



Les soins psychiques en milieu carcéral : de l'importance d'une réflexion éthique

CLAIRE FAVRE

Psychologue clinicienne au sein d'un dispositif de soins psychiatriques d'une unité sanitaire en milieu carcéral, docteur en psychologie clinique, chercheur

Laboratoire psy-DREPI, université de Bourgogne, maison de l'université, esplanade Erasme, BP 27877, 21078 Dijon, France

■ Le présent article expose des réflexions éthiques en lien avec la pratique clinique du soin psychique en milieu carcéral. ■ L'autrice, dans une relecture de certains concepts de philosophie, trouve une manière d'avoir une réflexion sur l'accompagnement de patients incarcérés et tente d'adapter au mieux l'exercice de sa pratique aux prises avec l'intrusion de plus en plus prégnante du judiciaire dans le sanitaire.

© 2025 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

Mots clés – éthique ; hétéronomie ; milieu carcéral ; panoptique ; soin psychique

Psychological care in prisons: the importance of ethical reflection. This article sets out ethical reflections in relation to the clinical practice of psychic care in the prison environment. Through a rereading of certain philosophical concepts, the author finds a way to reflect on the care of incarcerated patients, and attempts to adapt her practice to the ever-increasing intrusion of the judiciary into health care.

© 2025 Elsevier Masson SAS. All rights reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Keywords – ethics; heteronomy; panopticism; prison environment; psychic care

Intervenir en tant que soignant en milieu carcéral nous impose d'autant plus de porter et de penser notre cadre d'intervention. En effet, travailler dans une structure qui relève du ministère de la Santé tout en étant au sein d'une institution dépendant du ministère de la Justice demande une réflexion éthique permanente afin de ne pas perdre de vue le sens de nos pratiques. Après avoir présenté notre cadre d'intervention, nous proposerons des concepts empruntés à la philosophie, qui nous permettront de penser le soin psychique des personnes incarcérées et de remettre des frontières dans les mandats propres à chaque institution.

LES DISPOSITIFS DE SOINS EN MILIEU CARCÉRAL

Réfléchir sur nos pratiques cliniques en milieu carcéral nous conduit au carrefour de

plusieurs disciplines – psychologie, sociologie et philosophie –, ce qui n'est pas sans rappeler les emboîtements de cadres dans lesquels nous intervenons (santé-justice-pénitentiaire). Les soins somatiques et psychiques en milieu carcéral ne sont pas spécifiques, c'est le lieu qui l'est ; mais nous avons un effort à réaliser et une réflexion à mener pour ne pas glisser dans une spécificité propre aux soins en prison.

■ **Jusqu'en 1985 pour les soins psychiatriques et 1994 pour les soins somatiques**, les soins aux détenus relevaient de l'administration pénitentiaire, avec tous les écueils que le manque d'indépendance générait. Robert Badinter [1] a rappelé que cette "médecine pénitentiaire" antérieure aux années 1980 était une médecine de sous-hommes. Ces nouvelles lois ont permis d'homogénéiser les soins dispensés sur le territoire et de répondre au principe

d'égalité en lien avec les valeurs républicaines. Cela a assuré à la population incarcérée une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population. Ainsi sont nés et rattachés au ministère de la Santé les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) en 1986, qui correspondent à des hôpitaux de jour psychiatriques au sein des prisons, et les unités de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa) en 1994 pour les soins somatiques (et psychiatriques quand il n'y a pas de SMPR).

■ **Depuis 2012, ces deux dispositifs (Ucsa et SMPR) ont été renommés** "unité sanitaire en milieu pénitentiaire", avec des précisions de niveaux : le premier se rapporte à une prise en charge ambulatoire (ancienne Ucsa), le deuxième à une prise en charge d'hospitalisation à temps partiel (ancien SMPR) et

Adresse e-mail :
claire.favre@outlook.fr
(C. Favre).

