

Logos

**MINISTÈRE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE
ET DES PERSONNES HANDICAPEES**

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

Sous-direction de la santé et de la société

Bureau de la santé mentale

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION

ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Sous direction de l'organisation du système de soins

Bureau de l'offre régionale de soins

et des populations spécifiques

MINISTERE DE LA JUSTICE

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION

PENITENTIAIRE

Sous-direction des personnes placées sous
main de justice

Bureau des politiques sociales

et d'insertion

Avril 2003

RECOMMANDATIONS

**du groupe de travail mené par le Ministère de la santé,
de la famille et des personnes handicapées
et le Ministère de la justice
Mars 2001-Mars 2002 :**

**« SANTE MENTALE DES PERSONNES DETENUES
ET TROUBLES DU COMPORTEMENT :
comment améliorer et articuler les dispositifs
de prise en charge sanitaire et pénitentiaire ? »**

INTRODUCTION

1-Objectifs du groupe de travail p 4

2-Méthodologie p 4

I - CLARIFICATION DU CHAMP ABORDE PAR LE GROUPE : DISTINCTION ENTRE TROUBLE DU COMPORTEMENT ET TROUBLE MENTAL p 7

II - LES CONSTATS : UNE SURMORBIDITE PSYCHIATRIQUE QUI MET EN DIFFICULTE LES PERSONNELS PENITENTIAIRES ET SANITAIRES p 8

II – 1 Une surmorbidity psychiatrique générée par de multiples processus et qui souvent ne trouve pas de réponse thérapeutique et sociale satisfaisante p 8

II-1-1 Caractéristiques socio-démographiques de la population détenue p 8

II-1-2 Un nombre élevé de détenus souffrant de troubles mentaux en prison p 9

II-1-3 Une offre de soins inégalement répartie et ne répondant pas à l'ensemble des besoins p 11

II – 2 Des relations et des articulations complexes, parfois difficiles, entre personnels pénitentiaires et sanitaires p 14

III - RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL p 14

III – 1 - RECOMMANDATIONS GENERALES p 15

III-1-1 Principes devant guider les interventions sanitaires et pénitentiaires auprès des personnes détenues souffrant de troubles mentaux p 16

III-1-2 Clarification des relations entre les services pénitentiaires et les équipes soignantes en milieu carcéral visant à une action concertée p 18

III-1-3 Ethique et déontologie p 18

III-1-4 Pratiques professionnelles

III-1-5 Privilégier une procédure individualisée d'observation et de travail pluridisciplinaire au sein des établissements pénitentiaires plutôt que d'instaurer des quartiers spécialisés p 19

III-1-6 Rejet manifeste du groupe de travail de toute solution tendant à la création d'établissements spécialisés pour les détenus atteints de troubles mentaux sous la tutelle des ministères de la justice et du ministère de la santé p 22

<u>III - 2 RECOMMANDATIONS VISANT A AMELIORER LE DISPOSITIF SANITAIRE DE PRISE EN CHARGE DE LA SANTE MENTALE DES PERSONNES DETENUES EN LIEN AVEC LES PERSONNELS PENITENTIAIRES</u>	p 23
III-2-1 L'organisation des soins : Un dispositif de soins coordonné intégré dans le dispositif général de psychiatrie et de soins aux personnes détenues	p 23
III-2-2 La prévention des troubles mentaux	p 24
• La prévention primaire : éviter que la santé mentale se dégrade et que des troubles psychiques se développent	p 24
• Prévention secondaire : repérer les troubles le plus précocement possible	p 25
• Prévention tertiaire visant à éviter l'aggravation des troubles mentaux	p 27
III-2-3 Les soins ambulatoires de santé mentale	p 28
III-2-4 L'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux	p 29
III-2-5 La préparation de la sortie de prison et la continuité des soins	p 31
III-2-6 Les populations spécifiques : les femmes et les mineurs incarcérés	
• Les mineurs incarcérés	p 33
• Les femmes incarcérées	p 35
 <u>IV -RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX EXPERTISES PSYCHIATRIQUES ET PSYCHOLOGIQUES</u>	 p 36
 <u>CONCLUSION</u>	 p 39
 <u>ANNEXE 1 : Composition du groupe de travail</u>	 p 40
<u>ANNEXE 2 : Calendrier, thèmes abordés, dates et personnes invitées</u>	p 42

Introduction

Objectifs du groupe de travail

Face à la constatation des professionnels sanitaires et pénitentiaires de la croissance des problèmes de santé mentale en prison, le groupe de travail a été constitué afin d'étudier l'évolution du dispositif de soins de santé mentale offert à la population carcérale. En outre, les personnels pénitentiaires sont confrontés à des comportements difficiles susceptibles de « mettre en danger » leur sécurité ainsi que celle des codétenus, auxquels il est nécessaire d'apporter une réponse. Le présent groupe de travail, qui faisait suite à un engagement pris en juin 2000 des ministres chargés de la santé et de la justice, a réuni des professionnels sanitaires et pénitentiaires du 16 mars 2001 au 15 mars 2002.

Il a été chargé d'émettre des recommandations visant à :

- ajuster le dispositif de prise en charge de la santé mentale des détenus aux besoins exprimés en milieu carcéral,
- favoriser l'articulation des méthodes d'intervention et de l'organisation pénitentiaire par rapport à cette prise en charge.

Les directions concernées des deux ministères présentent des attentes spécifiques et complémentaires :

La Direction de l'administration pénitentiaire pose, pour ce qui concerne le ministère de la justice, deux perspectives essentielles du groupe de travail :

■ L'amélioration du dispositif de soins

- La question de l'accès aux soins et de la répartition des moyens de la psychiatrie en milieu pénitentiaire au sein des établissements.
- La question du lieu où doivent être dispensés les soins aux détenus présentant des troubles psychiatriques graves et, dans ce cadre, l'opportunité de la spécialisation de certains établissements pénitentiaires.
- Les solutions à apporter aux difficultés soulevées lors des hospitalisations d'office dans les établissements de santé habilités (notamment les risques d'évasion).

■ Les modalités de la prise en charge pénitentiaire et la concertation avec les équipes de soins

Les personnels pénitentiaires font état d'une forte augmentation du nombre de détenus présentant des troubles du comportement et des pathologies mentales qui mettent en cause la sécurité de ses personnels et des personnes détenues. La DAP considère que la question du développement d'une articulation interdisciplinaire entre les équipes pénitentiaires et sanitaires est l'un des axes importants sur lequel devrait travailler le groupe. Elle estime que les personnels pénitentiaires devraient connaître les situations dans lesquelles ils doivent donner l'alerte et appeler un médecin. Les professionnels de santé devraient jouer un rôle « d'appui » auprès de ces personnels.

- Pour les détenus présentant une inadaptation au milieu carcéral sans qu'ils relèvent pour autant d'une hospitalisation, la question de l'opportunité de les regrouper au sein de quartiers ou établissements spécialisés n'est pas sans conséquence sur l'organisation de l'offre de soins.

La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) souhaite que ce groupe de travail débouche sur l'amélioration de la prise en charge de la santé mentale des détenus, et à ce titre elle présente trois préoccupations essentielles

- L'hospitalisation d'office des détenus pour laquelle se pose le double problème de l'accès des détenus aux établissements de santé habilités à les recevoir et de la qualité des soins qui leur sont dispensés, en raison des problèmes de surveillance qu'ils posent. L'accès des détenus atteints de graves troubles psychiatriques relevant des unités pour malades difficiles est également problématique.
- La répartition des rôles entre, d'une part, les services médico-psychologiques régionaux (SMPR), qui doivent assurer en détention « les soins intensifs » et l'hospitalisation avec consentement des personnes détenues et, d'autre part, les secteurs de psychiatrie générale qui sont en charge des soins courants en détention et des hospitalisations d'office. La notion d'hospitalisation complète en SMPR pose également un problème dans la mesure où il n'y a pas de personnels soignants de nuit, dans la majorité de ces services.
La DHOS souhaite que soit abordée la question de l'hospitalisation des détenus dans son ensemble.
- L'adéquation des moyens par rapport à une demande de soins et à des sollicitations croissantes (auteurs d'infractions sexuelles, suicides, addictions, mineurs...).

La Direction générale de la santé (DGS) considère qu'il s'agit d'examiner dans le groupe de travail l'amélioration possible de la politique de santé mentale à l'égard des détenus.

- Elle estime que devrait être étudiée la question de la qualité de la réponse du dispositif sanitaire et social aux besoins de santé mentale des détenus : la prévention et le repérage des troubles mentaux doivent être améliorés, la répartition des rôles entre les différents intervenants (unité de consultations en soins ambulatoire (UCSA), SMPR, secteur de psychiatrie générale) devrait être clarifiée, notamment en ce qui concerne les hospitalisations des détenus, sous contrainte ou non, ainsi que les conditions de la préparation à la sortie de prison et du suivi médical en dehors du milieu carcéral.
- En outre, la DGS considère que les droits des détenus malades mentaux ne doivent pas être moindres que ceux des malades mentaux non incarcérés. De ce fait, elle souhaite privilégier toute solution visant à offrir une réponse à leurs besoins de soins en établissement de santé. La difficile question des conditions d'hospitalisation des détenus devrait être revue dans cette perspective.
- Enfin, la DGS est attachée à la distinction entre les troubles mentaux et les troubles du comportement. Elle souhaite en outre que le rôle de l'institution pénitentiaire en matière de promotion de la santé mentale soit approfondi.

Méthodologie

Composition du groupe

Le groupe co-piloté par la DGS et la DAP a comporté la représentation équilibrée et diversifiée des professionnels sanitaires et pénitentiaires et les administrations concernées, favorisant l'expression des préoccupations réciproques.

En outre, des personnes qualifiées ont en outre été invitées afin d'approfondir la réflexion sur certains thèmes spécifiques. Ainsi, plusieurs surveillants ont été proposés par les Directions régionales des services pénitentiaires (DRSP) pour participer à plusieurs séances comme personnes ressources. Des travailleurs sociaux des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) ont également assisté à une séance du groupe.

Les membres permanents du groupe sont précisés en annexe 1.

Thèmes abordés

Afin de traiter le champ de l'action du dispositif de soins de psychiatrie à l'égard de la population des personnes détenues, huit thèmes ont été abordés :

- le constat des difficultés de prise en charge des problèmes de santé mentale en milieu carcéral,
- la distinction entre trouble du comportement et trouble mental,
- la prévention et le repérage des troubles mentaux en prison,
- les soins ambulatoires en milieu carcéral,
- la question des hospitalisations pour motifs psychiatriques,
- la préparation de la sortie de prison et la continuité des soins,
- les questions spécifiques posées par les femmes et les mineurs incarcérés,
- les expertises psychiatriques et psychologiques.

Un groupe de travail sur la prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles ayant été mis en place depuis avril 2001, cette problématique spécifique n'a pas été traitée par le présent groupe de travail.

La question des addictions a été traitée par un groupe de travail interministériel (1999-2000) qui a abouti à un cahier des charges relatif à l'amélioration de la prise en charge des addictions paru le 9 août 2001.

En outre, la question de l'opportunité du regroupement des personnes détenues souffrant de troubles mentaux, soit dans des quartiers ou des établissements pénitentiaires, soit dans des établissements à double tutelle pénitentiaire et sanitaire a été traitée à la demande de la DAP.

La périodicité des réunions du groupe a été mensuelle de mars 2001 à mars 2002. L'ensemble des thèmes a pu être abordé.

Le récapitulatif des huit thèmes, leur calendrier et les personnes auditionnées lors de chaque réunion figure en annexe 2.

Clarification du champ abordé par le groupe : distinction entre trouble du comportement et trouble mental

Les professionnels de santé ont souhaité en préalable souligner qu'une personne ne se résume pas à son acte, son comportement ou sa maladie.

La personne est en effet caractérisée par sa constitution de l'identité de soi, sa relation à autrui et sa relation à la réalité et au monde environnant. Cette organisation n'est pas figée, elle est au contraire évolutive et en interaction permanente avec son environnement.

Un trouble observé devra toujours être replacé dans le contexte personnel, relationnel et événementiel de la personne considérée. Du reste, le point de vue de l'observateur et du sujet ne sont pas toujours convergents.

La nécessaire distinction entre troubles du comportement et troubles mentaux a été abordée par le groupe et a permis de dégager les éléments suivants :

L'expression des troubles du comportement

est celle qui préoccupe au premier chef l'administration pénitentiaire en raison de son impact sur la détention, tant au niveau de la cohabitation entre personnes détenues que vis à vis des personnels pénitentiaires. Ceux-ci se trouvent souvent démunis par un comportement qu'ils ne comprennent pas et qu'ils attribuent à la maladie mentale.

Les professionnels de santé rappellent que tout trouble du comportement n'est pas nécessairement l'expression d'un trouble psychiatrique : grève de la faim, bagarre à la suite d'un différent, bris de matériel en réaction à un refus vécu comme injuste, colère et agitation à l'annonce d'une révocation de sursis la veille de la libération, refus de réintégrer sa cellule d'affectation par crainte de subir des brimades de la part du codétenu, etc... Tout agir n'est pas pathologique et tout trouble du comportement n'est pas du ressort de la psychiatrie ni du ressort du psychiatre. Mais il peut l'être : incurie d'un état dépressif grave, agression dans un contexte de persécution délirante.

L'analyse du comportement et de ses déterminants est un préalable nécessaire.

Le milieu carcéral est un lieu de frustrations et de « stress » permanents, sources de réactions des personnes détenues pouvant s'exprimer par des troubles de comportement. L'adaptation de l'environnement carcéral et la réponse des personnels pénitentiaires sont des facteurs primordiaux de changement de ces comportements.

