

# « *Le psychiatre face au monde carcéral : quelle collaboration ?* »

J'aimerais commencer par une 1<sup>ère</sup> remarque concernant l'intitulé du congrès :

« *La Justice pénale capitule t'elle devant la psychiatrie ?* »

Cette question est aussi régulièrement posée par les psychiatres mais de manière inversée :  
« *la psychiatrie capitule t'elle devant la Justice ?* »

Posé ainsi, le problème paraît insoluble et les deux partenaires, la Justice et la Psychiatrie, semblent se regarder de manière méfiante, voire avec défiance en campant chacun sur ses positions. La question de la collaboration se pose alors très clairement.

Si l'on reste au niveau de l'interprétation des grands principes théoriques, éthiques ou légaux, le débat sera sans fin. Même s'il est important qu'un tel débat puisse continuer d'avoir lieu, les acteurs du terrain doivent savoir avant tout **garder un raisonnement clinique** et individualisé pour chaque cas.

Ma présentation va donc s'efforcer de montrer la **nécessité pour le psychiatre forensique de rester dans un rôle de clinicien** et de considérer **le soin, la bienveillance et le soulagement de la souffrance du patient** comme la pierre angulaire de son intervention. Cette position va justement permettre au psychiatre forensique de développer une alliance thérapeutique de qualité avec son patient. Il obtiendra alors dans la majorité des situations, l'accord de son patient pour renseigner les instances judiciaires. Le psychiatre forensique sera à même en respectant le droit du patient d'apporter son aide à la Justice dont l'une des missions est de garantir la sécurité publique.

Pour les rares cas où le patient refuse de délier le psychiatre face aux autorités judiciaires, il en assume les conséquences ou en cas d'absence de capacité de discernement, le médecin peut demander la levée du secret médical via le conseil de santé.

Afin d'éviter tout malentendu, je tiens aussi à préciser qu'avoir une attitude essentiellement clinique ne signifie pas que nous devons occulter le délit dans la thérapie. Il faut cependant souligner qu'une infraction pénale ne représente pas le symptôme d'une maladie psychique caractérisée, ni reconnue par les classifications internationales. Le délit ou la propension à commettre de tels actes peuvent par contre être la conséquence d'une maladie psychique.

Ainsi, si l'on considère que le psychiatre apprend à soigner les maladies psychiques au cours de sa formation, mais pas la manière de détourner une personne de commettre un acte délictueux, on évite de lui demander de jouer un rôle qu'il ne peut assumer.

Le psychiatre peut contribuer à diminuer le risque de récurrence, mais uniquement en soignant la maladie qui a entraîné le comportement délictueux. Avec une telle approche clinique, on comprend que la référence ou la confrontation au délit durant la thérapie, ne peut s'inscrire que dans un processus de réflexion plus général du patient sur son mode de fonctionnement psychique.

Un travail de réflexion centré uniquement sur le délit ne relève pas du domaine du soin, mais du domaine criminologique ou socio-éducatif. Il est cependant tout à fait possible de mener en parallèle et de manière complémentaire un travail de réflexion spécifique sur le délit et une approche psychothérapeutique. L'important est de bien séparer les rôles des intervenants et de reconnaître les limites de leurs compétences.

Parenthèse terminée, je reviens sur le sujet principal de la collaboration entre le psychiatre et le monde carcéral.

Dans mon expérience, lorsque les « grands » textes de lois ou d'éthiques sont amenés dans la discussion entre les acteurs du terrain, il y a un problème de communication et de collaboration sous-jacent. La plupart du temps, il s'agit d'une stratégie pour se défendre contre l'autre partenaire. Reste à savoir de quoi, on veut se défendre, car malheureusement, il existe souvent des enjeux narcissiques et de pouvoir.

Je me suis surpris plus d'une fois à être pris dans ces luttes de pouvoir. Comme par exemple, lorsqu'une direction d'établissement pénitentiaire me demandait de justifier une décision de traitement sous contrainte concernant un patient incarcéré souffrant de psychose. Ma 1<sup>ère</sup> réaction fut de m'insurger et de me questionner : « De quel droit une direction d'établissement vient-elle contester une décision médicale mûrement et difficilement réfléchie ? » « La Direction veut-elle prendre l'ascendant sur le médecin ? »

Après une franche prise de tête avec la Direction de la prison, j'ai pris la décision de rester sur un plan strictement clinique et de considérer la demande de la Direction comme le témoin de son souci que le droit du patient soit respecté. La Direction avait peut-être envie d'en découdre avec le médecin, mais elle avait aussi le souhait d'assumer son rôle de protection du détenu-patient. Le clinicien doit pouvoir justifier ses actes au près du patient et respecter les droits de ce dernier.

