Troubles psychiques et aptitude à supporter une détention

Christoph Burz
Forensischer Dienst, Psychiatrische Dienste Graubünden, Cazis

Quintessence

- «L'incapacité à supporter une détention» n'est pas un diagnostic médical mais une appréciation d'une situation de droit qui tient compte d'une part des facteurs médicaux, d'autre part du droit pénal de l'Etat.
- De nos jours, les conditions de détention permettent de fixer des exigences modestes concernant l'état de santé d'un condamné.
- Les jugements valides ne peuvent ni ne doivent être levés par des certificats médicaux.
- Depuis plusieurs années, le tribunal fédéral prône une pratique restrictive. Le médecin doit se limiter à recueillir les résultats médicaux et à les présenter dans un langage accessible au profane, sans oublier de citer les conséquences pratiques d'un traitement nécessaire.
- Les dangers liés à la résistance effective au stress du condamné et aux moments difficiles qu'on peut concrètement prévoir doivent aussi être soulignés.
- Ces informations doivent indiquer si la situation de santé du condamné peut être améliorée par des mesures thérapeutiques et organisationnelles et, si c'est le cas, comment.
- La seule suicidalité ne représente pas un motif suffisant pour prononcer l'incapacité à supporter une détention.

Summary

Mental disorders and fitness to undergo detention

- *"Fitness to undergo detention" is not a medical diagnosis but balancing of legally protected values between medical factors and the state's penal prerogative.*
- *Today's prison conditions impose moderate strains on the prisoner's health.*
- *Final court judgements cannot and should not be set aside by medical certificate.*
- *The Swiss Supreme Court has for many years favoured a restrictive practice.*
- *The doctor should confine himself to noting the medical findings and recording them in language comprehensible for the layman. Also to be borne in mind are the practical implications of any treatment required.*
- *The risks in regard to a given prisoner's capacity to withstand strain, and the concrete factors of strain to be expected, should be explained.*
- *Information should be provided as to whether, and when, the prisoner's health situation can be improved by organisational and therapeutic measures.*
- *A suicide risk in itself affords no grounds for assuming unfitness to undergo detention.*

Introduction

«Actuellement et jusqu'à nouvel ordre, Monsieur B. est dans l'incapacité de supporter une détention.» – «[…] en outre, un séjour dans la clinique Beverin est considéré comme recommandé pour permettre d'évaluer l'aptitude à supporter une détention […] ce qui peut être compris comme un vrai manque de confiance à l'égard de tous les médecins qui se sont exprimés à ce sujet.» – «Monsieur T. a formulé des intentions suicidaires face au spécialiste […] Monsieur T. ne peut supporter une détention dans un avenir proche.» – «On constate des troubles dépressifs marqués, avec états d'anxiété et pensées suicidaires, justifiant un traitement au Saroten ret. 25 mg. […] L'aptitude à supporter une détention est exclue pour raisons de santé.»

On pourrait compléter à l'infini cette sélection d'extraits de certificats médicaux, rédigés par des psychiatres ou par des médecins généralistes. Les médecins sont toujours prêts à s'exprimer de façon explicite sur l'aptitude de leurs patients à supporter la détention.

Mais la question se pose de savoir ce que couvre exactement le concept d'aptitude à supporter la détention (synonymes imprécis: aptitude à supporter la peine ou aptitude à la détention). Nous ne trouvons ce terme ni dans les manuels diagnostiques (ICM10, DSM-IV-TR), ni dans le Code pénal.

D'après l'art. 37, chiffre 1 du «Code pénal», l'objectif d'une peine d'emprisonnement est le suivant: «La réclusion et l'emprisonnement seront exécutés de manière à exercer sur le détenu une action éducative et à préparer son retour à la vie libre. L'exécution de la peine favorisera en outre la réparation du tort causé au lésé.»

L'art. 46, chiffre 2 du Code pénal stipule: «Dans tous les établissements, il sera pourvu aux besoins de la vie morale, culturelle et corporelle des détenus; les dispositions nécessaires seront prises à ces fins dans tout établissement.»