Le trouble du comportement, en lien avec la manifestation d'un trouble psychiatrique, relève en tout état de cause d'un diagnostic médical. A cet égard, le groupe de travail souligne que l'attention portée aux personnes détenues présentant des comportements agressifs envers eux-mêmes ou envers les autres ne doit pas conduire à une moindre attention aux personnes détenues présentant des comportements de repli ou de retrait.

S'agissant de l'état de santé psychique des personnes détenues,

le groupe de travail s'est accordé à distinguer trois registres complémentaires :

La santé mentale

Elle peut être définie comme un état de bien être psychique. Elle constitue un état d'harmonie ou de dysharmonie que le sujet ressent ou établit dans sa relation à lui-même, à autrui ou au monde environnant.

Son équilibre dépend de nombreux facteurs qui ne relèvent pas exclusivement du champ des professionnels de santé, notamment en milieu pénitentiaire. La santé mentale qui dépend pour beaucoup des conditions d'accueil et de détention : établissement de capacité

limitée, de proximité pour faciliter le contact avec les proches, intérêt des unités de vie familiale.... L'équipe de soins psychiatriques n'est pas la seule concernée, l'équipe de soins somatiques, les travailleurs socio-éducatifs et les personnels pénitentiaires le sont tout autant.

La souffrance psychologique/psychique

C'est un trouble ressenti plus ou moins intensément ou durablement par le sujet. Elle peut concerner toute personne détenue à un moment ou à un autre de sa trajectoire judiciaire ou pénitentiaire.

Elle est en rapport avec des difficultés manifestes vécues par certaines personnes sans pour autant qu'une maladie mentale soit identifiable. Elle se traduit souvent par de l'insomnie, un sentiment de tristesse, d'angoisse ; elle a un retentissement sur les liens sociaux et sur la santé physique des personnes. Plusieurs dimensions coexistent : traduction d'un état, d'un mode de communication et d'une manière d'agir.

Il est important de repérer la souffrance psychologique et de la prendre en compte (prévention des décompensations et notamment des tentatives de suicide). A cet égard, tous les intervenants en milieu pénitentiaire sont concernés.

Le trouble psychiatrique

Il est constitué d'un ensemble de symptômes qui s'exprime dans la sphère intellectuelle et/ou affective et/ou comportementale qu'il convient de diagnostiquer et de soigner (état délirant, état dépressif...).

Un épisode pathologique survenu dans la vie d'un sujet peut ne jamais se reproduire, se reproduire à intervalles plus ou moins réguliers, ou parfois se chroniciser et devenir plus ou moins invalidant pour le sujet et/ou son entourage. Comme dans la cité, le dispositif psychiatrique est alors l'interlocuteur principal mais non exclusif.

Ces trois registres n'appellent pas les mêmes réponses s'agissant des moyens à mettre en œuvre et de l'intervention des professionnels compétents.

Les constats : une surmorbidity psychiatrique qui met en difficulté les personnels pénitentiaires et sanitaires

Une surmorbidity psychiatrique générée par de multiples processus et qui souvent ne trouve pas de réponse thérapeutique et sociale satisfaisante

Caractéristiques socio-démographiques des personnes détenues en 2001

Ainsi au 1/1/2001, 47 837 personnes étaient détenues dont 55% en maison d'arrêt, 24% en centre pénitentiaire (dont certains comportent des quartiers de maison d'arrêt), 20% en centre de détention ou maison centrale, 1% en centre de semi-liberté.

Les hommes représentent plus de 95% des détenus ; la jeunesse de la population entrant en prison est bien connue : 60% ont moins de 30 ans dont 22% moins de 21 ans, 24% de 30 à 40 ans, 11% de 40 à 50 ans et 7% plus de 50 ans. Les femmes sont un peu plus âgées¹.

Cette population cumule les caractéristiques de vulnérabilité : 5% étaient sans abri et 10% avaient un hébergement précaire, 17,5% n'avaient pas de protection sociale au moment de l'incarcération² et 21,4% étaient de nationalité étrangère³. Un quart des hommes détenus avaient quitté le système scolaire avant 16 ans et les trois quart avant 18 ans.

Cependant l'âge de la population détenue à un moment donné est plus élevé que celui du flux des entrants compte tenu de la durée plus courte de détention des jeunes détenus, des durées de détention plus longues des incarcérés plus âgés et d'une augmentation du nombre d'hommes plus âgés entrant en prison.

En 2000, la durée de moyenne de détention était de 8 mois contre 4,3 mois en 1974. Cependant, pour les seuls libérés de maison d'arrêt, 22% ont eu une durée de détention inférieure à 1 mois et 29% de 2 ou 3 mois. Chez les jeunes détenus libérés (moins de 21 ans), les durées de détention sont inférieures à 1 mois pour un tiers d'entre eux, pour un autre tiers environ de 2 à 3 mois. Après 30 ans, on note une durée croissante avec l'âge mais les sorties après moins de 3 mois représentent toujours 47 à 49%.

Des modifications structurelles des motifs d'incarcération modifient le profil sanitaire des prisons : de 1998 à 2000, le nombre des détenus effectuant une peine de plus de 20 ans est passé de 1108 à 1506 soit 36% d'augmentation ; 40% des personnes détenues condamnées effectuent une peine de plus de 5 ans.

Ce changement de structure rend compte de l'évolution des pratiques pénales : les juges ont alourdi les sanctions et la structure des infractions jugées s'est modifiée ; le viol et les agressions sexuelles sont désormais la première cause d'incarcération des condamnés (25%) devant les infractions sur les stupéfiants (14%) et le vol qualifié (12%).

Un nombre élevé de personnes détenues souffrant de troubles mentaux en prison

Il résulte des deux enquêtes menées à 5 ans d'intervalle (1997-2001), réalisées dans des conditions différentes, notamment par des professionnels différents – des médecins généralistes pour l'une⁴ et des médecins psychiatres pour l'autre⁵, qu'un pourcentage élevé des entrants en prison souffrent de troubles mentaux.

En 1997, cette proportion était estimée dans une fourchette de 14 à 25% chez les hommes et jusqu'à 30% chez les femmes. En 2001, sur 2302 entrants enquêtés, près d'un entrant sur deux présentait un trouble psychiatrique patent.

En 1997, près de 10% des entrants déclaraient avoir eu un suivi psychiatrique (consultations ou hospitalisation) dans les douze mois précédents l'incarcération : parmi eux, 6 sur 10 ont un traitement en cours par psychotropes. Entre 3,5% et 4% déclaraient avoir un traitement par antidépresseurs ou par neuroleptiques au moment de leur entrée en prison.

En 1997 comme en 2001, les troubles addictifs touchaient environ 30% des entrants en prison.

¹ Données du Ministère de la Justice pour l'année 2000.

³ C.Mouquet, M.Dumont, MC. Bonnevie. « La Santé à l'entrée en prison : un cumul de facteurs de risque. » DREES, Études et résultats n°4, janvier 1999

³ Données du Ministère de la Justice au 1/01/01.

⁴ La Santé à l'entrée en prison : un cumul de facteurs de risque. » DREES, Études et résultats, 1999, op cit

⁵ M. Coldefy, P. Faure, N. Prieto « La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux »-DREES-GFEP -Etudes et résultats n°181, juillet 2002

En 2001, dans les établissements pénitentiaires disposant d'un SMPR, et parmi les entrants présentant des troubles mentaux patents, les symptômes les plus fréquents, exception faite des troubles addictifs, étaient les suivants :

- l'anxiété, repérée chez 55% de ces entrants,
- les troubles psychosomatiques et les troubles des conduites présents chez 42%,
- les symptômes de dépression chez 33%,
- les symptômes liés à la déficience chez 24% de ces entrants,
- les symptômes touchant à la psychose chez 19% de ces entrants.

En 1999 et 2000 ont eu lieu 125 et 121 suicides en prison, soit des taux de suicides de 22,6 et 23,9 suicides pour 10 000 détenus⁶ ce qui est 6,4 fois supérieur à la population générale⁷.

La surmorbidity psychiatrique de la population carcérale et son aggravation font l'objet d'un large consensus des professionnels médicaux intervenant en milieu pénitentiaire sans pour autant être étayées par des données précises sur la fréquence des différentes pathologies. Ce n'est pas un phénomène spécifique à la France.

Toutefois, afin d'apporter une connaissance plus étayée sur la prévalence des troubles mentaux en milieu carcéral, la DGS a initié avec la DAP une étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues (prévalence des troubles mentaux intégrant les troubles de la personnalité et facteurs de décompensation psychiatrique en milieu carcéral à court et long terme). Les premiers résultats de cette étude seront connus en 2005.

Cette situation se traduit par une augmentation des files actives des équipes de soins psychiatriques, des difficultés de réinsertion et un phénomène de porte tournante qui voit un certain nombre de ces personnes circuler entre la prison, l'hôpital psychiatrique et les services d'assistance aux exclus.

■ Plusieurs facteurs sont associés dans ce phénomène

- Longtemps l'augmentation des problèmes de santé mentale en prison a été attribuée à une diminution du recours à l'irresponsabilité pénale. En fait, les données chiffrées montrent que cette disposition a toujours été peu utilisée et le reste : depuis 10 ans seules environ 0,45% des personnes mises en examen bénéficient d'une décision d'irresponsabilité en application du 1^{er} alinéa de l'article 64 puis du 1^{er} alinéa de l'article 122-1 du code pénal. (Source : Ministère de la justice-DACG-avril 2001) En revanche, on observe fréquemment dans les cas d'atténuation de la responsabilité en lien avec un trouble mental (2^{ème} alinéa de l'article 122-1 du code pénal), un alourdissement de la peine prononcée.
- La prise en charge des malades mentaux chez qui la sévérité de la maladie s'accompagne d'exclusion sociale pâtit d'une insuffisante articulation du système de soins et du secteur social et médico-social.

■ A ces facteurs, s'ajoutent des éléments liés à la pathologie

- Les troubles psychiatriques sont associés, dans une proportion non négligeable mais mal quantifiée, à des conduites addictives. La comorbidité, facteur de gravité accrue, complique la prise en charge et renforce le risque de délinquance et de rechute.
- L'expression de la pathologie psychiatrique sévère en prison prend de multiples formes qui sont plus ou moins bien comprises et tolérées par le personnel pénitentiaire et les co-détenus. En outre, les comportements délirants et auto ou hétéro-agressifs qui mettent en cause la sécurité sont plus facilement repérés que les comportements de repli sur soi ou de prostration, également synonymes de gravité.

⁶ Statistiques de l'administration pénitentiaire, 2001

⁷ Sophie Baron-Laforet - Conférence de consensus sur « la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge »-FFP 19 et 20 oct 2000

- Chez certaines personnes, l'incarcération compte tenu du traumatisme qu'elle constitue, de l'isolement carcéral, du cadre de vie « dégradé » peut révéler ou aggraver les pathologies.

A l'inverse, une incompréhension de la société face à certains actes et comportements violents tend à faire entrer dans le champ de la pathologie mentale une partie de la délinquance, alors qu'elle n'en relève pas forcément.

Ainsi les problèmes classiques de la prise en charge de la maladie mentale sévère sont exacerbés en prison dans un contexte de ressources humaines et matérielles jugées souvent insuffisantes, tant par les personnels pénitentiaires que par les professionnels de santé.

Une offre de soins inégalement répartie et ne répondant pas à l'ensemble des besoins

Les soins psychiatriques aux personnes détenues sont confiés au service public hospitalier depuis 1986, y compris depuis 2001 dans les établissements à gestion déléguée. Le service hospitalier est chargé depuis 1994 d'une mission globale de prévention et de soins aux personnes détenues. Chaque établissement pénitentiaire est lié par un protocole à un établissement de santé de proximité ; un protocole complémentaire est signé lorsque les soins psychiatriques sont assurés par un autre établissement de santé.

■ **En milieu pénitentiaire, deux niveaux de soins ont été développés**

- les « soins courants » réalisés par l'équipe du secteur de psychiatrie générale, éventuellement de psychiatrie infanto-juvénile dans 147 établissements pénitentiaires,
- des soins plus « intensifs » assurés dans 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR) implantés dans des établissements pénitentiaires au profit de personnes détenues issues d'établissements pénitentiaires constituant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Dans ce cadre, les SMPR sont notamment en charge de l'hospitalisation avec consentement de la personne détenue. Ils assurent également les soins psychiatriques dans leur établissement pénitentiaire d'implantation. Ils ont en outre un rôle de coordination des prestations psychiatriques délivrées à la population détenue de leur aire régionale de compétence.

- **En milieu hospitalier,** les personnes détenues ne peuvent être accueillies, conformément aux dispositions de l'article D. 398 du code de procédure pénale, qu'en hospitalisation d'office dans les établissements habilités à recevoir des malades hospitalisés sous contrainte. Ces hospitalisations relèvent des secteurs de psychiatrie générale précités intervenant en milieu pénitentiaire. Cet article du code de procédure pénale précise, en outre, que pendant cette hospitalisation les mesures de garde par le personnel de police ou de gendarmerie ne sont pas applicables.

Les moyens consacrés à la psychiatrie en milieu pénitentiaire sont plus importants que dans la population générale. C'est ainsi qu'en 2001, pour une population moyenne de 48 000 personnes détenues, on comptait 172 ETP de psychiatre et 581 ETP non médicaux budgétés (hors centres spécialisés de soins aux toxicomanes). Dans la population générale, pour un secteur de 70 000 habitants, les effectifs moyens s'élevaient en 1997 respectivement à 6,4 ETP de psychiatre et 83,6 ETP non médicaux. Un renforcement de 50% des moyens de la psychiatrie en milieu pénitentiaire avait été accordé en 1998, afin de faire face notamment à la prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel.