En restant dans un raisonnement purement clinique et en évitant d'imaginer des intentions malsaines à l'égard du médecin de la part de la Direction, j'ai pu apporter plus sereinement une justification de ma décision de traitement sous contrainte. J'ai obtenu la collaboration de la Direction de la prison pour prodiguer ce traitement sous contrainte avec l'aide des surveillants.

A l'inverse, j'ai été sollicité de nombreuses fois par des Directions d'établissement pénitentiaires pour effectuer une injection sédatrice sur un détenu récalcitrant, agité, mais avant tout fâché par une décision prise par une autorité judiciaire à son égard, par exemple. Là encore, en focalisant la discussion sur l'état clinique du patient et l'absence de pathologie psychiatrique aiguë, j'ai pu expliquer et faire comprendre aux Directions que je ne pouvais pas intervenir dans un tel contexte.

Pour continuer d'illustrer l'importance de la clinique dans ma conception de la collaboration entre le psychiatre et le monde carcéral, je vais rapidement vous présenter deux vignettes cliniques.

### **1<sup>ère</sup> vignette :**

M.X, 27 ans, condamné et incarcéré pour crime manqué d'assassinat et menaces, dans le cadre d'une décompensation maniaque et psychotique. Il a été reconnu irresponsable (non-lieu) et astreint à un art 59 CPS.

L'alliance thérapeutique a été de suite un élément central de la prise en charge. Bien que méfiant et d'humeur élevée, le patient a rapidement accepté une médication neuroleptique et stabilisatrice de l'humeur per os, avec bon effet.

La famille du patient nous a très vite contactés afin d'être rassurée sur l'état de santé du patient. Plusieurs entretiens avec le patient et son père ont eu lieu, avec l'accord des autorités judiciaires et la Direction de la prison. Nous avons pu donner des explications concernant les troubles psychiques du patient au père, notamment concernant les aspects thérapeutiques, ainsi que les répercussions au niveau socio-professionnel d'un tel trouble (nécessité d'une réadaptation). Nous avons également pu observer certains aspects de la dynamique familiale, organisée sur un mode clanique, fortement impliquée et pratiquante dans leur communauté sur un plan religieux. Certains secrets de famille ont pu être mis à jour et explicités au patient par son père, notamment concernant ses origines maternelles.

Dans le cadre de la détention avant jugement, nous avons dû régulièrement signifier notre rôle de thérapeute au patient et à sa famille qui nous attribuait une fonction tantôt d'experts, tantôt de juge.

Après la condamnation, le patient a été transféré dans un établissement d'exécution de peine.

Une nouvelle clarification a été signifiée au patient et à sa famille concernant le rapport entre les thérapeutes, l'office d'exécution de peine (OEP) et la direction de la prison, du fait de la mesure thérapeutique institutionnelle imposée par la loi. L'OEP a ainsi demandé au patient de signer une décharge générale déliant les thérapeutes du secret médical à leur égard. La manière dont les autorités pénitentiaires et le Juge d'application des peines allaient évaluer l'évolution du patient a également fait l'objet d'une explication par la direction de la prison et l'OEP, à ce dernier (rapports de suivi thérapeutique, évaluation par la commission de dangerosité, fréquence des évaluations demandées par les autorités, etc...)

J'ouvre une parenthèse concernant la mise en place du cadre médico-légal :

- Avant de débiter un suivi thérapeutique, le psychiatre doit avoir pris connaissance du jugement et de l'expertise psychiatrique pénale.
- Il est très important que l'explication du cadre médico-légal ne soit pas laissée uniquement à la charge du psychiatre en charge du suivi, mais que les instances judiciaires y participent activement. Je pense même que les instances judiciaires devraient être le principal interlocuteur pour le patient dans la clarification de ce cadre.

- La décharge générale signée par le patient ne nous délie pas définitivement du secret médical et nécessite que, pour chaque rapport établi, le psychiatre vérifie auprès du patient que sa décision est restée inchangée. Néanmoins, cette décharge initiale inscrit le traitement psychiatrique dans un contexte médico-légal global et aide à clarifier le rôle des thérapeutes vis-à-vis du patient.
- Il est tout aussi important et indispensable que le psychiatre soit informé de toutes les décisions prises par les autorités judiciaires, les directions d'établissement pénitentiaires ou les évaluations faites par la commission de dangerosité concernant le patient suivi en thérapie.
- Il est impératif de rappeler au patient et aux autorités judiciaires que le thérapeute ne pourra pas prendre un rôle d'expert au cours de la prise en charge. Il ne pourra notamment pas se prononcer concernant le risque de récidive, ni sur la dangerosité. Par contre, il pourra se prononcer sur la thérapie : son déroulement, son effet sur la pathologie en lien avec le délit.