Cela signifie qu'en cas de maladie, les chances d'une personne incarcérée d'obtenir l'aide nécessaire ne doivent pas être moins bonnes que dans la vie civile.

Vous trouverez les questions à choix multiple concernant cet article à la page 143 ou sur internet sous www.smf-cme.ch.

Particularités psychiques et contexte historique

Auparavant, on partait du principe que les psychoses «réelles», considérées comme une aliénation mentale, devaient entraîner une incapacité à supporter la détention, tandis que les «semi-psychoses», associées à des tendances à la simulation, devaient être essentiellement traitées dans les établissements pénitentiaires. Cette attitude s'explique, car au début du siècle dernier, on ne disposait d'aucun traitement efficace pour les psychoses concernées, à savoir surtout la schizophrénie. Ainsi, ce diagnostic équivalait presque systématiquement à une incapacité à supporter la détention. De nos jours, pour la majorité des malades souffrant de schizophrénie, on peut attendre de bons résultats des traitements appliqués dans les règles de l'art [1].

Grâce aux traitements modernes dont la psychiatrie dispose de nos jours, le nombre des personnes devant être déclarées incapables de supporter la détention se réduit considérablement, notamment si l'on prend en compte les possibilités de soins psychiatriques en milieu carcéral.

Lorsqu'on est en présence d'états névrotiques ou de troubles de la personnalité, on ne peut généralement pas admettre d'incapacité à supporter la détention si les mesures thérapeutiques proposées sont initiées en même temps que l'entrée en milieu carcéral. D'après Rasch [2], il serait paradoxal de libérer un détenu en invoquant un diagnostic de claustrophobie, alors que la détention sert quasi systématiquement de désensibilisation et laisse présager une diminution des symptômes.

Il est incontestable qu'en cas de troubles psychiques en réaction à la détention, notamment pour les réactions dépressives ou les troubles d'adaptation au sens de l'ICM10, une interruption de la détention permet d'éliminer l'événement déclenchant et paraît donc souhaitable du point de vue purement médical. Des soins adaptés en fonction de la gravité du cas doivent alors être mis en œuvre, ce qui ne se limite pas à la seule prescription de comprimés [1, 2].

Certaines structures de personnalité ont tendance à rechercher dans leur entourage un soutien pour atteindre leurs objectifs et à se débarrasser ainsi de leurs propres responsabilités. Dans ce cas, un certificat attestant d'une incapacité à supporter la détention peut mener à renforcer ce type de structure.

Raisons pouvant conduire à un ajournement de détention

Tenant compte de l'état psychique et des conditions de détention, les raisons pouvant justifier une incapacité à supporter la détention sont des états psychotiques aigus, accompagnés d'une agitation intense et de manifestations paranoïaques et/ou hallucinatoires. Ne serait-ce que pour des motifs humanitaires, un ajournement de la détention est recommandé pour ces malades, même si là aussi une appréciation de la situation de droit est nécessaire. Cela vaut aussi pour les états d'aliénation mentale faisant suite à une maladie du cerveau ou à une démence avancée. Le droit pénal étatique ne peut plus s'appliquer à un détenu victime d'un changement de ce type. Cependant, dans l'intérêt général, la protection du public doit être garantie. La décision doit être prise suivant le principe de la proportionnalité et en fonction de la menace présumée que représente le détenu.

Position du tribunal fédéral

Comme l'incapacité à supporter la détention n'est pas régie précisément par la loi, le tribunal fédéral fut amené à traiter régulièrement cette question au fil des années et une pratique vraiment restrictive s'est établie petit à petit. Le tribunal fédéral a persévéré à déclarer que, pour la personne concernée, la détention représentait toujours «un mal plus ou moins bien supporté» et que la «simple éventualité de mettre en danger la vie ou la santé du condamné ne suffisait visiblement pas à repousser la peine à une date indéterminée» (ATF 108 Ia 69).

Il stipule plus loin, dans le même arrêt: «Un report de la peine à une date indéterminée est plutôt envisageable si la mise en danger de la vie ou de la santé du condamné par l'incarcération est non seulement possible mais fortement probable, et même dans ce cas, il convient de procéder à une appréciation des intérêts.»