■ **Toutefois ces moyens sont très inégalement répartis**

- entre SMPR et autres établissements pénitentiaires : les SMPR étant considérés comme des services de recours pour les cas lourds qui se présentent dans les établissements pénitentiaires de leur secteur, ils concentrent près de 2/3 des moyens (63% des temps de psychiatre et 60% des temps non médicaux). Par ailleurs les SMPR sont avant tout implantés en maisons d'arrêt : seuls 9 SMPR sont implantés dans des centres pénitentiaires (hors antenne des SMPR);
- entre les établissements non siège de SMPR : les dotations des équipes de secteur intervenant en milieu pénitentiaire sont variables, sans que ces différences soient corrélées à la lourdeur des pathologies à prendre en charge.

En pratique, s'ils concentrent plus 2/3 des moyens, les SMPR répondent avant tout aux besoins de leur établissement pénitentiaire d'implantation. Cette tendance s'accroît : le nombre de transferts de personnes détenues vers leur SMPR de rattachement est ainsi passé de 579 en 1997 à 317 en 1999⁸. Cependant, les établissements pénitentiaires d'implantation des SMPR ne rassemblent que 40% de la population pénale.

En outre, les personnes détenues dans les autres établissements pénitentiaires rencontrent des problèmes d'accès aux soins. Ces derniers se révèlent d'inégale qualité, tributaires qu'ils sont :

- des moyens affectés,
- du projet de soins de l'équipe psychiatrique intervenant en milieu pénitentiaire,
- de la politique de l'établissement sanitaire de rattachement,
- des orientations pénitentiaires.

On note également un cloisonnement entre les équipes psychiatriques et somatiques dans un certain nombre d'établissements pénitentiaires.

L'hospitalisation avec consentement en SMPR rencontre d'importantes limites, en raison des contraintes pénitentiaires. Elle s'apparente, de fait, à une hospitalisation de jour. Dans la majorité des SMPR, il n'y a en effet pas de personnel soignant la nuit. Seuls deux SMPR en disposent (ceux de Fresnes et des Baumettes) mais ils rencontrent d'importantes difficultés de fonctionnement, les règles pénitentiaires empêchant l'accès immédiat aux personnes détenues la nuit. Par ailleurs, les conditions d'hébergement en SMPR ne sont pas celles de services hospitaliers, les chambres ne se distinguant généralement pas des autres cellules de l'établissement pénitentiaire.

Les hospitalisations d'office, seul mode légal d'hospitalisation des personnes détenues en milieu hospitalier, sont en forte augmentation sous l'effet conjugué d'une meilleure identification des besoins et d'une augmentation de l'incarcération de personnes souffrant de troubles mentaux. Leur nombre est ainsi passé d'une centaine en 1994 à plus de mille en 2000. Certaines de ces hospitalisations font suite à des écrous tardifs et/ou en fin de semaine.

Ces hospitalisations soulèvent ainsi des problèmes croissants de fonctionnement et de qualité des soins dans les établissements de santé. En l'absence de garde par les forces de l'ordre, les personnels hospitaliers sont investis d'une double mission de surveillance : en raison non seulement des troubles psychiatriques mais aussi de la qualité de détenu des personnes accueillies. Ils doivent également veiller aux contraintes liées aux relations avec l'extérieur des personnes détenues (visites, avocats, courrier, téléphone,...).

⁸ Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection des services judiciaires « Organisation des soins aux détenus – Rapport d'évaluation »-juin 2001

Aussi, bien souvent, les personnes détenues sont-elles maintenues en chambre d'isolement afin de prévenir tout risque d'évasion, notamment avec l'aide de complicités extérieures. En outre, un nombre croissant d'établissements de santé se montre réticent à accueillir des personnes détenues en raison de ces craintes et de ces difficultés ; d'où des hospitalisations écourtées, voire différées.

Les unités pour malades difficiles (UMD) sont destinées à recevoir en hospitalisation d'office des patients présentant pour autrui un danger tel qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières. Elles présentent en pratique des délais d'attente importants, incompatibles avec les mesures d'urgence qui sont souvent nécessaires dans ces cas. De plus, compte tenu de problèmes d'escorte au moment du retour en détention, les hospitalisations y sont parfois indûment prolongées.

Par ailleurs, l'impossibilité d'avoir recours aux indications de l'hospitalisation sur demande d'un tiers pour les personnes détenues entraîne, au plan des principes, une inégalité d'accès aux soins. En pratique, elle doit également se traduire par un effet report sur l'hospitalisation d'office.

Les difficultés de la réponse du dispositif psychiatrique aux besoins tiennent aussi à l'adaptation des pratiques professionnelles à l'expression des pathologies présentes en prison, notamment les troubles de la personnalité. La méconnaissance des savoir-faire quant à la prise en charge de ces troubles entraîne une stigmatisation des personnes détenues et n'incite pas à un exercice en milieu carcéral.

Enfin, la continuité des soins et la réinsertion sociale d'une population précaire à l'issue de la détention restent problématiques.

Des relations et des articulations complexes, parfois difficiles, entre personnels pénitentiaires et sanitaires

Les attentes des personnels pénitentiaires vis à vis de la psychiatrie sont de plus en plus fortes au fur et à mesure qu'elle développe son activité en milieu carcéral. Ces attentes sont également en lien avec celles de la société sur la question.

Les demandes adressées par les personnels pénitentiaires aux équipes de soins concernent les personnes détenues qui posent des problèmes ou qui sont source « d'incidents » en détention et dont les actes sont à tort ou à raison attribués à « une maladie mentale ». Sont ainsi considérées de la même manière les personnes détenues souffrant de troubles mentaux avérés et celles présentant des troubles du comportement.

En effet, si les services pénitentiaires font état d'un savoir-faire et d'un savoir-être face à la dangerosité criminologique ou aux actes volontaires de transgression des règles pénitentiaires, ils expriment en revanche leurs limites face à un détenu dont le comportement leur paraît irrationnel.

Les attentes des personnels pénitentiaires à l'égard des soignants sont ainsi multiples : identification des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, prise en charge par le système de soins psychiatrique, interventions en urgence pour « calmer » la personne détenue, production de certificats médicaux et implication des équipes soignantes dans l'exécution de la peine.

Ces attentes recouvrent un besoin majeur d'informations afin d'adapter les interventions pénitentiaires en conséquence. Cette demande qui peut parfois se révéler très incisive, voire excessive, vient heurter la protection de ces informations par le secret médical.

Les attentes des professionnels de santé vis à vis du champ pénitentiaire peuvent apparaître moindres en apparence. Ceux-ci souhaitent l'observation et le signalement des personnes détenues suivies par le service psychiatrique, dont le comportement se modifie soit en terme de régression, de repli, de délire ou d'agressivité. Ils sollicitent l'appui de l'administration pénitentiaire pour mettre en place un projet global de soins, au-delà des seuls soins urgents. De nombreuses discussions du groupe de travail ont ainsi concerné le contenu et l'objectif des échanges d'informations nécessaires mais qui doivent préserver le secret médical.

Recommandations du groupe de travail

Le groupe de travail formule des recommandations générales ayant trait à une meilleure articulation des professionnels pénitentiaires et soignants, aux aspects éthiques et déontologiques d'un exercice en milieu carcéral (III-1), des recommandations visant à améliorer la prise en charge de la santé mentale des personnes détenues (III-2) ainsi que des recommandations relatives aux expertises psychologiques et psychiatriques (III- 3).

Ces recommandations visent à l'articulation de **trois temps** au regard du sens de la peine :

- **la période préalable à l'incarcération**, qui comporte une nécessaire interrogation sur le sens et l'actuelle utilisation de l'article 122-1 du code pénal. L'abolition du discernement et l'irresponsabilité pénale restant très peu prononcées au profit de l'altération du discernement et de la responsabilisation pénale, qui conduit assez paradoxalement à un allongement de la peine,
- **le temps de l'emprisonnement**, qui renvoie à l'intérêt de l'individualisation des peines et au projet d'exécution de la peine ainsi qu'au développement des aménagements de peine construits dans le cadre de partenariats entre soignants et professionnels pénitentiaires et judiciaires,
- **le temps postérieur à l'incarcération** qui nécessite de très fortes articulations sanitaires, sociales, voire judiciaires.

Recommandations générales

Ces recommandations visent à clarifier les relations entre les services pénitentiaires et les équipes soignantes en milieu carcéral permettant de développer une action concertée auprès de la personne détenue souffrant de troubles mentaux. Il s'agit, d'une part, de mieux préciser ce qui relève ou non de l'intervention de la psychiatrie, afin d'éviter les attentes indues et les demandes d'interventions quelquefois intempestives et, d'autre part, de mieux articuler, malgré parfois des difficultés de mise en œuvre, les échanges et les rencontres entre les professionnels sanitaires et pénitentiaires.

Les recommandations sont fondées sur des principes généraux guidant les interventions auprès des personnes détenues souffrant de troubles mentaux que le groupe a souhaité rappeler, et qui ont notamment conduit à écarter la création d'établissements spécialisés pour les détenus présentant des troubles mentaux.

Principes devant guider les interventions sanitaires et pénitentiaires auprès des personnes détenues souffrant de troubles mentaux

■ Principes généraux

- prendre en compte le contexte carcéral et judiciaire comme présentant une incidence sur la santé mentale des personnes détenues ;
- reconnaître le rôle des personnels pénitentiaires (de surveillance, socio-éducatifs, de direction) dans la prévention primaire et secondaire des problèmes de santé mentale en détention ;
- réaffirmer la prison comme un temps dans la vie de la personne imposé par une décision judiciaire avec un objectif de réinsertion ;
- écarter toute forme de ségrégation des personnes atteintes de troubles mentaux en prison.

■ Principes relatifs aux soins psychiques en détention

- assurer aux personnes détenues un accès et une qualité des soins équivalents à ceux dont bénéficie l'ensemble de la population, ce qui implique l'accès à toutes les formes de soins ambulatoires et hospitaliers ;
- inscrire les travaux relatifs à l'offre de soins en milieu carcéral, en cohérence avec les objectifs de la politique de santé mentale dans ses dimensions d'évolution de l'offre de soins et des pratiques professionnelles visant notamment à une meilleure articulation entre le sanitaire et le social dans un objectif de réinsertion sociale ;
- reconnaître lorsque cela est nécessaire que la personne détenue est d'abord une personne malade et que le sens de la peine doit conduire à une réponse autre que pénitentiaire.

Clarification des relations entre services pénitentiaires et équipes soignantes en vue d'une action concertée

■ Soignants et exécution de la peine : problématique générale

La mise en œuvre des objectifs de la loi de 1994 qui visaient à améliorer les conditions d'accès aux soins des détenus, a contribué à élever la qualité des soins en milieu carcéral. Cette réforme a conduit les professionnels soignants à exprimer très clairement leur indépendance vis à vis de l'administration pénitentiaire. La participation ou l'implication de ces professionnels dans l'exécution de la peine notamment pour les personnes suivies par le service de psychiatrie suscite des réserves, voire des réticences.

- **Ces réserves peuvent concerner :**
 - parfois les conditions de vie carcérale,
 - la délivrance de certificats médicaux en lien avec le traitement pénitentiaire de la personne détenue,
 - la participation aux commissions d'application des peines lorsqu'ils y sont invités,
 - la contribution au projet d'exécution de la peine (PEP).

Ces réserves trouvent leur fondement dans la nécessaire protection du secret médical. Cette question a fait l'objet de nombreux débats du groupe de travail.

■ Secret médical et niveaux d'information réciproque

Le secret médical, instauré dans l'intérêt du patient, constitue un droit du patient et s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Il offre un espace de confidentialité essentiel dans la prise en charge des troubles psychiques puisqu'il permet à la personne de se livrer en toute confiance à son thérapeute dans un cadre contractuel.

La protection du secret médical est donc nécessaire à un espace thérapeutique entre le médecin et son patient. Elle traduit également la volonté de sauvegarder la mission de soins face à un risque d'instrumentalisation des soins psychiques par l'administration pénitentiaire pour « gérer la détention ».

La réforme de 1994 a incité les médecins exerçant en milieu pénitentiaire à rappeler le respect du secret médical comme gage de leur indépendance. Ceux-ci rappellent en outre le respect de ce principe essentiel au travail thérapeutique lors des demandes d'implication ou d'information émanant des services pénitentiaires, des surveillants comme des personnels des SPIP.

Néanmoins, les membres du groupe estiment que le cloisonnement des préoccupations et des pratiques sanitaires et pénitentiaires peut s'avérer préjudiciable à la prise en charge

globale de la santé des personnes détenues. Ce cloisonnement peut conduire à la préparation de deux projets sociaux et sanitaires non concordants, ainsi qu'à l'absence d'aménagement de la peine, voire à des situations à risque. En outre, cette séparation des approches, peut conduire à des réponses pénitentiaires et disciplinaires, alors que certaines situations nécessitent une dimension soignante utile à la réadaptation.

Sans remettre en cause le secret médical et en rappelant que la personne détenue est le principal vecteur et acteur des informations le concernant, les membres du groupe de travail s'accordent sur une nécessaire amélioration du dialogue entre les professionnels pénitentiaires et les professionnels sanitaires, au bénéfice de la personne détenue.

Les échanges doivent être pensés en fonction de l'intérêt et des besoins de la personne détenue. Il appartient au médecin dans le respect du secret médical, au cas par cas et en fonction du contexte, d'évaluer les informations qu'il peut échanger afin de permettre une meilleure prise en compte de l'intérêt de la personne détenue.

- **Les demandes les plus fréquentes concernent :**

- l'élaboration d'un projet de réinsertion : les membres du groupe s'accordent sur la nécessité d'un dialogue des différents partenaires autour d'un projet de réinsertion de la personne détenue mené par le SPIP au premier chef, en étroite collaboration avec le dispositif de soins psychiatrique en milieu pénitentiaire lorsque la personne est suivie par celui-ci. Dans ce projet peuvent s'inscrire une permission de sortie, une réduction de peine ou une demande d'un aménagement de peine et de libération conditionnelle,
- l'information des surveillants pénitentiaires en retour après un signalement,
 - l'information de l'administration pénitentiaire (surveillant ou non) afin d'expliquer un comportement,
 - le suivi des personnes placées au quartier disciplinaire et à l'isolement,
 - les demandes du juge d'application des peines.