Parenthèse terminée, je poursuis dans la description de la situation clinique.

Le patient a évolué favorablement dans un secteur ordinaire de la prison et la bonne alliance thérapeutique s'est maintenue.

Le cadre général de prise en charge du patient au sein de la prison a toujours été discuté de manière interdisciplinaire.

Nous avons régulièrement tenu des discussions avec les intervenants de tous les services de la prison, en accord avec le patient, au sujet de l'évolution de ce dernier. Ces discussions avaient pour but d'établir des bilans et d'avoir une vision globale de l'évolution de la situation du patient. Sur un plan médical, nous avons communiqué l'état psychique général du patient, la qualité de la relation thérapeutique et notamment le degré d'adhérence au traitement. M.X ne s'est jamais opposé à ce que ses thérapeutes échangent à son sujet avec les intervenants d'autres services de la prison.

Les autorités pénitentiaires sont particulièrement attentives aux aspects sécuritaires et évaluent constamment la dangerosité du patient (à court, moyen et long terme). Dans un souci de bienveillance vis-à-vis du patient et de partenariat avec les autorités pénitentiaires, nous avons cherché à obtenir l'autorisation du patient de communiquer directement avec le chef d'atelier et les cadres de la surveillance, notamment en cas d'évolution clinique défavorable ou en cas de changement de traitement médicamenteux.

En effet, ces périodes critiques peuvent amener le patient à présenter des troubles du comportement, un rendement moins bon ou des difficultés à assumer certaines tâches de la vie quotidienne (avec de possibles sanctions disciplinaires lorsqu'elles ne sont pas effectuées par un détenu). Il est important également pour des raisons sécuritaires d'informer le service de surveillance en cas de risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif en lien avec une

décompensation psychique, mais aussi en cas d'incapacité à travailler avec certaines machines (incapacité à conduire un tracteur, à utiliser une scie électrique, par exemple).

Après plusieurs années de stabilité, M. X a présenté une décompensation psychotique. Il a très vite demandé de l'aide auprès du service médical, reconnaissant la présence d'idées qu'il qualifiait de « bizarres », un sentiment d'insécurité, accompagnés d'angoisses massives et une désorganisation de la pensée. Il a accepté que les thérapeutes puissent communiquer avec les intervenants de la prison pour expliquer les modifications de son état de santé et la nécessité d'adapter le cadre de prise en charge (arrêt de travail, transfert dans un secteur plus calme et apaisant au sein de l'institution, etc.). Le patient nous a également autorisés à communiquer avec sa famille pour les informer de son évolution et des mesures prises pour l'aider.

Le père a demandé l'aval des thérapeutes pour effectuer un rituel religieux de soutien à son fils afin de l'aider dans sa guérison. Nous avons soutenu cette démarche qui s'est déroulée en parallèle et de manière complémentaire à notre prise charge psychiatrique standard et avec l'accord de la direction de la prison.

M. X s'est rétabli progressivement en ayant accepté dès l'apparition nouvelle des symptômes psychotiques la reprise du traitement neuroleptique.

Cette rechute a modifié les perspectives d'évolution du patient pour l'ensemble des intervenants de la prison qui avaient l'intention de soutenir auprès de la commission de dangerosité et de l'autorité compétente un élargissement du cadre, comprenant la poursuite du traitement, sur un mode ambulatoire ordonné, avec un retour du patient au sein de sa famille.

Les intervenants ont alors proposé le placement du patient en institution thérapeutique non-carcérale avant d'envisager le retour du patient dans sa famille. Sur un plan médical, nous avons soutenu cette proposition qui nous semblait la plus appropriée en terme de projet de soins. Ce changement de projet n'a pas été vécu favorablement par le patient, ni par son père qui a signifié sa conviction que le milieu familial était le meilleur cadre pour son fils et que la famille était à même de donner des garanties sécuritaires aux autorités judiciaires.

Le fait de rester clinicien, de ne pas avoir un rôle décisionnaire dans l'évolution du patient au sein de la mesure pénale et de devoir nous référer à une autorité de justice, nous a permis de garder intact notre alliance thérapeutique avec le patient et sa famille.

Cette position de clinicien ne nous a pas empêchés de collaborer avec les autorités judiciaires ou les partenaires pénitentiaires. Je pense au contraire qu'en adoptant cette vision essentiellement clinique, une bonne alliance thérapeutique a pu se développer et se maintenir tant avec le patient qu'avec sa famille. Le patient nous a toujours fait confiance dans les renseignements que nous donnions aux autorités judiciaires et aux partenaires pénitentiaires.

#### **Deuxième vignette clinique :**

M. Z., 61 ans, condamné à 30 mois de prison pour tentative de meurtre. La peine a été suspendue au profit d'un traitement institutionnel en milieu fermé, selon l'art.59 CP.