Pour ce qui est d'une éventuelle suicidalité, le même arrêt stipule qu'un report de la peine ne doit pas être envisagé tant que «le danger de suicide peut être considérablement réduit par des mesures adaptées durant l'incarcération».

Pour finir, un dernier point qui pourrait être considéré comme une directive du tribunal fédéral, à savoir s'informer sur ce qui attend le condamné en centre de détention. La situation est très différente pour celui qui a déjà fait l'expérience d'une détention préventive et de ses restrictions très sévères, celui dont l'exécution de la peine doit se faire en milieu fermé ou celui pour qui la détention peut se dérouler en milieu ouvert. En tant que médecin de famille, nous pouvons contribuer à atténuer l'anxiété des personnes concernées et considérer cette incarcération comme une chance de mettre un terme définitif à une manière d'agir. Plus l'intervalle est important entre la condamnation et la réclusion, plus il est difficile de reconnaître le sens de la peine. Il n'est pas rare de rencontrer des personnes condamnées à une peine courte, de trois mois par exemple, dont le jugement a été prononcé en 1999, et qui ont réussi (avec l'aide de collègues probablement bien intentionnés) à obtenir un sursis avant la purge de leur peine. Entre-temps, elles ont pu reconstruire une existence, avec un nouveau travail, et on com-

prend qu'elles aient bien du mal à accepter le sens de la mise en détention.
Les centres pénitentiaires ouverts modernes offrent de nombreuses possibilités aux détenus. Dans certains, par exemple, des cours de langues sont proposés. Le déroulement régulier d'un programme journalier peut en aider beaucoup. Les individus qui ne font pratiquement plus rien chez eux, qui ne sortent presque plus et touchent une pension d'invalidité peuvent (dans la mesure où ils sont prêts) comprendre qu'ils sont malgré tout utiles à quelque chose, voire même découvrir de nouveaux centres d'intérêt.
Les individus souffrant de troubles psychiques sont régulièrement présentés aux psychiatres par les établissements pénitentiaires. Ces médecins doivent évaluer en permanence leur santé psychique et, le cas échéant, prendre les mesures adaptées. Il peut s'agir d'améliorer le traitement médicamenteux, d'aménager certaines conditions (par ex. laisser la porte non verrouillée la nuit), de prévoir régulièrement des entretiens de soutien ou d'organiser une hospitalisation à court terme.

Attitude du médecin de famille dans son cabinet

Quelles sont les implications pour le médecin qui voit arriver dans son cabinet un patient qui exprime ses angoisses face à une détention imminente, voire qui formule des pensées suicidaires? Souvent, il peut être utile de se renseigner pour savoir pourquoi et pour combien de temps la personne doit être incarcérée. En tant que médecin traitant, il ne faut pas éveiller de faux espoirs. De nombreux patients croient qu'un certificat médical va leur permettre d'éviter la peine. Mais en tant que médecins, nous devons expliquer clairement que nous ne pouvons pas lever les condamnations prononcées, même si nous le voulions. Nous pouvons tout au plus essayer d'avoir une influence favorable sur les conditions de détention de nos patients. Comme dans les autres situations où un individu parle de son désir de mort, il convient de déterminer à quel point ces pensées suicidaires sont concrètes, et quelles sont les angoisses qui leur sont réellement liées. On peut peut-être faciliter les choses pour le patient en lui expliquant à peu près ce qui l'attend. On peut par exemple lui suggérer d'utiliser Internet pour s'informer sur l'établissement pénitentiaire prévu (voir entre autres [3, 4]). En outre, il peut être utile que le patient se mette en contact avec les autorités pénitentiaires et s'informe sur les moyens mis à disposition. Les autorités ont alors la possibilité de rechercher l'institution adaptée et disposent, là encore, d'une certaine marge de manœuvre par rapport à l'entrée en détention.
Refuser de rédiger le certificat demandé peut peser durablement sur la relation médecin-patient. Dans un tel cas, il est recommandé de faire procéder à l'expertise par une personne neutre.