Le groupe de travail rappelle que la personne détenue doit bénéficier du même droit à l'information que toute personne en milieu libre.

RECOMMANDATIONS

- **L'amélioration de l'articulation des professionnels peut-être facilitée par :**

- La mise en place de procédures d'information et de réponse à des questions concrètes concernant l'intrication des problématiques de santé, d'exécution de la peine et de la gestion de la détention dans chaque établissement. Une « commission santé » à laquelle participeront des représentants des équipes hospitalières intervenant en milieu pénitentiaire et des représentants des services pénitentiaires, sera chargée d'élaborer les procédures et des outils formalisés (cf III-2-2 prévention secondaire : les outils) visant à la coordination et à l'information réciproque des équipes et des services précités dans le but :
 - -d'assurer le maintien ou de rétablir la santé physique et psychique des personnes détenues,
 - -de garantir l'accès aux soins des personnes détenues et la réponse aux urgences,
 - -de prendre en compte l'objectif de continuité des soins pendant et après l'incarcération.

Cette commission n'est pas compétente pour traiter des cas individuels. Elle est en revanche de nature à mieux informer les différents professionnels sur leurs compétences et limites respectives d'intervention notamment quant à l'exécution de la peine.

- L'identification dans chaque établissement pénitentiaire de personnes ressources du service de psychiatrie, de l'UCSA et de l'administration

pénitentiaire assurant les liens entre les services médicaux (UCSA, SMPR) et les personnels de surveillance et veillant à la mise en œuvre des procédures arrêtées en « commission santé » (rôle du cadre infirmier en lien avec le chef des services pénitentiaires ou le premier surveillant identifiés référents santé, cf page 27).

- L'information des équipes soignantes de la liste des personnes inscrites au rôle des commissions d'application des peines, compétentes pour statuer sur les permissions de sortie ou les réductions de peine.

Ethique et déontologie

L'exercice en milieu pénitentiaire de professionnels de santé suppose une connaissance préalable de ce milieu d'exercice spécifique. Cet exercice implique une interrogation éthique et déontologique permanente des professionnels de la psychiatrie.

RECOMMANDATIONS

- Le comité consultatif national d'éthique pourrait être saisi pour apporter un avis en complément du travail déjà effectué par l'Ordre des médecins.
- Les questions d'éthique et de déontologie en milieu carcéral pourraient également être initiées par des centres ressources régionaux fédérant les acteurs de la santé exerçant auprès des personnes détenues au niveau de la région sanitaire.
- La mise en oeuvre de ces principes éthiques et déontologiques pourrait être l'objet de réunions de la « commission santé » de concertation entre équipes soignantes et services pénitentiaires.

Pratiques professionnelles sanitaires et pénitentiaires

La question des soins psychiatriques en détention est l'objet de positions hétérogènes des professionnels de la psychiatrie. La situation des patients incarcérés (isolement, inactivité notamment) majore les difficultés de prise en charge.

RECOMMANDATIONS

- Dynamiser les débats sur les pratiques professionnelles et la recherche avec l'aide de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et de l'institut national scientifique d'études et de recherches médicales (INSERM).
- Favoriser la réflexion et la diffusion de pratiques professionnelles et la recherche au niveau local entre les acteurs de la santé exerçant auprès des personnes détenues par la mise en place de centre ressources au niveau régional.
- Développer une meilleure appréhension par les équipes de psychiatrie des pratiques professionnelles en milieu carcéral (cf projet établi par le Dr SAVIN dans l'Oise) par le développement de l'intersectorialité, c'est à dire de l'intervention en milieu pénitentiaire des secteurs de psychiatrie, en lien avec les SMPR.
- Organiser une supervision des personnels sanitaires et pénitentiaires (surveillants/personnels des SPIP) dans le cadre de leurs pratiques professionnelles respectives.
- Développer une politique active de formation des personnels sanitaires et pénitentiaires sur le champ de la santé et notamment de la problématique spécifique de la santé mentale

Le développement des échanges entre les personnels pénitentiaires et sanitaires suppose au préalable une bonne connaissance des compétences de chaque intervenant, de leur rôle

et de leurs missions au sein de l'institution carcérale. Le rôle de la formation continue est ici essentiel. Cette fonction peut prendre la forme de formations croisées à savoir une connaissance réciproque :

- du champ d'intervention et des missions,
- de l'éthique et de la déontologie,
- des pratiques professionnelles.

Ces formations doivent aborder les notions de santé mentale, de troubles mentaux et une distinction entre ces concepts et les troubles du comportement.

Ces formations devraient également permettre d'aborder des thèmes croisant les deux niveaux d'intervention sanitaire et pénitentiaire, notamment au travers de cas pratiques. Elles seraient alors utiles à la mise en place d'attitudes professionnelles correctement articulées.

Des formations spécifiques sur le rôle des surveillants en qualité de premier intervenant auprès de la personne détenue dans un objectif de prise en compte de la santé mentale et dans une optique de prévention et/ou de veille auprès des personnes détenues souffrant de troubles mentaux avérés et suivies par le service de psychiatrie seraient alors souhaitables. Il s'agit également de développer l'accès des surveillants aux formations aux techniques de communication, à la prévention des situations de conflit et de violence.

Privilégier une procédure individualisée d'observation et de travail pluridisciplinaire au sein des établissements pénitentiaires plutôt que d'instaurer des quartiers spécialisés

Les membres du groupe de travail ont été amenés à traiter de la création de quartiers de détention accueillant exclusivement des personnes détenues présentant, à un moment donné, une difficulté d'adaptation à la vie en détention ordinaire. Ces personnes peuvent présenter une pathologie mentale ou des troubles du comportement.

Les membres du groupe de travail estiment qu'il n'est pas opportun de regrouper ces publics dans des quartiers spécialisés, voire dans des établissements pénitentiaires spécialisés, qui ne feraient que renforcer la stigmatisation dont ils font déjà parfois l'objet.

Il s'agit au contraire de leur permettre de s'insérer dans la collectivité, d'accéder au régime de détention ordinaire, de les aider à définir des objectifs personnels accessibles, de leur permettre de recueillir la positivité d'une évolution personnelle et de valoriser celle-ci. Plutôt que de créer des quartiers spécifiques, il s'agit de créer des procédures spécifiques.

RECOMMANDATIONS

- Initier des procédures spécifiques formalisées pouvant s'inscrire dans le cadre d'un suivi d'une personne souffrant de troubles mentaux, de celui d'une personne présentant un risque suicidaire élevé, ou d'un suivi de personnes détenues faisant l'objet de sanctions répétées ou au contraire d'un fort repli de la détention ou enfin, dans le cadre du suivi d'une personne sortant d'une période en quartier d'isolement.

La formalisation de ces procédures pourrait incomber à la « commission santé ».

Ces procédures spécifiques sont fondées sur un travail pluridisciplinaire d'observation, d'évaluation, de suivi particulier et d'échanges. Elles doivent s'inscrire dans un temps donné et être individualisées dans le souci d'individualisation de l'exécution de la peine et non

conçues comme un programme selon le modèle anglo-saxon. Les objectifs généraux de la procédure et les objectifs particuliers, fixés avec chaque personne détenue, doivent être précisément définis.

- **De telles procédures pourraient être mises en œuvre à l'égard de personnes détenues à l'issue d'une hospitalisation en raison de troubles mentaux ou à la suite d'une tentative de suicide, au moment de leur retour dans l'établissement.**

Ces procédures pourraient comporter :

- une observation renforcée des personnels de surveillance,
 - une attention particulière dans la continuité des soins,
 - des procédures d'échanges d'informations,
 - un accompagnement socio-éducatif plus intensif des travailleurs sociaux des SPIP pour permettre à la personne de se réinsérer dans la collectivité par la participation à des activités (travail, activités socio-éducatives, culturelles et sportives), des réunions pluridisciplinaires, auxquelles il est important que les surveillants soient impliqués, comportant l'élaboration et un projet global, comme notamment l'inscription dans telle ou telle activité.
- **De telles procédures pourraient également être mises en œuvre à l'égard de personnes faisant l'objet de sanctions répétées du fait de leur agressivité et de leur forte réactivité.**

Elles ont alors pour but de leur proposer de traiter leurs difficultés de comportement par d'autres réponses que les séjours répétés au quartier disciplinaire (cf également les recommandations concernant le séjour au quartier disciplinaire au III-2-2 sur la prévention tertiaire des troubles mentaux).

Il s'agit alors d'allier une observation renforcée des personnels de surveillance à un travail d'accompagnement plus intensif par le SPIP et à un travail pluridisciplinaire, avec l'équipe sanitaire le cas échéant.

Pourraient être ainsi proposées

- une rencontre individuelle systématique avec le travailleur social du SPIP afin d'élaborer ou de réexaminer un projet individuel d'exécution de peine, même pour les peines de courte ou moyenne durée (vivre autrement ce temps d'incarcération et se fixer des objectifs en détention -activités- et pour la sortie).
 - une incitation à la participation à un groupe de parole abordant la question de la violence sous l'angle civique (vivre en collectivité ; respect de l'autre ; prise en compte des victimes ; que faire pour éviter la réitération ou la récurrence d'actes violents ; sens de la peine pour la société et pour la personne elle-même,...).
 - Ce groupe de parole peut être co-animé par un travailleur social et un personnel de surveillance (ce peut être un chef des services pénitentiaires ou un moniteur de sport ou un surveillant ayant eu une formation concernant les quartiers des mineurs), en prévoyant une formation et une supervision des co-animateurs .
 - une offre d'activités telles que des activités sportives par un personnel de surveillance moniteur sportif avec un temps pour poser les règles de conduite et un temps bilan, des activités de relaxation, ou d'expression socio-éducatives.
- **De telles procédures pourraient également être mises en œuvre à l'égard de personnes ayant effectué un séjour prolongé en cellule d'isolement.**

La sortie du quartier d'isolement doit faire l'objet d'un accompagnement et d'une observation renforcée par les personnels pénitentiaires qui doivent pouvoir faire appel à l'équipe sanitaire en cas d'observation de certains comportements de la personne concernée.

Cette attention particulière peut consister en

- un accompagnement par les personnels de surveillance et une attention accrue dans les actes de la vie quotidienne (sortie en cours de promenade, hygiène, et une observation particulière afin que la personne ne soit pas victime d'agissements et de pression de la part d'autres détenus...),
 - des rencontres systématiques avec le travailleur social du SPIP concernant les motifs de l'isolement et le projet d'exécution de peine ; établissement d'objectifs de réinsertion dans la collectivité à travers des activités,
 - une rencontre avec un membre de l'équipe de soins,
 - une inscription dans des activités socio-éducatives, culturelles et sportives, d'éducation pour la santé (hygiène individuelle), groupe de parole, selon le projet individuel.
 - l'instauration d'un travail pluridisciplinaire afin d'articuler le projet de réinsertion, et le projet de soins si nécessaire.
- **La mise en œuvre de ces procédures supposent**
 - un renforcement des personnels pénitentiaires (de surveillance et des SPIP) : en effet, la mise en œuvre d'un accompagnement et d'une observation renforcée pour certaines personnes ne doit pas se faire au détriment de l'ensemble des personnes détenues dans l'établissement qui doivent toutes bénéficier de l'attention des personnels ;
 - un renforcement des équipes sanitaires exerçant en milieu pénitentiaire ;
 - des formations continues sur site et peuvent être croisées afin d'améliorer notamment une culture du travail pluridisciplinaire ;
 - du temps consacré au travail pluridisciplinaire et aux échanges informels ;
 - un soutien technique aux personnels pénitentiaires (méthodologie et/ou supervision). Cette supervision peut être assurée par des professionnels de santé extérieurs aux équipes de santé intervenant dans l'établissement pénitentiaire et financée par l'administration pénitentiaire.

Rejet du groupe de travail de toute solution tendant à la création d'établissements spécialisés pour les détenus atteints de troubles mentaux sous la tutelle des ministères de la justice et de la santé

La question a été posée de l'opportunité de créer des établissements à double tutelle pénitentiaire et sanitaire pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques avérés, qu'ils présentent ou non des troubles du comportement perturbateurs de la détention. En effet, cette hypothèse a été émise face à l'insuffisance de la réponse du dispositif sanitaire actuel.

La création d'établissements à double tutelle renvoie à la notion de "prison asilaire". Tant les professionnels sanitaires, que pénitentiaires, membres du groupe de travail estiment que ces structures représenteraient une grave régression au regard de la réforme de 1994 qui a clairement défini la séparation des missions des institutions pénitentiaires et sanitaires.

■ **Le groupe souhaite vivement être entendu sur les points suivants**

- L'établissement à double tutelle ne constitue pas une réponse sanitaire mais de mise à l'écart de toutes les personnes détenues perturbant la détention, regroupant de ce fait et à mauvais escient, les personnes présentant des troubles du comportement et celles présentant des troubles mentaux.
- Si la prison est un lieu où la personne doit avoir accès aux soins, garantie doit lui être apportée d'une part d'une qualité de soins équivalente au milieu libre et d'autre part du bénéfice, le cas échéant, d'une prise en charge externe au milieu pénitentiaire en milieu sanitaire spécialisé.
- L'établissement à double tutelle ne peut qu'inciter à la chronicisation des troubles mentaux et ne prépare pas à la réinsertion des personnes détenues en milieu libre. Il entraîne la rupture des liens de la personne détenue avec sa famille et ses proches.
- En tout état de cause, l'idée de regroupement de personnes détenues souffrant de troubles mentaux dans un établissement pénitentiaire spécialisé ne pourrait juridiquement concerner que les établissements pour peine, les personnes détenues en préventive devant rester à disposition du tribunal.
- L'établissement à double tutelle tend à remettre en cause le principe du consentement aux soins en détention. En effet, actuellement aucune obligation de soins n'est possible en détention afin de ne pas « doubler » la peine. Or, le fait de cumuler la contrainte aux soins et l'incarcération en fait une institution d'exclusion. Dans l'hypothèse d'une telle contrainte aux soins en milieu carcéral, les membres du groupe de travail considèrent qu'aucun professionnel de santé n'accepterait d'y travailler.
- Certaines personnes détenues, notamment les plus perturbatrices, pourraient être, sous couvert de soins, affectées dans ces établissements alors même qu'elles ne relèvent pas d'une telle prise en charge. Or, les directeurs d'établissements pénitentiaires signalent que le regroupement de personnes détenues dites difficiles, dans ces établissements, risque d'entraîner une dérive vers une logique disciplinaire, répressive, et exclusivement et de rendre ingérables ce type de structure.