le troisième à une hospitalisation à temps complet (au sein des établissements de santé, des unités hospitalières spécialement aménagées [Uhsa]¹ et unités hospitalières sécurisées interrégionales [Uhsi]², de l'établissement public de santé national de Fresnes [EPSNF]³ ou encore des unités pour malades difficiles [UMD]⁴). Depuis la loi de 1994, la médecine s'exerce non plus sous l'égide du ministère de la Justice mais sous celle du ministère de la Santé. Ce qui vient souligner l'indépendance des soins en milieu pénitentiaire. Le corollaire à cette loi de 1994 réside dans le fait que les soins en milieu carcéral ne correspondent dès lors plus à une demande judiciaire ou pénitentiaire mais à celle du patient. Et pourtant... quelques décennies plus tard, la commande judiciaire semble, après avoir été sortie par la grande porte, revenir insidieusement et progressivement par la petite. Si nous ne sommes plus dans le cadre d'une médecine pénitentiaire, il semblerait que la médecine, et notamment les soins psychiques en milieu carcéral, tout indépendants soient-ils, se voient de plus en plus profanés par le judiciaire.

■ **Certaines théories de Michel Foucault semblent manifestement bien actuelles**, si l'on reprend cette citation extraite d'un entretien avec Pierre Werner où il évoque la place centrale de la pratique médicale dans les mécanismes de répression sociale : « *Comme si punir un crime n'avait plus guère de sens, on assimile le criminel à un malade, et la condamnation veut passer pour une prescription thérapeutique.* » [2]
En remontant un peu plus loin

dans le temps, la citation de Victor Hugo, issue du roman *Le Dernier jour d'un condamné*, fait aussi écho à cette réflexion très actuelle : « *On regardera le crime comme une maladie, et cette maladie aura ses médecins qui remplaceront vos juges, ses hôpitaux qui remplaceront vos bagnes.* » [3]

Ce retour progressif et insidieux du judiciaire dans le sanitaire mérite de s'y arrêter afin de penser la place et le rôle du soignant en milieu carcéral.

ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE DU SOIGNANT EN MILIEU CARCÉRAL

La place et la posture du soignant sont aux prises avec les différentes injonctions des autres institutions (la justice et l'administration pénitentiaire) qu'il côtoie dans son lieu d'exercice qu'est la prison.

**Les soins somatiques
et psychiques en milieu carcéral
ne sont pas spécifiques,
c'est le milieu qui l'est**

■ **Effectivement, la prison est de plus en plus perçue comme un instrument** au service de l'homéostasie sociale et un acteur clé dans la non-récidive. Le professionnel de santé travaillant dans ces lieux écope, bon gré mal gré, d'un rôle d'expert et d'une mission sécuritaire. Les soins psychiques deviennent alors un des garants de la non-récidive et sont invités au cœur du processus de désistance, qui est un processus de sortie de la délinquance initialement porté par l'institution judiciaire. En témoignent des méthodes de traitement

et des spécificités de prise en charge propres à certains types de délits ou crimes. La catégorie pénale se mue alors en une catégorie psychiatrique (les auteurs de violences sexuelles, ceux de violences conjugales, ceux d'infractions à la législation sur les stupéfiants, etc.), et le risque est de voir fleurir des propositions de traitement, de soins, spécifiques à chacune de ces catégories. Mais qu'en est-il de la complexité de l'humain, de la singularité de chaque rencontre ? Le monde du soin devrait-il s'appuyer sur ces classifications pénales pour mettre en place des prises en charge ? Notre mission de santé publique n'est-elle pas de soulager (ou accompagner, faire émerger) la souffrance des personnes, et de le faire en respectant la liberté de consentement au soin ? Par ailleurs, qu'en est-

il de cette liberté quand la non-inscription dans une prise en charge auprès d'un psychologue ou d'un psychiatre a pour conséquence l'absence de remise de peine ou un refus d'aménagement de peine ? L'institution judiciaire regarde le sanitaire comme une aide sécuritaire et le patient cherche à répondre à la commande judiciaire en demandant au sanitaire d'accepter cette place qui lui facilite sa peine... Autant dire que c'est à en perdre son identité de soignant.

■ **Mais quels impacts ont toutes les injonctions du judiciaire sur les personnes incarcérées**, et comment cela s'invite-t-il dans la relation ? Il faut pouvoir tenir compte des interruptions, des adjuvants qui viennent d'emblée modifier la rencontre avec le patient. Ce dernier a bien souvent l'idée que les

NOTES

¹ Les Uhsa proposent une hospitalisation à temps complet de personnes détenues pour des raisons psychiatriques.

² Les Uhsi hospitalisent à temps complet des personnes détenues pour des raisons somatiques.

³ L'EPSNF assure la prise en charge somatique de personnes placées sous-main de justice.