Rapport médical à l'attention des autorités judiciaires

Si, en tant que médecin, on arrive à la conclusion que le patient est dans l'incapacité de supporter une incarcération, il ne suffit pas pour autant d'utiliser ce terme comme mot-clé. Comme indiqué plus haut, cette évaluation résulte toujours d'une appréciation globale de la situation, réalisée par les autorités judiciaires, et non soumise à l'avis médical. Pour permettre et faciliter cette appréciation des droits, il convient de présenter aux autorités, en termes compréhensibles par les profanes, les problèmes de santé qui existent concrètement, les conséquences vraisemblables de la détention sur ces problèmes, et les mesures grâce auxquelles l'application de la peine resterait envisageable.
Cela peut être autoriser une personne perturbée par de fortes angoisses à ne pas fermer à clé les portes de la cellule la nuit ou laisser une personne fortement dépendante avoir de la visite dès le premier week-end, ou encore recommander qu'un psychiatre voie le patient dès son entrée afin de poursuivre l'évaluation et de mettre en place les mesures nécessaires. Tout comme pour l'assurance invalidité, le condamné a un devoir de coopération vis-à-vis des autorités judiciaires. Une évaluation psychiatrique peut donc arriver à la conclusion qu'un traitement préalable adapté pourrait être nécessaire pour que le condamné puisse supporter la détention. Mais il faut aussi mettre en garde contre un usage trop fréquent de cette solution qui peut entraîner des ajournements inutiles et susciter de faux espoirs.
On peut en outre ajouter qu'un certificat médical délivré sans commentaire n'est d'aucun secours, car en tant que médecins, nous ne sommes pas partie prenante dans la procédure. Sans demande du condamné lui-même ou d'une personne explicitement mandatée, les requêtes n'ont aucune signification.
Dans l'ATF 103 Ib 184, il est stipulé que même une expertise attestant d'une incapacité à supporter la détention ne constitue pas une raison impérative de suspension de la peine. Un individu pourrait supporter la détention sous une autre forme, par exemple en appliquant la peine dans un autre établissement fermé, comme un hôpital psychiatrique.

Tableaux de troubles particuliers

Une expertise doit décrire le type, le degré et les conséquences des troubles psychiques, le type de traitement indiqué et ses méthodes. Parmi les interactions existant entre la mise en détention et les troubles psychiques, il convient de veiller aux points suivants, surtout pour les troubles schizophrènes évidents en consultation.

– Suivant la forme concrète de la détention, certaines aggravations sont possibles [1].

– En cas d'incarcération dans un établissement à caractère «High-EE», c'est-à-dire avec de fortes pressions émotionnelles («expressed emotions»), il faut s'attendre à des exacerbations plus importantes que dans un établissement à caractère «Low-EE».
– Dans les formes de détention avec peu de stimulation, marquées par des temps d'enfermement prolongés, on peut prévoir une intensification des formes négatives.
– Suivant les conditions de vie concrètes, des évolutions vers la chronicité sont possibles, dans le cadre de la détention, comme en dehors.