Ces éléments conduisent à écarter cette proposition et à proposer des alternatives visant à améliorer le dispositif de prise en charge de la santé mentale des personnes détenues.

Recommandations visant à améliorer le dispositif de prise en charge sanitaire de la santé mentale des personnes détenues en lien avec les personnels pénitentiaires

La prise en charge efficiente de la santé mentale des personnes détenues suppose une approche globale conduite par une équipe pluridisciplinaire, favorisant, l'amélioration de la prévention et du repérage, la gradation des soins, de l'ambulatoire à l'hospitalisation complète en fonction des pathologies et de leur phase évolutive, la continuité des soins et leur articulation avec le projet de réinsertion. Il s'agit ici de proposer un dispositif de soins renforcé en lien étroit avec les soins somatiques offerts aux personnes détenues et les soins psychiatriques organisés pour la population générale. Ce dispositif vise un égal accès aux soins et la déstigmatisation des personnes sous main de justice.

Les membres du groupe tiennent à signaler que le développement de la prévention et de la prise en charge en amont de la santé mentale en milieu libre est de nature à prévenir les passages à l'acte pouvant conduire à une incarcération.

L'organisation des soins : un dispositif de soins coordonné intégré dans le dispositif général de soins somatique et psychiatrique

L'amélioration de la prise en charge des détenus suppose une connaissance plus fine des besoins et la mise en place d'un dispositif coordonné de santé mentale au niveau régional, regroupant, autour d'un projet de soins partagé, les secteurs de psychiatrie générale, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et les SMPR. Cette réorganisation doit favoriser la réduction des inégalités de l'offre de soins, entre les différentes catégories d'établissements pénitentiaires.

RECOMMANDATIONS

- Réaliser au niveau national une étude de la prévalence des troubles mentaux de la population détenue doublée d'une étude des besoins à l'échelon local sur l'initiative de chaque agence régionale de l'hospitalisation (ARH) en lien avec les autorités pénitentiaires.
- Définir et mettre en œuvre un projet de santé mentale régional pour la population détenue à l'initiative de l'agence régionale d'hospitalisation, en lien avec les directions régionales des services pénitentiaires. Ce projet suppose un travail intersectoriel incluant les SMPR et les secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile.
- Renforcer les moyens en professionnels afin de mener à bien le projet de santé mentale pour la population détenue.

Le mode de travail intersectoriel a pour double objectif de susciter le développement des compétences nécessaires pour répondre aux besoins particuliers de la population carcérale et de lutter contre un cloisonnement qui nuit à la continuité des soins et à l'objectif de réinsertion des personnes détenues. Ces objectifs s'inscrivent dans la perspective d'un travail en réseau avec l'ensemble des acteurs des champs sanitaire, médico-social et social, en partenariat avec les personnels pénitentiaires et judiciaires.

La prévention des troubles mentaux

La prévention des troubles mentaux doit être distinguée de celle des troubles du comportement. Cette dernière relève au premier chef de l'adaptation des modes d'intervention de l'institution pénitentiaire comme cela été entrepris par exemple, au centre de jeunes détenus de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis ou dans les quartiers arrivants. La prévention des troubles mentaux se décline en prévention primaire, secondaire et tertiaire et couvre tout le champ de la santé mentale.

■ La prévention primaire

éviter la dégradation de la santé mentale et le développement de troubles psychiques.

Les conditions de vie carcérale ont un impact majeur sur la santé mentale des personnes détenues. Les membres du groupe de travail attirent l'attention sur la nécessité :

- **de conditions d'accueil** par l'établissement pénitentiaire respectant la dignité de la personne incarcérée (voir recommandations de la DRSP de Paris sur les quartiers arrivants),
- **du maintien des liens familiaux** (proximité du lieu d'incarcération ; les transferts entre établissements pénitentiaires doivent être exclusivement réservés à des problématiques de sécurité),
- **de l'individualisation des besoins** et de la personnalisation des réponses.

Le développement de la prévention primaire repose sur des intervenants qui n'appartiennent pas nécessairement à l'équipe de soins psychiatriques, mais qui peuvent être des personnels pénitentiaires socio-éducatifs ou des professionnels extérieurs.

Ceux-ci peuvent mettre en place

- des activités socio-culturelles (domaine de compétence des personnels des SPIP),
- des activités socio-éducatives (idem),
- des activités sportives,
- le développement des formations professionnelles et du travail.

Ces éléments sont des facteurs essentiels de la prévention de l'apparition de troubles de santé mentale.

RECOMMANDATIONS

- Soutenir les actions de promotion de la santé mentale menées dans le cadre de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire.
- Favoriser le rôle socio-éducatif des personnels des SPIP qui ont un rôle majeur dans ce domaine en lien, le cas échéant, avec les équipes médicales, et notamment développer des activités culturelles et socio-éducatives dans un but de socialisation, d'éducation civique et d'estime de soi.
 - Aide à l'écoute et à la verbalisation de la personne.
 - Maîtrise de l'impulsivité et de la réactivité.
 - Travail autour de l'image de soi et d'autrui.
- Renforcer le suivi des personnes présentant des troubles du comportement par les SPIP en lien avec les personnels soignants le cas échéant.
- Organiser le travail des personnels dans l'établissement pour clarifier et encourager le rôle quotidien des surveillants en matière d'écoute des personnes détenues et favoriser la communication afin de prévenir les comportements auto ou hétéro-agressifs.
- Prévoir l'intervention des professionnels de santé spécialisés, qui peuvent être extérieurs à l'équipe exerçant en détention, en appui et/ou supervision à ces intervenants (personnels des SPIP, surveillants) afin, d'une part, de valider et/ou de promouvoir les stratégies de prévention et, d'autre part, d'apporter conseils et formations notamment.

■ La prévention secondaire

repérer les troubles le plus précocement possible

Cette prévention est rendue difficile en raison de plusieurs facteurs : les rapports médicaux et les expertises établies pendant la garde à vue ne sont pas toujours transmis à l'établissement pénitentiaire lors du transfert; les magistrats ont tendance à faire des signalements trop systématiques, notamment concernant un éventuel risque suicidaire du détenu (fiche signalétique demandant un examen médical en urgence). En outre, les écrous tardifs en soirée ou veille de week-end révèlent une absence de coordination entre le temps judiciaire et le temps pénitentiaire.

Le repérage précoce doit débuter dès la garde à vue pour se poursuivre lors de l'arrivée dans l'établissement pénitentiaire et durant toute la détention. L'amélioration de la prévention secondaire passe donc par la nécessaire formation des professionnels de la justice aux problématiques de santé mentale (laquelle doit leur permettre une meilleure compréhension de celles-ci dans le respect de la compétence exclusive des professionnels du champ sanitaire), par la mise en place d'un dépistage médical à l'arrivée du prévenu ou du

condamné en détention et par l'amélioration des circuits d'information entre les acteurs sanitaires, judiciaires et pénitentiaires.

RECOMMANDATIONS

- **Repérage en amont : la garde à vue et l'instruction**

Formation et sensibilisation des chefs de juridiction et des substituts aux conditions favorables à une meilleure prise en charge (écrou tardif à éviter, mode de remplissage de la fiche signalétique, expertise psychiatrique pendant la garde à vue).

- **Entretien d'accueil et repérage par l'UCSA**

- Renforcer la liaison entre le médecin de l'UCSA accueillant les personnes détenues à leur arrivée et l'équipe de psychiatrie : instauration de dossiers médicaux communs notamment dans la perspective d'une informatisation, de protocoles entre équipes somatiques et psychiatriques permettant la gestion des urgences, le repérage des situations à risque et des demandes de soins. Ces protocoles doivent fixer les conditions du relais par le système de soins spécialisés.
- Systématiser dans la mesure du possible un entretien d'accueil avec un professionnel de l'équipe de psychiatrie (un infirmier, un psychologue ou le cas échéant, un psychiatre).

- **Repérage en cours de détention**

- Améliorer, valoriser mais aussi connaître les limites du rôle du surveillant dans son rôle d'écoute de la personne détenue. Cette écoute prend en compte la dimension psychologique de la personne détenue et elle permet de prévenir les comportements auto ou hétéro-agressifs. L'attention des personnels de surveillance, de direction ou socio-éducatif, doit notamment porter sur des messages verbaux exprimant une douleur morale, une mauvaise nouvelle (familiale, judiciaire, pénitentiaire) source de contrariété ou de frustration, une difficulté relationnelle entre personnes détenues, etc ;
- Améliorer, formaliser et connaître les limites du rôle d'observation et d'alerte indispensable de l'ensemble des personnels et intervenants pénitentiaires afin de permettre une prise en charge précoce.
Cette attention pourrait porter sur le repérage des comportements des personnes détenues ou les changements de ces comportements qui peuvent laisser présager un problème de santé mentale (propos, silence, retrait, insomnies, pleurs, hyper-agitation, nervosité, agressivité, etc) afin de signaler ces personnes à l'équipe médicale et le cas échéant de réadapter les conditions de détention en lien avec elle.

L'écoute et l'observation des personnes détenues par les personnels de surveillance sont indicatives d'une certaine qualité de relations qui peuvent permettre d'anticiper ou d'interpréter les moments de crise ou de repli de la personne détenue et de faire appel aux services de soins.

La protocolisation des procédures d'information, la formalisation d'outils de transmission des informations ainsi qu'un travail autour de l'identité professionnelle, doivent permettre d'éviter le glissement des compétences professionnelles.

- Institutionnaliser les temps de parole ou d'échange quotidien entre les personnels pénitentiaires.
- Favoriser la circulation et l'utilisation des informations recueillies par les services pénitentiaires.

Ces améliorations des méthodes de travail des personnels de surveillance touchent nécessairement à l'organisation du service. Elles requièrent une forte sensibilisation des

chefs d'établissements pénitentiaires pour affecter et stabiliser les personnels de surveillance sur des postes attribués en valorisant ce travail qualitatif.

Outils

- Formaliser les signalements
 - cette formalisation, telle que l'élaboration de fiches d'observation relève de la compétence de la commission « santé » précitée de chaque établissement pénitentiaire (cf III-1-2),
 - une expérimentation d'un outil d'évaluation du risque suicidaire par les personnels pénitentiaire scientifiquement validée pourrait être cependant menée au niveau national.
- Développer, par l'intermédiaire de la commission « santé », des outils d'information réciproque des équipes (ex : un carnet de liaison avec l'UCSA ou des fiches navettes entre l'équipe médicale et l'équipe pénitentiaire). Ces outils devraient ensuite être expérimentés et faire l'objet d'une évaluation.
- Identifier un personnel pénitentiaire plus particulièrement chargé d'assurer le lien entre les soignants et la détention (réfèrent santé cf page 18) : personnels de surveillance en poste fixe à l'UCSA/ rôle du premier surveillant (rapport Chauvet du 18 octobre 2001 sur la sécurité des établissements pénitentiaires et des personnels). Développer ce lien privilégié est un axe de travail complémentaire des autres propositions et ne constitue pas, en soi, une réponse exhaustive.
- Organiser le service des personnels de surveillance en équipe en veillant à une continuité du suivi des personnes et des temps relais d'information.
- Développer des formations communes entre personnels de surveillance et personnels sanitaires sur des thèmes croisant les deux niveaux d'intervention (voir III-1-4-5).

La prévention tertiaire

limiter les conséquences des troubles mentaux

Outre les soins assurés par l'équipe spécialisée intervenant en milieu carcéral, les stimulations sociales et relationnelles constituent des facteurs de lutte contre l'aggravation des troubles mentaux en détention qu'il convient de favoriser.

Les membres du groupe de travail considèrent le quartier disciplinaire comme un lieu éminemment anxiogène à haute incidence pathogène sur la santé mentale de la personne détenue et notamment à haut risque suicidaire. Ces effets sont d'autant plus élevés que la personne détenue qui y est placée présente des troubles mentaux.

Les membres du groupe de travail estiment que les réticences, voire les refus, des personnels socio-éducatifs ou soignants d'intervenir pendant l'instruction de la procédure disciplinaire renvoient à la question de leur positionnement professionnel.

Ils considèrent en outre que l'intervention des professionnels de santé pendant l'exécution de la mesure disciplinaire, requise par le code de procédure pénale, ne peut consister en une certification de la compatibilité de la mesure avec la santé notamment mentale de la personne détenue. Un travail en amont avec les personnels pénitentiaires permettrait qu'une demande éventuelle de suspension ou de fractionnement de la sanction soit comprise.

Enfin, même si toute la palette des soins ou des prises en charge sociales ne peuvent être mises en œuvre au quartier disciplinaire, la continuité des soins et du suivi social ne doivent pas y être interrompus.

RECOMMANDATIONS

La prévention de l'aggravation des troubles mentaux passe notamment par l'activité en détention et notamment par le travail :

- assurer des stratégies de prise en charge associant les soins au travail social et éducatif favorisant la réadaptation,
- veiller à ce que les personnes atteintes de troubles mentaux hospitalisées de jour au SMPR puissent avoir accès au travail,
- développer dans le cadre d'une démarche de réhabilitation psycho-sociale des modalités de travail aménagées (ex : ateliers en régie).