⁴ Les UMD peuvent prendre en charge des détenus qui ne relèvent pas d'une Uhsa pour des raisons de dangerosité psychiatrique.

⁵ Dans l'ensemble de l'œuvre de Donald W. Winnicott, le faux self est défini comme un type de structuration psychique dans lequel la personnalité, au lieu de se manifester spontanément, est avant tout réactionnelle, c'est-à-dire suradaptée aux exigences (et aux défaillances ou empiètements) de l'environnement.

⁶ L'anomie correspond à l'absence de normes ou d'organisation stable ; un désarroi en résulte chez l'individu.

⁷ L'hétéronomie se rapporte au fait d'être influencé par des facteurs extérieurs, d'être soumis à des lois ou des règles dépendant d'une entité extérieure.

⁸ L'autonomie est la faculté de se déterminer par soi-même, de choisir, d'agir librement.

soignants peuvent concrètement agir sur la longueur de sa peine ou que ce qu'il vient déposer et travailler en entretien aura, par exemple, un impact sur son procès, avec des confusions entre expertise et soin. Aux professionnels de régulièrement repréciser le cadre, l'indépendance du sanitaire vis-à-vis du judiciaire et de clarifier le mandat de soins (qui comporte la notion de secret professionnel). Nombre de patients souhaitent travailler sur les faits qui les ont conduits en prison, mais il ne faut pas que cela devienne une requête unilatérale, seulement du côté du soignant. En se référant aux missions des unités sanitaires en milieu pénitentiaire, qui sont d'assurer à la population incarcérée une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population, notre rôle est de répondre à la demande du patient, ou de l'aider à l'éclaircir.

HÉTÉRONOMIE ET RISQUE PANOPTIQUE

Malgré toutes ces précautions, certains fonctionnements psychiques sont très impactés par les demandes de la justice et de la société. Nombreux sont les individus qui reconnaissent les faits car la société, la famille, la justice attendent d'eux cette posture, mais il s'agit parfois d'une reconnaissance de surface, hétéronome.

■ **Le sujet hétéronome est défini par le Larousse comme une personne** « *qui reçoit sa loi du dehors au lieu de la tirer de soi-même* » [4]. L'hétéronomie est à opposer à l'autonomie en ce qu'elle ne permet pas au sujet de fonctionner de manière indépendante, lequel attend

inexorablement que l'environnement extérieur lui dicte ses conduites. Ce concept a été développé par Cornelius Castoriadis [5] à un niveau sociétal et individuel.

Certains patients fonctionnant en faux self (au sens de Donald W. Winnicott⁵) sont plus sensibles à l'hétéronomie sociétale. Le respect des lois est présent principalement pour sa fonction de renforcement narcissique, et non pour une réelle intériorisation et appropriation. Il est donc important de noter que quelques-uns sont très à même, non pas d'intégrer, mais de "coller" à ce que l'on attend d'eux. Mais des "craquées"

Comment se dégager des attentes extérieures pour rencontrer authentiquement la personne ?

viennent parfois montrer que le vernis de la loi est bien mince et superficiel [6]. Comment se dégager des attentes extérieures pour rencontrer authentiquement la personne ? Comment se défaire du vernis sociétal qui fait parfois écran à l'authenticité ? Bien évidemment, dans le développement de l'être humain, le passage anomie⁶-hétéronomie⁷-autonomie⁸ est important, mais la prison vient mettre un coup d'arrêt à ce processus, engluant parfois les patients dans un fonctionnement hétéronome et ne leur donnant pas la possibilité d'accéder à l'autonomie physique et psychique.

■ **Si, dans la prise en charge psychologique et psychiatrique des personnes incarcérées**, il faut pouvoir comprendre les modalités et les spécificités qui les

impactent, loin de nous l'idée de ne pas regarder comment le soignant peut aussi dériver et s'éloigner de sa mission première.