M. Z. souffre d'une personnalité à traits paranoïaques et d'un syndrome frontal lié à de multiples traumatismes crâniens dans le cadre d'alcoolisation massive. Il est sous curatelle de portée générale depuis de nombreuses années.

Dès le début de l'incarcération, le patient a réfuté toute difficulté psychique. Il a refusé tous les soins proposés, notamment un suivi ophtalmique lié à un son glaucome. Il se montre irritable, vulgaire, familier et insultant en vers l'ensemble des intervenants et les codétenus. Toutefois, il n'a jamais présenté de comportements hétéro-agressifs en milieu carcéral.

M. Z se dit victime d'un complot orchestré par la justice et la psychiatrie. Il vit sa condamnation et son incarcération comme une injustice. Il refuse de sortir de sa cellule et ne va même pas à la promenade.

Avec le temps, il a noué une relation un peu plus apaisée avec certains surveillants et codétenus. Il a également développé un lien de confiance et une alliance avec son curateur.

Le patient se plaint régulièrement, au près de son curateur et du service de surveillance, de perdre la vision (patient connu pour un glaucome), mais refuse toute consultation ophtalmologique si elle doit se dérouler avec la police et s'il doit être menotté durant le trajet.

Nous avons effectué concilium sur dossier avec nos collègues du service de psychogériatrie et sommes arrivés à la conclusion que la problématique principale de ce patient est en lien avec une atteinte cérébrale frontale.

Cette appréciation diffère de l'avis des experts (au moment du jugement) qui retenaient au 1<sup>er</sup> plan un trouble délirant paranoïaque et un rôle mineur du syndrome frontal dans les troubles du comportement présentés par ce patient. Nous avons alors proposé à l'office d'exécution des peines d'envisager une nouvelle expertise au vu de l'évolution et des constatations clinique actuelles concernant le patient. Nous attendons actuellement la décision des autorités judiciaires à ce sujet.

Parallèlement, la Direction de la prison s'est inquiétée de l'évolution défavorable de ce détenu et a proposé d'organiser un réseau avec le curateur et le service médical.

Suite à ce réseau, il a été décidé en accord avec tous les intervenants, y compris le curateur, d'imposer au patient une visite chez l'ophtalmologue en partant du principe que son atteinte frontale l'empêche de raisonner sainement et de modifier son discours oppositionnel. Sous la supervision de nos collègues de psychogériatrie, une prise en charge s'inspirant de celle pratiquée en milieu hospitalier pour les personnes souffrant d'un syndrome frontal est organisée, permettant de préparer le patient à ce rendez-vous.

La Direction de la prison a négocié avec le groupe d'intervention de la gendarmerie pour adapter le cadre sécuritaire durant le transfert du patient chez l'ophtalmologue et éviter ainsi une montée en symétrie. Le jour venu, l'ensemble des intervenants (gendarmes, surveillants, curateur et infirmiers) se coordonnent et arrivent à convaincre le patient d'aller à ce rendez-vous médical. Le discours du patient reste virulent, caractériel et oppositionnel mais concrètement il suit les gendarmes et se rend à son rendez-vous chez l'ophtalmologue, où il collabore également.

Cette deuxième vignette illustre aussi toute l'importance d'une lecture clinique et la nécessité pour le psychiatre d'expliquer aux partenaires judiciaires la problématique du patient afin d'adapter le cadre sécuritaire et les attitudes vis-à-vis de ce patient.

D'une manière générale, il m'apparaît indispensable que le médecin des prisons (qu'il soit psychiatre ou somaticien), les autorités carcérales et judiciaires se mettent dans un état d'esprit de coopération. Concrètement, il s'agit de trouver des compromis qui permettent à chacun de remplir sa mission.

Il existe une plus-value, tant pour le psychiatre que pour les autorités judiciaires, à maintenir des rôles bien différenciés avec des zones de collaboration. Un seul système mixte qui joue simultanément les 2 rôles ne peut que générer de la confusion, notamment chez le patient. Ce dernier risque de développer une certaine méfiance vis-à-vis de son thérapeute et son investissement dans la thérapie risque fort de s'en ressentir. Deux systèmes distincts qui coopèrent sont donc plus efficaces.

Les autorités judiciaires et carcérales et le Psychiatre forensique doivent garder à l'esprit que l'alliance thérapeutique est la pierre angulaire de tout traitement, même s'il est ordonné. Il faut donc tout mettre en œuvre pour établir et maintenir cette alliance. Plus, le patient peut investir son traitement et plus les chances de succès thérapeutique sont élevées, entraînant par la même une plus grande probabilité de voir diminuer le risque de récidive délictueuse.