Cette prévention passe également par le maintien ou l'octroi de toutes les prestations financières et les aides de droit commun allouées aux personnes présentant un handicap, notamment de l'allocation pour adulte handicapé (AAH).

Le groupe de travail recommande que les personnes placées au quartier disciplinaire fassent l'objet :

- d'une information la plus rapide et circonstanciée possible des professionnels de santé afin qu'ils puissent intervenir dans de bonnes conditions, notamment en cas de « mise en prévention », ainsi que des équipes du SPIP afin qu'ils puissent se déplacer le cas échéant,
- d'une information de la personne détenue sur les conséquences engendrées (restrictions imposées et droits maintenus),
- d'une observation spécifique de la part des personnels pénitentiaires (cf circulaire du 29 mai 1998 sur la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires),
- d'une alerte des professionnels médicaux et/ou socio-éducatifs lorsque le personnel de surveillance observe que la personne détenue présente des signes de détresse psychologique,
- d'un entretien avec un travailleur du SPIP lors de la réintégration de la cellule et des activités,
- d'un travail pluridisciplinaire dans les cas de séjours répétés au quartier disciplinaire,
- de concertation de la commission santé précitée quant aux procédures de suivi de ces personnes et de demandes de suspension ou de fractionnement émanant des équipes médicales.

Les soins ambulatoires

Les soins ambulatoires accessibles à la population détenue doivent tendre à la même diversité qu'en population générale. L'intensification de la prise en charge ambulatoire dans les établissements pénitentiaires constitue un enjeu majeur des soins à l'attention des personnes détenues à l'instar de l'évolution du dispositif de santé mentale en population générale. Cette intensification vise à améliorer la qualité des soins et à limiter le nombre des hospitalisations aux situations le nécessitant strictement.

Les soins ambulatoires recouvrent :

- **les consultations et entretiens,**
- **les psychothérapies individuelles ou de groupe,**
- **les thérapies médicamenteuses,**
- **les activités thérapeutiques à temps partiel,**
- **l'hospitalisation de jour.**

L'articulation des services psychiatriques et somatiques en milieu carcéral est souhaitable afin d'améliorer la qualité de la prise en charge.

RECOMMANDATIONS

- Diversifier et développer les soins ambulatoires dans tous les établissements pénitentiaires en permettant aux secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvéniles de dépasser « les soins courants » et créer, en fonction des besoins et notamment dans de grands établissements pénitentiaires, des centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP),
- Recentrer l'activité des SMPR par rapport à leur activité actuelle d'hospitalisation à temps complet, lieu d'accueil individualisé permettant un travail pertinent, sur les soins ambulatoires comprenant l'hospitalisation de jour. Ce recentrage ne doit pas conduire à diminuer les plages horaires d'ouverture ou les permanences des week-ends.
- Renforcer et clarifier la collaboration entre les services psychiatriques et les services somatiques : création d'un dossier médical commun unique dans la perspective d'une informatisation entre professionnels psychiatriques et somatiques, élaboration de protocoles de soins permettant le suivi des personnes détenues à haut risque suicidaire, la prescription médicamenteuse, notamment de psychotropes, et la prise en charge de la souffrance psychique qui se manifeste par des troubles somatiques.

L'hospitalisation des personnes détenues pour des motifs psychiatriques

Le groupe de travail acte le fait que les hospitalisations complètes nécessitent un transfert en milieu hospitalier. Plusieurs membres du groupe estiment en outre que les personnes détenues hospitalisées en établissement de santé ne posent pas dans leur grande majorité de problèmes particuliers de violence ou de dangerosité psychiatrique. Il est important que la décision d'hospitalisation ait été correctement préparée. En outre, les soignants rappellent fermement qu'il n'entre pas dans leurs missions d'assurer la garde des personnes détenues hospitalisées.

L'hospitalisation des personnes détenues doit être guidée par trois principes que sont la proximité, la continuité des soins et la non stigmatisation.

Enfin, certains membres du groupe insistent sur le fait que la stigmatisation des personnes malades détenues réside également, comme en population générale, dans la séparation des dispositifs de soins psychiatrique et somatique.

RECOMMANDATIONS

■ En amont de l'hospitalisation

- en lien avec l'intensification des soins ambulatoires, prendre appui sur la dynamique institutionnelle pour « travailler » les demandes d'hospitalisation et éviter de les centrer sur la réponse à l'urgence,
- penser les soins psychiatriques, dont l'hospitalisation complète fait partie, en termes de « trajectoire » avec la nécessaire prise en compte de la continuité des soins

■ Les modes d'hospitalisation

L'hospitalisation sous contrainte doit être réservée aux situations de danger pour soi ou pour autrui et ne pas être utilisée pour les soins psychiatriques auxquels le malade a consenti. Les personnes détenues souffrant de troubles mentaux devraient, comme en population générale, pouvoir être hospitalisées en établissement de santé avec leur consentement. S'agissant des modalités d'hospitalisation sans consentement, il semble

pertinent de retenir les indications actuelles de l'hospitalisation à la demande d'un tiers en plus de celles liées à la dangerosité pour autrui. Si l'élargissement des critères est nécessaire pour permettre aux personnes détenues d'avoir le même accès aux soins en hospitalisation que les personnes libres, les modalités d'hospitalisation sous contrainte des personnes détenues se feraient selon une procédure unique correspondante à celle de l'hospitalisation d'office, c'est-à-dire sur décision préfectorale.

■ **Les lieux d'hospitalisation**

Plusieurs alternatives ont été évoquées. Elles présentent toutes des avantages et des inconvénients longuement analysés par les membres du groupe de travail, qui conduisent à proposer une organisation plurielle.

• **Les services de psychiatrie de rattachement de l'établissement de santé signataire du protocole avec l'établissement pénitentiaire.**

L'avantage tient à la proximité, notamment si la personne détenue est incarcérée près de son lieu de résidence antérieur. Toutefois, l'absence de garde fait quelquefois obstacle à l'accès aux soins et induit des conditions d'accueil généralement préjudiciables à la qualité des soins. Le statut de la personne détenue ne peut être ignoré et doit donner lieu à une garde identique à celle prévue pour les hospitalisations somatiques. Il ne peut plus être demandé à des équipes de soins d'assumer des contraintes d'ordre judiciaire et pénitentiaire.

Il a en outre été signalé que l'intensification de la prise en charge ambulatoire permet généralement de réduire la durée de l'hospitalisation et de la limiter aux indications strictement nécessaires, rendant vraisemblablement plus accessible l'hospitalisation en secteur de psychiatrie générale.

• **Les unités psychiatriques intersectorielles fermées.**

Certaines de ces unités accueillent d'ores et déjà des personnes détenues. Leur caractéristique réside néanmoins dans le fait qu'elles ne sont pas assises sur une base réglementaire. De fait leur activité reste mal connue et non évaluée. Ces unités, dont la pertinence est discutée par certains psychiatres, présentent l'inconvénient de ne pas pouvoir accueillir des hospitalisations avec le consentement de la personne détenue. Elles présentent cependant le double avantage, pour d'autres psychiatres, de la proximité et de l'intégration des soins psychiatriques aux personnes détenues dans un cadre identique à celui offert aux autres patients.

Néanmoins, ces structures seraient amenées à jouer une double mission : un rôle thérapeutique spécifique pour certains patients non détenus jugés difficiles et nécessitant une prise en charge « contenante » entrant dans une prise en charge thérapeutique spécifique, et un rôle « d'enfermement » au sens carcéral pour les personnes malades détenues sans distinction de la pathologie et de la thérapeutique nécessaire. En tout état de cause le fonctionnement de ces structures nécessite une stricte évaluation qu'il est projeté de lancer.

• **Les unités hospitalières sécurisées (UHS)**

Elles permettraient, selon les orientations du rapport des Drs Piel et Roelandt, d'accueillir l'ensemble des personnes détenues souffrant de troubles mentaux nécessitant une hospitalisation. Cette solution pose néanmoins deux types d'inconvénients soulignés par certains membres du groupe de travail :

- La crainte de la constitution d'une filière ségrégative et « sur-stigmatisante », peu compatible avec un objectif de réhabilitation.
- L'éloignement des lieux d'hospitalisation. En effet, les estimations de besoins, évalués compte tenu du nombre actuel des HO et des durées moyennes d'hospitalisation en psychiatrie, ne permettent pas la création d'UHS à un niveau régional, mais interrégional.

- Il aurait été préférable que le dispositif des UHSI somatiques ait pris en compte les soins psychiatriques à l'époque où il a été conçu.

- **Les UMD**

constituent un recours possible. Leur accès doit cependant être réservé à des personnes détenues présentant un degré de dangerosité psychiatrique majeur. Elles ne doivent pas être en effet le lieu d'accueil systématique des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, la plupart d'entre elles ne nécessitant pas une telle prise en charge.

Les membres du groupe concluent à l'utilité d'un panel de structures et de modalités d'hospitalisation afin de pouvoir graduer la réponse selon les besoins et les indications thérapeutiques. Les trois niveaux précités de prise en charge permettent d'apporter cette réponse graduée, correspondant à la diversité des situations cliniques observées en milieu carcéral.

Il ressort des débats des membres du groupe de travail que devrait être mis en place un dispositif permettant :

- de répondre aux situations d'urgence dans des conditions analogues à celles offertes à la population générale,
- d'engager des soins de courte durée (24 H. à une semaine) à proximité immédiate de l'établissement pénitentiaire, dans le service de psychiatrie de l'établissement de santé de rattachement, sous réserve que la garde des détenus soit assurée par les forces de l'ordre.
- d'assurer la continuité des soins et la durée de la prise en charge dans des unités hospitalières sécurisées interrégionales. Dans toute la mesure du possible, les solutions permettant d'adjoindre l'unité consacrée aux soins psychiatriques aux UHSI somatiques devront être recherchées.

Ce modèle d'organisation, outre l'amélioration de la qualité des soins, présente également l'intérêt de valoriser les projets des secteurs de psychiatrie qui se sont organisés, souvent dans un cadre intersectoriel, pour répondre aux besoins des personnes détenues, ce qui entre pleinement dans leur champ de compétence.

De manière exceptionnelle, des personnes détenues proches de la sortie, dont la situation clinique le justifie, pourraient être hospitalisées sur le secteur de psychiatrie d'origine ou d'accueil dans le cadre d'aménagements de peine. Ces aménagements garantissent en outre un suivi de la personne par l'autorité judiciaire et le SPIP.

En dernier lieu, il convient de souligner que cette organisation permet une hospitalisation avec ou sans le consentement de la personne lorsque la situation clinique le requiert, indépendamment du lieu et de la durée de la prise en charge.

Préparation de la sortie et continuité des soins

Les membres du groupe insistent sur l'importance pour les acteurs institutionnels et les partenaires (sociaux, pénitentiaires, judiciaires, médicaux, familles et associations) de tenir compte de la continuité de la vie de la personne alors qu'ils sont concernés par la personne à un moment donné. Le partenariat doit s'effectuer dans le respect des différences et des positions de chaque institution.

La continuité de prise en charge avant, pendant et après l'incarcération est susceptible de donner suffisamment de sens aux comportements de la personne et donc de lui permettre une insertion de vie de meilleure qualité à l'avenir.

Les personnes souffrant de troubles mentaux sortant de prison sont d'autant plus sujettes à une désinsertion sociale que n'aura pas été prévue en amont une articulation forte entre projet d'insertion mené par le SPIP et projet de soins incluant un travail avec les familles ou les proches. Une préparation concrète de la sortie doit être organisée avec la personne détenue afin d'éviter la précarisation préjudiciable à la santé de la personne. Les procédures actuelles ne suffisent pas.

La réalisation de cette articulation se pose de manière différente selon que la personne a été condamnée à une courte peine ou à une longue peine.

Dans le premier cas, l'incertitude quant à la date de sortie suppose d'anticiper la préparation d'un projet social et d'un projet de soins en lien avec les équipes psychiatriques intervenant en milieu ouvert.

Dans le second cas, la difficulté à se projeter dans le temps ainsi que l'impact de l'environnement carcéral sur la santé mentale de la personne détenue, en ce qu'il peut parfois présenter de paradoxalement sécurisant sur une longue période, nécessite une grande vigilance dans la préparation d'un projet de sortie, qui peut entraîner de fortes perturbations psychiques.

RECOMMANDATIONS

- Prise en compte des familles et des proches afin de consolider les liens avec la personne détenue et de les soutenir dans leur détresse : cette prise en compte implique d'inclure les familles des personnes détenues dans le travail mené à l'occasion des projets de réinsertion et/ou de soins.
- Compte tenu de l'impact de l'environnement carcéral sur la santé mentale de la personne détenue et de l'objectif de réinsertion sociale, privilégier dès que possible pour les personnes détenues en préventive ou condamnées, y compris à des longues peines, les aménagements de peine organisant un lien entre la prison et l'extérieur, avant la sortie de prison.

Le groupe de travail a notamment cité les permissions de sortie qui, lorsqu'elles sont compatibles avec des impératifs de sécurité, mériteraient d'être davantage utilisées, ainsi que le recours aux centres de semi-liberté. Les placements extérieurs ne représentent en effet que 10 000 mesures prises par le juge d'application des peines au titre de 1999 ou de 2000.

Ces recommandations valent également pour les personnes détenues atteintes de troubles mentaux, les permissions de sortie pouvant s'inscrire dans une démarche thérapeutique, notamment pour prendre contact avec l'équipe d'un centre médico-psychologique (CMP).

- Initier en détention un travail des équipes sanitaires, et notamment psychiatriques, autour des questions relatives à l'environnement des personnes détenues en lien avec le lieu de vie à la sortie de prison: ce travail devrait se concrétiser par un rapprochement des personnes de leur région d'origine favorisant la réinsertion et la continuité des soins.