Tout comme pour les autres certificats médicaux, il ne faut pas dépasser son domaine de spécialisation. Des déclarations comme «Les états d'angoisse paranoïaques, la lourde dépression et l'important handicap visuel … rendent mon patient incapable de supporter la détention.» formulées par un collègue ophtalmologue ne sont pas acceptées par les autorités qui arguent qu'il ne dispose pas des compétences professionnelles nécessaires.
Le thème de la suicidalité est délicat. Naturellement, les déclarations qui vont dans ce sens doivent être prises au sérieux. Il convient ici de déterminer si l'anamnèse fait déjà état de tentatives de suicides et, si c'est le cas, de quel type. Des déclarations comme «Je n'y survivrai pas.» doivent être reçues avec un esprit critique. Expliquer au patient ce qui l'attend probablement et supprimer ainsi les angoisses non fondées serait, dans ces cas-là, sûrement beaucoup plus utile qu'un certificat rédigé prématurément à l'attention des autorités judiciaires. Nedopil fait une remarque judicieuse: «La suicidalité et l'automutilation ne sont pas des motifs suffisants pour accepter une incapacité à supporter la détention, car ces particularités comptent parmi les réactions les plus fréquentes à l'incarcération, et auxquelles la psychiatrie carcérale devrait être particulièrement bien préparée.» [3].
D'après l'ATF 108 IA 69, il convient de considérer l'éventuelle suicidalité d'un condamné avec beaucoup de réserves. «Il faut éviter que la notion de mise en danger de soi-même devienne couramment le dernier moyen de défense […] en outre, un report de peine ne doit pas être envisagé tant que le danger de se tuer peut être considérablement réduit grâce à des mesures adaptées en milieu pénitentiaire.» (voir également ci-dessus: «Position du tribunal fédéral»).
Le simple risque de voir une maladie s'aggraver au point de constituer un danger pour la vie ne suffit pas à accepter l'incapacité à supporter la détention. L'exécution de la peine de privation de liberté doit être une cause directe du danger de mort. Il n'y a pas d'incapacité à supporter la détention qui soit liée à une maladie lorsque les dangers découlant de la maladie ne sont pas intensifiés par l'incarcération et existent de la même façon en dehors des conditions de détention (par ex. risque d'attaque d'apoplexie, diabète).
Si l'application de la peine n'a aucun sens car la maladie psychique du condamné l'empêche d'en comprendre les raisons et qu'elle n'est pas accessible à un traitement, une suspension de la peine est envisageable, mais pas un abandon définitif, car une réévaluation est exigée à intervalles réguliers [1]. Dans ce contexte, bien sûr, un simple diagnostic de trouble de la personnalité qui empêcherait éventuellement le patient «de comprendre le sens de la peine» ne suffit pas. Plus une peine est repoussée par différents certificats, plus il est difficile pour la plupart des condamnés de comprendre effectivement le sens de la sanction. Ce phénomène est bien connu en psychologie comportementale.
En cas de crise aiguë (crise suicidaire, exacerbation d'une affection schizophrénique) il convient de diriger la personne touchée vers une institution adaptée. Certains établissements profitent de la proximité d'un hôpital psychiatrique (par ex. établissement pénitentiaire Realta, hôpital Beverin) et seront préalablement choisis à cause de cette caractéristique par les autorités pénitentiaires dans les cas estimés délicats. Dans ce contexte, cela prend tout son sens d'établir un certificat pour un patient à surveiller et de l'adresser aux autorités pénitentiaires, mieux encore, au psychiatre de l'établissement.
Régulièrement confrontés à ces questions, nous souhaitons d'une part des collègues un peu plus critiques par rapport au concept d'incapacité à supporter la détention, d'autre part nous voudrions que les autorités judiciaires soient plus enclines à juger au cas par cas, si un autre type d'exécution de la peine serait envisageable, par exemple sous forme de travail social.

Remerciements

Je voudrais ici remercier Madame lic. iur. Cornelia Koller, directrice des services pénitentiaires/JuV de Zurich pour sa révision du manuscrit et ses conseils et ajouts précieux.

Correspondance:
Dr Christoph Burz
Forensischer Dienst
Psychiatrische Dienste
Graubünden
CH-7480 Cazis
christoph.burz@pdgr.gr.ch

Références

1 Konrad N. Begutachtung der Haft-, Vernehmungs- und Verhandlungsfähigkeit. In: Venzlaff U, Foerster K, Hrsg. Psychiatrische Begutachtung. 4. Auflage. München: Elsevier; 2004. S. 364–7.
2 Rasch W, Konrad N, Hrsg. Forensische Psychiatrie. 3. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer; 2004.
3 Nedopil N, Hrsg. Forensische Psychiatrie. 2. Auflage, Stuttgart: Thieme; 2000.
4 Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft. Urteile des Bundesgerichtes: www.admin.ch.
5 Homepage der offenen Strafanstalt Realta mit Beschreibung des Alltags in der Anstalt und den Behandlungsmöglichkeiten: www.anstaltrealta.ch.
6 Homepage der offenen Strafanstalt Saxerriet: www.saxerriet.ch.