par des distorsions de la pensée, des perceptions, des émotions, du sentiment de soi et du comportement. Le ressenti comporte souvent des hallucinations, le fait d'entendre des voix ou de voir des choses qui n'existent pas, et des délires, des convictions inébranlables ou fausses.

Remerciements :

Prison Insider adresse ses remerciements à toutes les personnes qui ont partagé leurs connaissances et leurs expériences :

En Allemagne, à Barbara Bauduin (Sciences Po Toulouse), Axel Dessecker (Institut für Kriminalwissenschaften der Universität Göttingen), Bernd Dimek (chercheur), Norbert Konrad (Institut für Forensische Psychiatrie), Camille Lancelevée (chercheuse), Wilhelm Tophinke (psychiatre) et Birgit Völlm (Hôpital psycho-légal de Rostock).

En Angleterre et aux Pays de Galles, à Graham Durcan (Centre for Mental Health) et Birgit Völlm (Hôpital psycho-légal de Rostock).

En Belgique, à Hanne Beeuwsaert et Katelijne Seynnaeve (FOD Justitie), à Virginie de Baeremaeker (psychologue et criminologue), Steven Degrauwe (Hôpital psychiatrique Sint-Kamillus), Gaëlle Meunier (Centre Neuro Psychiatrique Saint-Martin), Kevin Pesout (Centre public de santé mentale OPZC Rekem) et Fanny Vansillette (avocate).

En Espagne, à Vicenç Tort (Parc Sanitari Sant Joan de Déu).

En France, à Cyrille Canetti (psychiatre directeur du SMPR de la prison de la Santé de 2009 à 2021), Guillaume Monod (Chef du service psychiatrique de la prison de Villepinte), Marie-Jeanne Richard (présidente de l'Unafam), Michel Doucin (Unafam), Martine Frager Berlet (Unafam)

En Italie, à Liliana Loretto (Université de Sassari), Michele Miravalle (Université de Turin et Antigone), et Franco Scarpa (USL Toscana Centro).

Aux Pays-Bas, à Peter Braun et Erik Bulten (FPC Pompestichting), à Frans Koenraad (Université d'Utrecht, de Curaçao et d'Aruba), Sanne Struijk (Université de Rotterdam) et Michiel van der Wolf (Université de Leiden).

En Suisse, à Christine Ammon (Établissement pénitentiaire de Hindelbank), Melody Bozinova (Infoprisons), Christine Brown (Association SchiSme), Bidisha Chatterjee (Conférence des médecins pénitentiaires suisses), Andreas Diemand (Prison de Champ-Dollon), Grégoire Dorsaz et Fabian Jeker et (Centre suisse de formation pour le personnel pénitentiaire, à Bruno Gravier (psychiatre), Kathrin Gruber (avocate), Henning Hachtel (Département forensique de la clinique psychiatrique de Bâle), Simone Hänggi (Clinique psychiatrique de Bâle-Campagne), Rigobert Hervais Kamdem (Centre de psychiatrie forensique du Réseau fribourgeois de santé mentale), Christoph Urwyler (Centre suisse de compétences en matière d'exécution des sanctions pénales) et Beatrice Willen (Forum du personnel soignant des établissements de détention en Suisse), et.

Prison Insider remercie également Anaëlle Becker, Patrick Chariot, Sybille de Charry, Coline Constantin Agathe Léger, Manon Lhopital Maude Zannier.

Le projet :

La présente étude est produite par Prison Insider et menée en collaboration avec l'Unafam grâce au soutien financier de la Fondation Amnesty International France. Son contenu ne saurait engager d'autre responsabilité que celle de Prison Insider.

L'Unafam : accueille, écoute, soutient, forme, informe et accompagne, depuis 1963, les familles et l'entourage de personnes vivant avec des troubles psychiques.

L'association compte près de 15 000 familles adhérentes et 2000 bénévoles.

L'Unafam lutte contre la stigmatisation et porte la mission de défenses des intérêts communs des personnes concernées et de leurs proches.

Aussi, afin d'aider les familles qui accompagnent des personnes malades et /ou handicapées psychiques qui se trouvent dans un parcours pénal, l'Unafam a édité un guide « [Comment aider un proche malade psychique confronté à la justice pénale](#) ».

Notre méthodologie :

Prison Insider a effectué, dans le cadre de ce travail en partenariat avec l'UNAFAM, une veille documentaire approfondie sur les huit pays concernés. Les mesures de prise en charge psychiatrique des auteurs d'infractions ont été recensées ainsi que leurs conséquences. Les points de vue de personnes ayant une expertise reconnue dans leurs domaines respectifs (ONG, chercheurs, personnels et responsables des administrations pénitentiaires, établissements de soins et institutions nationales) ont été recueillis grâce à des entretiens menés par visioconférence et des questionnaires. Ces travaux s'appuient également sur des articles et des rapports produits par des experts nationaux et européens, apportant des observations précises et actualisées. Ce document ne prétend pas à l'exhaustivité. Il s'agit d'un aperçu et d'un bref inventaire des conditions d'emprisonnement et d'internement des personnes qui souffrent de troubles psychiques.