A cette fin, une réflexion autour de l'orientation des personnes détenues au niveau d'une région pénitentiaire devrait être menée.

- -Centrer la préparation de la sortie sur une action concrète, et non sur une simple information et sur une implication de la personne détenue. Ce travail devant conduire à un projet de réinsertion et de soins peut-être réalisé au sein d'unité de préparation à la sortie (UPS) ou d'un centre de peine aménagé (CPA) ou en relais avec des réseaux externes, tels que ceux compétents en matière de précarité ou de toxicomanie.

- -Veiller à l'octroi ou au maintien des prestations sociales dont peut bénéficier la personne est à ce moment crucial.
- -Au niveau des relais psychiatriques, la diversité des systèmes doit être privilégiée : le travail en réseau en amont de la sortie peut permettre de passer directement le relais aux secteurs de psychiatrie. Le recours aux consultations post-carcérales des SMPR peut s'inscrire dans un but de préparation des relais, notamment pour des personnes sans attaches géographiques ou pour lesquelles la stigmatisation est forte, comme les auteurs d'agressions sexuelles.

Les populations spécifiques : les mineurs et les femmes incarcérés

Ces deux populations disposent à l'heure actuelle d'un accès et d'une qualité de soins psychiatriques inférieurs à celui des hommes majeurs incarcérés, notamment en ce qui concerne l'hospitalisation de jour et les activités thérapeutiques. Les membres du groupe ont tous signalé que les femmes incarcérées, comme les mineurs, présentent souvent des problématiques très lourdes qui nécessitent un travail interdisciplinaire important. Celui-ci ne peut être mené, notamment pour les mineurs, sans des partenaires extérieurs tels que la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

■ Les mineurs incarcérés

Les mineurs représentent 1,4% des personnes incarcérées en 2001 ⁹:

13-16 ans : 77 prévenus, 30 condamnés : 107

16-18 ans : 409 prévenus, 184 condamnés : 593

En 2001, les jeunes adultes de 18-21 ans étaient au nombre de 1669 prévenus et 2333 condamnés, soit 4002 personnes.

Une soixantaine d'établissements pénitentiaires accueille des mineurs incarcérés. Un établissement possédant un SMPR ne peut accueillir de mineurs nécessitant une hospitalisation de jour que s'il possède un quartier pour mineurs. Cette restriction pose problème, par exemple au SMPR des Baumettes, en raison d'une absence de quartier pour mineurs dans cet établissement.

En outre, un guide du travail auprès des mineurs incarcérés a été élaboré entre la DAP et la PJJ (paru en mai 2001). Il prévoit un accompagnement renforcé et un travail pluridisciplinaire (surveillants spécialisés, SPIP, équipes sanitaires, PJJ, psychologue pour les mineurs) et une structuration du temps : une procédure d'accueil comprenant des entretiens systématiques avec l'équipe sanitaire, le psychologue des mineurs, le CSP du quartier mineur et le travailleur social du SPIP.

Une soixantaine (53 actuels et 6 à venir) d'établissements pénitentiaires sont habilités à accueillir des mineurs incarcérés. Actuellement, un établissement possédant un SMPR ne peut accueillir de mineurs nécessitant une hospitalisation de jour que s'il possède un quartier pour mineurs.

Les présentes recommandations s'inscrivent en complément du travail d'ores et déjà effectué ou visent à insister sur certains aspects.

⁹ *Ministère de la justice-France entière 2001*

RECOMMANDATIONS

- L'équipe de pédopsychiatrie ne doit pas attendre une demande de soins du mineur, elle doit au contraire favoriser son expression.
- Les entretiens familiaux doivent pouvoir être initiés en prison par l'équipe de psychiatrie en collaboration avec d'autres partenaires extérieurs, notamment associatifs.
- Les rencontres entre les mineurs incarcérés et leur famille et éventuellement un organisme extérieur devraient intervenir en dehors des parloirs et pouvoir se dérouler dans un espace de confidentialité suffisant, ou dans les parloirs aménagés pour recevoir les familles avec des intervenants extérieurs comme il en existe déjà dans certains établissements à la suite du travail partenarial mené avec notamment l'association « relais enfants-parents ».
- L'entretien d'accueil de l'équipe de soins psychiatriques devrait être effectué par un psychiatre et un infirmier, ou par un infirmier spécifiquement formé, afin d'aboutir rapidement à une première évaluation permettant de mobiliser une prise en charge précoce.
- Les mineurs nécessitant une hospitalisation de jour en SMPR doivent pouvoir en bénéficier. Si le SMPR de rattachement est positionné dans un établissement pénitentiaire ne disposant pas de quartier accueillant des mineurs, les soins ne doivent pas être entravés par la logique pénitentiaire. Actuellement 7 établissements pénitentiaires disposant d'un SMPR n'ont pas de quartiers mineurs.

De ce fait

- Soit le mineur peut être orienté dans un établissement à la fois site d'un SMPR et d'un quartier pour les mineurs, sans affecter le maintien des liens familiaux.
- Soit il y a lieu de créer un quartier pour les mineurs au sein de tous les établissements pourvus d'un SMPR.
- Soit il y a lieu de permettre l'admission d'un mineur dans un SMPR alors même que l'établissement ne dispose pas de quartier pour les mineurs, l'éducateur de la PJJ et l'équipe sanitaire faisant alors de lien avec l'équipe pluridisciplinaire de l'établissement d'origine. Cette recommandation qui nécessiterait une modification des textes en vigueur n'est en outre pas partagée au fond par la DAP.

Le travail partenarial entre les acteurs pénitentiaires et sanitaires constitue l'enjeu essentiel d'un suivi cohérent des mineurs qui font l'objet d'une incarcération pendant leur parcours : les acteurs en amont, et le cas échéant en aval, tels que la PJJ et l'aide sociale à l'enfance (ASE) doivent être associés à ce travail. La PJJ qui suivait un mineur avant son incarcération doit être systématiquement incluse dans ce travail, comme le prévoit le guide du travail auprès des mineurs incarcérés.

Ce travail partenarial est d'autant plus important que ces mineurs qui présentent souvent une pathologie du lien à la suite de carences affectives ont tendance à mettre à l'épreuve la cohésion des adultes et à favoriser des ruptures de lien dans une dynamique de répétition.

Par ailleurs, face à des durées d'incarcération le plus souvent courtes, il s'agit en effet moins de mener une prise en charge thérapeutique en détention, que d'initier un projet à la fois thérapeutique et éducatif lorsqu'il n'existait pas, ou d'assurer un suivi lorsqu'il préexistait. La continuité du suivi tant socio-éducatif que médical est primordiale.

Enfin, une attention particulière doit être portée aux jeunes majeurs incarcérés qui ne bénéficient plus du dispositif mis en place pour les mineurs par les services pénitentiaires alors que leur situation comme leurs caractéristiques relèvent du même travail partenarial. Dès lors, il paraît nécessaire de favoriser en détention, avec l'accord de la personne, la continuité du suivi par les services de la PJJ en partenariat avec le SPIP, garant de la cohérence de la prise en charge en milieu carcéral.

■ Les femmes incarcérées

Les femmes représentent 3,7% des personnes détenues en 2001. Elles sont accueillies dans 60 établissements, leur nombre variant de 3 à 256 par établissements. Compte tenu du faible effectif de femmes en prison par rapport aux hommes, il s'agit souvent de quartiers pour femmes mitoyens de prisons pour hommes. 11 établissements pénitentiaires accueillent plus de 40 femmes, dont 7 plus de 70.

Seuls trois établissements pour peine reçoivent des femmes condamnées à de longues peines : Joux la Ville (Yonne), Bapaume (Pas de Calais) et Rennes (Ille-et-Vilaine) ce qui se traduit par un éloignement important de la région d'origine et constitue une entrave supplémentaire au maintien des liens familiaux.

Une vingtaine de bébés est présente en prison avec leur mère : 23 établissements pénitentiaires possèdent des cellules « aménagées ».

Les troubles psychiatriques n'apparaissent pas plus fréquents que chez les hommes incarcérés mais la souffrance psychique ressentie y est majeure.

Elle est liée :

- Au fait que l'incarcération des femmes a un impact sérieux sur la cellule familiale : placement fréquent des enfants lorsque l'incarcération survient brutalement. Les mères expriment une culpabilité importante, craignent l'abandon, le rejet ou la réprobation familiale.
- A la gravité fréquente des actes à l'origine de l'incarcération : violence commise au sein de la famille tels mauvais traitements sur mineur de 15 ans, homicides, viols ou complicité d'agressions sexuelles.
- Au fait que l'on retrouve avec une fréquence très importante chez les femmes une corrélation importante entre violence agie et violence subie. Le passage à l'acte et l'incarcération réveillent les souffrances anciennes.
- A l'intolérance à certaines conditions imposées par la détention en matière d'intimité en particulier. Les femmes supportent difficilement les fouilles corporelles, la lecture du courrier, les fouilles de cellules qui sont vécues comme intrusives.

Contrairement aux hommes, aucune structure n'est réservée aux jeunes détenues qui sont donc incarcérées avec des majeures. Lorsque des dispositions sont prises dans un établissement pour éviter les contacts entre les mineures et les majeures, se pose le problème de l'isolement. En effet, il arrive qu'une seule mineure soit incarcérée dans un établissement.

A défaut de ce type d'approche, cette souffrance s'exprime en détention au travers de passages à l'acte mettant en jeu une violence retournée contre soi-même : automutilation, tentative de suicide, recours massif à des psychotropes.

En matière de structures de soins, seul le SMPR de Fleury-Mérogis dispose d'une unité avec lits pour les femmes. Lorsqu'une femme y est admise d'un établissement de province, cela signifie souvent l'interruption des parloirs ce qui compromet le bénéfice de son séjour.

Dans les maisons d'arrêt de la région parisienne, le nombre de femmes étrangères est important : immigration clandestine et surtout importation de stupéfiants en provenance d'Amérique latine. Cette diversité des origines pose la question de l'isolement due à la

langue et la nécessité de mettre en œuvre des groupes prenant en compte la diversité ethnique.

RECOMMANDATIONS

- Le maintien des liens familiaux se situe souvent dans un contexte de rupture des liens conjugaux, pour ne se poursuivre qu'avec les enfants. Les liens entre les équipes des travailleurs sociaux du SPIP et de pédopsychiatrie et les services des conseils généraux de la protection maternelle et infantile (PMI) et l'aide sociale à l'enfance (ASE) doivent être renforcés, notamment autour des mères incarcérées et de leurs enfants.
- Le développement et la diversification des prises en charge spécifiques des femmes incarcérées, comprenant des activités régulières, « soutenantes » et notamment « médiatisées » : soutien psychologique, prescription médicamenteuse quand nécessaire, activités thérapeutiques d'expression, groupe de parole, etc.
- En outre, lorsqu'une activité thérapeutique est mise en place, la mixité hommes/femmes des soins ambulatoires menés par l'équipe de soins psychiatriques devrait pouvoir être assurée. La mise en place de projets de soins spécifiques s'inscrivant dans ce cadre ne peut être limitée que par les possibilités de prise en charge thérapeutique.
- Compte tenu de la lourdeur des situations sociales, familiales et/ou de santé mentale, le travail partenarial entre les acteurs pénitentiaires, sanitaires et sociaux est également un enjeu essentiel d'un suivi cohérent au même titre que pour les mineurs.

Recommandations relatives aux expertises psychiatriques et psychologiques

La multiplication des recours à l'expertise psychiatrique et psychologique prévue par la réglementation ainsi que les attentes des juges qui les ordonnent conduisent à une certaine confusion quant au rôle des experts psychiatres ou psychologues.

Dans les phases présentencielles, on assiste à une crise du sens de l'irresponsabilité pénale. Cette crise s'inscrit dans une « responsabilisation des malades mentaux » au travers d'un moindre recours au premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal, qui dispose que « *n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement* », au profit d'un recours plus fréquent à son deuxième alinéa selon lequel « *la personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime* ». Or, cette disposition, qui devait conduire à une atténuation de la peine, aboutit le plus souvent dans les faits à l'allongement de sa durée.

La loi du 15 juillet 2000 relative à la présomption d'innocence renforce la confusion en donnant aux jurés des cours d'assises, à la suite d'une expertise ayant conclu à une altération du discernement, la possibilité de décider à la fois de l'imputabilité et de la responsabilité d'une personne souffrant de troubles mentaux.

S'il peut apparaître pertinent et nécessaire de prévoir pour la personne atteinte de troubles mentaux, la tenue d'un procès, comme constituant une parole publique et une inscription dans la réalité commune, à la condition qu'elle soit capable de l'entendre, la peine d'emprisonnement et son caractère « thérapeutique » sont largement discutés par les psychiatres.

En post-sentenciel, le juge attend essentiellement du psychiatre expert un pronostic sur le risque de récidive d'une personne en attente d'une libération conditionnelle. La position de l'expert s'avère déterminante dans la décision ou non de l'octroi d'un aménagement de peine.

Cette situation est en outre à rapprocher d'un nombre limité d'experts psychiatres évalué à 700 au plan national.

La réalisation d'expertises nécessite avant tout une expérience professionnelle, mais aussi une compétence particulière dans la conduite de ces entretiens spécifiques. Les expertises doivent s'appuyer sur la clinique psychiatrique et, par conséquent, sur sa pratique régulière. Les témoignages des experts auditionnés alertent sur le fait que la formation des jeunes psychiatres orientée davantage vers les théories cognitivistes risque à terme de modifier sensiblement l'approche et le contenu des expertises.

RECOMMANDATIONS

- Les membres du groupe souhaitent d'une manière générale que soient dissociés l'aptitude à comparaître et la punissabilité d'une personne atteinte de troubles mentaux, le procès et la peine, la peine et l'emprisonnement.
- A cet égard, le groupe recommande que l'article 122-1 alinéa 1 du code pénal, entraîne la dispense de peine et l'orientation vers le dispositif sanitaire, et que l'alinéa 2 du même article entraîne une diminution de la durée de la peine prononcée ainsi qu'un régime de sanctions n'incluant pas nécessairement l'emprisonnement et n'excluant pas une orientation vers des soins adéquats.