Pour exemple principal, l'individu pris en charge est institutionnalisé au sein d'une institution judiciaire, et cette institutionnalisation facilite l'accès à moult informations. Aux professionnels de ne pas glisser dans cet écueil. Dans le cadre des unités sanitaires de niveau I sont prodigués des soins ambulatoires qui sont censés correspondre à ceux proposés à la population générale. Est-ce le rôle du soignant d'aller vérifier via les surveillants pénitentiaires, comme c'est souvent

le cas, pour quelles raisons le patient n'est pas venu, quitte à confronter l'explication qu'il a donnée avec celle de l'institution ? À l'extérieur, dans le droit commun, les annulations et les excuses sur l'absence à un rendez-vous ne sont soumises ni à une "enquête" ni à une vérification de la véracité de ce qui est avancé. En prison, le doute et la surveillance permanente sont de mise, l'accès aux informations, facilité, s'imposant parfois. Nous nous devons donc sans cesse de repenser notre cadre et de remettre des frontières là où chaque institution, de par la proximité physique, risque de voir une porosité des limites s'installer. Et c'est un effort à faire dans les deux sens, car au-delà de la mise en évidence de l'intrusion du judiciaire dans le sanitaire, il faut avoir cette rigueur éthique et déontologique de ne pas sortir de notre cadre et envahir à notre tour le judiciaire. C'est ce que nous nommons, un peu à notre manière, "le risque panoptique".



La prison est de plus en plus perçue comme un instrument au service de l'homéostasie sociale et un acteur clé dans la non-récidive.

■ Cette réflexion-là n'est pas sans rappeler la théorie de Foucault [7], qui reprend

le concept de panoptique de Jeremy Bentham. Le panoptique est un dispositif spatial qui permet d'embrasser du regard la totalité d'un espace, et donc une surveillance continue des individus. Cette théorie du *panopticon* de Foucault renvoie à l'idée qu'à force de se savoir surveillées en permanence, les personnes ne cesseront de se contrôler. Cette notion fonctionne pour certains patients qui se surprennent à ne pas être dans des passages à l'acte, à réussir à se contrôler tout le temps de l'incarcération, malgré les tensions vécues en détention. Mais le risque, avec cette théorie, c'est, encore une fois, de rester bloqué dans l'hétéronomie. Au regard de l'anomie dans laquelle étaient parfois certains individus avant

l'incarcération, nous pouvons dire que c'est une avancée, mais si et seulement si l'hétéronomie est un processus les amenant à accéder à l'autonomie et non un état figé. Si l'hétéronomie se renforce dans le cadre de la justice rétributive (attribution d'une sanction punitive à des personnes qui ont violé une norme), notre place de soignant est d'aller au-delà et de donner aux patients la possibilité d'accéder à leur monde interne.

EN GUISE DE CONCLUSION

Ces différentes observations nous ont permis de modifier notre approche des patients incarcérés afin d'être plus en accord avec nos questionnements éthiques, qui seront d'ailleurs toujours en réflexion. Les groupes thérapeutiques que nous proposons

sont orientés par des critères cliniques et psychiatriques et non par des catégories pénales, et notre souci principal est de rencontrer la personne de la manière la plus authentique et autonome qui soit. Mais notre réflexion continuera certainement d'évoluer. Car, comme le rappelle Philippe Svandra, « *le soignant est alors dans la situation d'évaluer l'écart entre l'incomplétude de la pratique du soin et la complétude de l'idée du soin. Mais, loin d'en être découragé, il est de son devoir et de sa responsabilité de chercher à donner une réalité même imparfaite à cette grande et belle idée* » [8]. ■

RÉFÉRENCES

- [1] Assemblée nationale. Rapport fait au nom de la Commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises, tome I. Juin 2000. www.assemblee-nationale.fr/rap-enq/r2521-1.asp.
- [2] Foucault M. L'extension sociale de la norme (entretien avec P. Werner). *Politique Hebdo* 1976;(212):14-6.
- [3] Hugo V. Le Dernier jour d'un condamné. Préface. Paris: Le Livre de poche; 1989.
- [4] Dictionnaire de français Larousse en ligne. Définition de "Hétéronome". www.larousse.fr/dictionnaires/francais/h%C3%A9%C3%A9ronome/39795.
- [5] Castoriadis C. L'institution imaginaire de la société. Paris: Seuil; 1999.
- [6] Favre C. Les émotions dans les agirs violents : approche psychanalytique. Paris: Université Paris Descartes, thèse de doctorat de psychologie clinique; 2014.
- [7] Foucault M. Surveiller et punir. Naissance de la prison. Paris: Gallimard; 1975.
- [8] Svandra P. Le soignant et la démarche éthique. Paris: Estem; 2009.

Déclaration de liens d'intérêts

L'autrice déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.