- Le groupe de travail est favorable à un débat de société sur les conséquences en terme de peines prononcées à l'issue d'un procès d'une personne atteinte de troubles mentaux.
- Une conférence de consensus sur les fondements et les limites des expertises psychiatriques et psychologiques pénales serait nécessaire.
Cette conférence pourrait notamment aborder les questions suivantes incluant les expertises pré et post sentencielles :
 - les objectifs des expertises du point de vue de l'expert, du point de vue du magistrat,
 - l'identité et l'éthique de l'expert, notamment par rapport au processus judiciaire,
 - la réalisation des expertises :
 - les moments pertinents : le groupe de travail a débattu de la précocité de l'expertise après les faits ainsi que de son renouvellement en cas d'une instruction de longue durée et lorsque l'expertise a été réalisée de longue date,
 - les supports nécessaires à leur réalisation.
 - L'expertise et la démarche de soins : le groupe de travail reconnaît que les expertises menées en cours de détention ne peuvent qu'être exceptionnellement utilisées comme un mode d'accroche ou d'incitation aux soins psychiatriques ou psychologiques.
 - L'expertise et le pronostic.
 - La formation des experts.
 - L'évaluation des expertises.
- En outre, les équipes de soins en milieu pénitentiaire devraient pouvoir bénéficier des expertises réalisées en cours d'instruction, après le procès et versées au dossier pénal : cette disposition est prévue par la loi mais n'est pas toujours effective.
- Enfin, le travail sur le fondement des expertises, psychiatriques notamment, ne peut faire l'économie d'un examen des conditions pratiques et financières de leur réalisation.

Conclusion

« La folie sous écrou » constitue un problème largement médiatisé, interpellant à la fois les professionnels et les institutions du champ sanitaire, pénitentiaire et judiciaire. Néanmoins, les personnes psychotiques déclarées responsables de leurs actes sont, comme l'explique le Dr Zagury, psychiatre des hôpitaux, expert auprès de la Cour d'appel de Paris *« loin de représenter à elles seules l'ensemble des sujets relevant du soin psychiatrique en prison. En ce sens le réajustement de la jurisprudence expertale ne règlera pas la question des troubles psychiatriques en prison »*.

La question plus large de la promotion de la santé mentale et des troubles psychiques affectant les personnes détenues implique que les différents acteurs, à partir d'un diagnostic de leurs compétences et limites respectives, et des missions qui en découlent, construisent et articulent leurs actes quotidiens de l'écrou jusqu'à la sortie de la prison, incluant la construction de relais extérieurs. Les personnes détenues souffrant de troubles mentaux doivent pouvoir bénéficier d'une qualité et d'un accès aux soins équivalents à la population générale.

Le dispositif de santé mentale intervenant auprès de la population détenue doit donc être renforcé. Ce renforcement s'inscrit dans une réflexion régionale associant les partenaires de la psychiatrie de secteur. Ce projet doit en outre favoriser une plus grande articulation avec le dispositif de soins somatiques en milieu carcéral.

Au-delà de cette articulation du service rendu par le dispositif de santé mentale en milieu carcéral, les membres du groupe de travail estiment indispensable que la question des alternatives à l'incarcération pour les personnes souffrant de troubles mentaux ayant commis une infraction soit débattue.

Des modalités telles que la suspension de peine ont pour effet d'interrompre la durée de celle-ci, la prolongeant d'autant, et ne semblent donc pas réellement pertinentes. Les aménagements tels que la libération conditionnelle dans le cadre d'un projet thérapeutique présenteraient l'avantage de croiser la sortie incluant des soins adaptés et un contrôle des autorités judiciaires. Cet aménagement est réellement souhaitable lorsque la peine d'emprisonnement ne présente plus de sens pour la personne souffrant de troubles mentaux.

La dénonciation de la fermeture des lits dans les hôpitaux psychiatriques est souvent avancée pour expliquer l'augmentation du nombre de personnes atteintes de troubles mentaux en prison. Cette explication méconnaît le développement conséquent des prises en charge ambulatoire et des alternatives à l'hospitalisation. Elle invite en tout état de cause la société à débattre des représentations et des politiques à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux en combattant toute tentation de mettre fin à une exclusion pour en (re)trouver une autre.

Annexe 1

Membres permanents du groupe de travail

Professionnels de santé

Monsieur Gérard BENOIST, psychologue intervenant au SMPR de Fleury Mérogis,

Monsieur le Docteur BOURDON, psychiatre, chef de service, vice-président de la CME du centre hospitalier d'Auxerre, intervenant au centre de détention de Joux la Ville et à la maison d'arrêt d'Auxerre,

Madame le Docteur Monique CARTON, psychiatre intervenant à la maison d'arrêt de Troyes,

Monsieur DESOMBRE, infirmier général à l'établissement de santé mentale de Chambéry,

Monsieur le Docteur MOREAU, médecin généraliste, intervenant à l'UCSA de la maison d'arrêt des femmes de Bois d'Arcy,

Madame le Docteur Catherine PAULET, psychiatre intervenant au SMPR du centre pénitentiaire des Baumettes,

Monsieur le Docteur Eric PIEL, psychiatre, chef de service d'un secteur de psychiatrie adulte de Paris (IVe arrondissement).

Services déconcentrés du ministère de la santé

Monsieur le Docteur Pierre GUILLAUMOT, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS du Morbihan.

Personnels pénitentiaires

Madame Sophie BLEUET, Directrice du centre de détention d'Orminguen,

Monsieur OBLIGIS, Directeur de la maison centrale de Saint-Maur,

Monsieur OLLIER, Directeur de la maison d'arrêt de Nîmes,

Monsieur Robert ROUQUETTE, Directeur de la maison d'arrêt de Nanterre,

Madame Odile SAMPEUR, Directrice adjointe du centre pénitentiaire de Nantes,

Monsieur Philippe VAFIADES, Chef de service pénitentiaire à la maison d'arrêt de Douai.

Services déconcentrés du ministère de la justice

Madame Edwige ROBERVAL, Chargée d'unité d'action sanitaire à la Direction régionale des services pénitentiaires de Paris.

Administrations

Ministère de la santé

Direction générale de la santé :

Madame Nathalie CUVILLIER, chef du bureau de la santé mentale,

Madame Sylvia GUYOT, bureau de la santé mentale,

Madame Anne-Noëlle MACHU, bureau de la santé mentale,

Madame Hélène MORFINI, bureau des pratiques addictives.

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Madame Elisabeth ROUSSEAU, chef du bureau de l'organisation régionale de soins et des populations spécifiques (O2),

Madame Evelyne BONNAFOUS, adjointe au chef du bureau de l'offre régionale de soins et des populations spécifiques (O2),

Monsieur Yves FEUILLERAT, bureau O2.

Ministère de la justice

Direction de l'administration pénitentiaire

Madame Chantal RODIER-GUILPART, adjointe au chef de bureau des personnes sous mains de justice (PMJ2).

Calendrier, thèmes abordés et personnes invitées

Réunion thème	Questions	Personnes invitées présentes	dates
Réunion 1 Etat de la question	<p>I- Etat des lieux</p> <ul style="list-style-type: none"> Echange quant au constat de la croissance de détenus atteints d'une pathologie mentale Maladie mentale et trouble du comportement des détenus : distinction et recoupement afin de savoir de quels détenus on parle Exemples de difficultés rencontrées et d'incidents en détention Echange quant au dispositif actuel de prise en charge de la santé mentale des détenus <p>II- Définition de la problématique commune aux deux ministères et des attentes spécifiques</p> <p>III- Propositions de thèmes à aborder et proposition des visites sur site</p> <p>IV- Calendrier</p>	<p>Monsieur Yvan BARON, surveillant au centre pénitentiaire de Marseille,</p> <p>Monsieur ARNAUD GRAPPE, surveillant à la maison d'arrêt de Villefranche sur Saône,</p> <p>Madame Christine NICOLAS, surveillant au centre pénitentiaire de Varenne le Grand,</p> <p>Monsieur Pascal VIGNES, surveillant à la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan</p>	16/03/01
Réunion 2 Prévention des troubles mentaux en prison	<ul style="list-style-type: none"> Impact du milieu carcéral sur la santé mentale et troubles d'adaptation au milieu carcéral : quelle réponse ? Quels sont les intervenants dans une possible prévention ? Quelle implication des personnels pénitentiaires ? Avec quelle formation au repérage ? Quel partenariat entre les personnels pénitentiaires et les personnels sanitaires dans la prévention, le repérage, l'alerte 	<p>Yvan BARON, Madame Christine NICOLAS</p> <p>Monsieur TARDIVEL, CIP au SPIP de l'Isère</p> <p>Madame PITAUD, CIP au CP de Clairvaux</p> <p>Madame NOGERA, adjointe au bureau de gestion prévisionnelles des emplois et compétences (DAP)</p>	20/04/01
Réunion 3 Les soins en santé mentale en prison	<p>Présentation du pré-rapport « De la psychiatrie vers la santé mentale » par les Drs Piel et Roelandt</p> <ul style="list-style-type: none"> Quels soins ? Quel accès aux soins ? <ul style="list-style-type: none"> -les soins courants -les soins intensifs -les urgences Quelle continuité des soins pendant l'incarcération ? Quels partenariats SMPR/UCSA/secteurs? Quel partenariat entre les personnels pénitentiaires et les personnels sanitaires : le travail interdisciplinaire ? Lieu d'échange et de crise au sein des établissements : question du secret médical et de l'appui réciproque Question de la répartition des moyens (carte sanitaire et carte pénitentiaire) 	<p>Monsieur le Docteur Jean-Luc ROELANDT, psychiatre –établissement de santé mentale d'Armentières</p> <p>Madame SAVIN, psychiatre, praticien hospitalier de la fédération de soins aux détenus de l'Oise</p>	<p>17/05/01</p> <p>20/06/01</p>

Réunion 4 l'hospitalisation des détenus (à diviser en deux réunions ?)	<p>Objectif : comment améliorer la qualité et l'accès à l'hospitalisation des détenus ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Définition des besoins d'hospitalisation : état des lieux (au SMPR, en EPS sous HO) et avis des membres du groupe de travail. - Quelles modalités d'hospitalisation selon le projet thérapeutique : jour, nuit, complète ? Sous contrainte, libre ? - Où : au service médico-psychologique régional ? dans un établissement du secteur ? Créer des unités sécurisées de psychiatrie inter-régionales sur le modèle des UHSI ? - Le problème spécifique des détenus atteints de troubles mentaux et dangereux : l'accès aux UMD ou aux UPID <p>Un exemple étranger : le dispositif de soins aux détenus en Suisse</p>	<p>Madame SAVIN, psychiatre, praticien hospitalier de la fédération de soins aux détenus de l'Oise</p> <p>Monsieur le Docteur GRAVIER, psychiatre, chef du service de médecine pénitentiaire du canton de Vaud (Suisse)</p>	<p>20 juin 2001</p> <p>26 septembre 2001</p>
5^e réunion : questions spécifiques à deux populations : les mineurs et les femmes incarcérés	<p>Les mineurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - comment faire en sorte que les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile interviennent ou sinon qui doit le faire ? - Problèmes plus spécifiques au niveau du dispositif de soins et au niveau du partenariat pénitentiaire, sanitaire <p>Les femmes :</p> <p>il existe un seul SMPR pour 60 établissements pénitentiaires pouvant accueillir des femmes incarcérées. En conséquence, soit elles sont hospitalisées dans le secteur sous le régime de l'HO, mêmes si les troubles mentaux dont elles sont atteints ne le nécessitent pas toujours, soit elles sont soignées en ambulatoire en prison.</p>	<p>Madame MESNIL, surveillante au centre de détention de Bapaume</p> <p>Monsieur CANETTI, Psychiatre intervenant au centre de jeunes détenus de Fleury Mérogis</p>	<p>5 novembre 2001</p>
6^e réunion : la préparation à la sortie de détention	<p>Quelle organisation de la détention facilitant la continuité des soins en dehors de la prison ? Quelles modalités de travail conjoint entre les équipes en prison et le secteur ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - consultation de sortie, - suivi après la détention par qui, comment ? <p>Sur ces deux aspects, question particulière des auteurs d'infractions à caractère sexuel</p>		<p>15 novembre 2001</p>

<p>7^e réunion : les expertises médicales</p>	<p>Les expertises médicales pendant l'instruction : comment en améliorer la qualité ?</p> <p>Quels sont les enjeux de l'expertises ? responsabilité/ détention et irresponsabilité de la personne : art 122-1 du CP</p>	<p>Monsieur BLANC, Président de Cour d'Assises à Paris.</p> <p>Monsieur CANINO, psychologue expert au CNO de Fresnes.</p> <p>Madame LEGENDRE, psychologue à l'UCSA de la maison d'arrêt et au centre de détention de Melun, jusque récemment experte auprès des tribunaux.</p> <p>Dr LUILLIER, psychiatre expert auprès de la Cour d'Appel d'Angers</p> <p>Dr ZAGURY, psychiatre expert auprès de la Cour d'Appel de Paris</p>	<p>14 décembre 2001</p>
<p>8^e et 9^e réunion</p>	<p>élaboration et validation des recommandations</p>		<p>1^{er} et 13 février 2002</p>
<p>10^e réunion</p>	<p>validation des recommandations</p>	<p>Monsieur Yvan BARON, surveillant au centre pénitentiaire de Marseille,</p> <p>Madame Christine NICOLAS, surveillant au centre pénitentiaire de Varenne le Grand,</p> <p>Madame MESNIL, surveillante au centre de détention de Bapaume</p>	<p>15 mars 2002</p>