UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2005 N°……

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : PSYCHIATRIE

Par

Fabien JUAN

Né le 25 janvier 1976 à Chambray-les-Tours

_____

Présentée et soutenue publiquement le 8 mars 2005

_____

LE DISPOSITIF DE SOINS EN SANTE MENTALE EN MILIEU CARCERAL : EVOLUTION ET ACTUALITES

_____

Président : Professeur Jean-Bernard GARRE
Directeur : Docteur Michel BELONCLE

FACULTE DE MEDECINE D'ANGERS

Doyen	Pr SAINT – ANDRE
Vice-Doyen	Pr CALES

Doyens Honoraires : Pr BIGORGNE, Pr EMILE, Pr REBEL, Pr RENIER

Professeur Emérite : Pr PIDHORZ, Pr RONCERAY

Professeurs Honoraires : Pr ACHARD, Pr ALLAIN, Pr BONNIOT, Pr BREGEON, Mme Pr M. CAVELLAT,Pr J.F. CAVELLAT, Pr COULLAUD, Pr DENIS, Pr DESNOS, Pr FRANCOIS, Pr FRESNEAU,Pr GROSSIEUX, Pr GUNTZ, Pr HUREZ, Pr JOUBAUD, Pr LARGET-PIET, Pr LARRA, Pr LIMAL, Pr MARCAIS, Pr ROGNON, Pr SIMARD, Pr TADEI, Pr TUCHAIS, Pr WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

MM	**ALQUIER**	Réanimation Médicale
	ARNAUD	Chirurgie Générale
	AUDRAN	Rhumatologie
Mme	**BARTHELAIX**	Biologie cellulaire
MM	**BASLE**	Cytologie et Histologie
	BERRUT	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement
	BEYDON	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
	BIGORGNE	Médecine Interne ; gériatrie et biologie du vieillissement
	BONNEAU	Génétique
	BOYER	Hépato Gastro-Entérologie
	de BRUX	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
	CALES	Gastroentérologie ; hépatologie
Mme	**CARON-POITREAU**	Radiologie et Imagerie Médicale
MM	**CHABASSE**	Parasitologie et Mycologie
	CHAPPARD	Cytologie et Histologie
	CHAUVET	Bio-statistiques, Informatique Médicale et technologies de communication
Mme	**COCHEREAU**	Ophtalmologie
MM	**COUPRIS**	Chirurgie Infantile
	DARSONVAL	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; brûlologie
	DAUVER	Radiologie et Imagerie Médicale
	DELHUMEAU	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
	DESCAMPS	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
	DIQUET	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
	DUBAS	Neurologie
	DUBIN	Oto-rhino-laryngologie

	DUVERGER	Pédopsychiatrie
MM	**ENON**	Chirurgie Vasculaire ; médecine vasculaire
	FANELLO	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
	FOURNIE	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
	FRESSINAUD-MASDEFEIX	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement
	FURBER	Cardiologie
	GAMELIN	Cancérologie ; radiothérapie
	GARRE	Psychiatrie d'Adultes
	GESLIN	Cardiologie
	GINIES	Pédiatrie
	GRANRY	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
	GUY	Neurochirurgie
Mme	**HUNAULT-BERGER**	Hématologie ; transfusion
MM	**HUEZ**	Médecine générale (professeur associé)
	IFRAH	Hématologie ; transfusion
	JALLET	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	**JEANNIN**	Immunologie
	JOLY-GUILLOU	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
	LAUMONIER	Chirurgie Infantile
	LEFTHERIOTIS	Physiologie
	LEGRAND	Rhumatologie
	LE JEUNE	Biophysique et médecine nucléaire
	LIMAL	Pédiatrie
Mme	**LUNEL-FABIANI**	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	**MALTHIERY**	Biochimie et Biologie moléculaire
	MASSIN	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
	MENEI	Neurochirurgie
	MERCAT	Réanimation médicale
	MERCIER	Anatomie
Mme	**PENNEAU-FONTBONNE**	Médecine et santé au Travail
MM	**PENNEAU**	Médecine Légale et droit de la santé
	PICHARD	Maladies Infectieuses, Maladies Tropicales
	POUPLARD	Pédiatrie
	RACINEUX	Pneumologie
	REYNIER	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme	**RICHARD-CREMIEUX**	Médecine Physique et de Réadaptation
MM	**RITZ**	Nutrition
	ROHMER	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
	RONCERAY	Chirurgie Générale
Mme	**ROUSSELET-CHAPEAU**	Anatomie et Cytologie Pathologiques
MM	**SAINT-ANDRE**	Anatomie et Cytologie Pathologiques
	SAUMET	Physiologie
	SORET	Urologie
	SUBRA	Néphrologie
	URBAN	Pneumologie
	VERRET	Dermatologie – vénéréologie
	ZANDECKI	Hématologie ; transfusion

MAITRES DE CONFERENCES

Mr	**ANNAIX**	Biophysique et médecine nucléaire
Melle	**BLANCHET**	Hématologie ; transfusion
MM	**BOUCHARA**	Parasitologie et Mycologie
	CHEVAILLER	Immunologie
Mme	**CHEVALIER**	Biologie Cellulaire
	CHRETIEN	Cytologie et histologie
MM	**CRONIER**	Anatomie
	CUSTAUD	Physiologie
	DENIZOT	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	**El KASSAR**	Hématologie ; transfusion
MM	**FORTRAT**	Physiologie
	FOURNIER	Anatomie
	GALLOIS	Biochimie et Biologie Moléculaire
	HINDRE	Biophysique et médecine nucléaire
	JEANGUILLAUME	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	**LE BOUIL-PREMELCABIC**	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
Mr	**LONCHAMPT**	Physiologie
Melle	**MESLIER**	Physiologie
Mme	**MICHALAK-PROVOST**	Anatomie et cytologie pathologiques
Melle	**MOREAU**	Cytologie et histologie
MM	**NICOLAS**	Neurologie
	PAPON	Anatomie
	PARE	Médecine Générale
Mme	**PASCO-PAPON**	Radiologie et Imagerie Médicale
MM	**PAYAN**	Bactériologie - virologie, hygiène hospitalière
	PUISSANT	Génétique
Mme	**ROUGE-MAILLART**	Médecine légale et droit de la santé
	SAVAGNER	Biochimie et biologie moléculaire
MM	**SIMARD**	Biochimie et biologie moléculaire
	SIX	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
	TURCANT	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

Mars 2004

COMPOSITION DU JURY

Président du jury : Monsieur le Professeur GARRE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur BELONCLE

Membres du jury :

Monsieur le Professeur PENNEAU

Monsieur le Professeur SENON

Monsieur le Docteur BELONCLE

Par délibération, en date du 28 janvier 1966, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Monsieur le Professeur GARRE,

Vous nous avez fait l'honneur de présider ce jury de thèse.

Nous vous remercions pour la clarté de l'enseignement et la richesse des conseils que vous nous avez dispensés tout au long de notre internat. Nous avons apprécié la disponibilité dont vous avez fait preuve lors de notre passage dans votre service.

Veuillez trouver, ici, le témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

Monsieur le Docteur BELONCLE,

Nous vous remercions d'avoir accepté de diriger ce travail.

Vous avez su nous sensibiliser à la pratique de la psychiatrie en milieu carcéral, au cours de notre sixième semestre d'internat, lors de notre stage dans votre service. Nous vous remercions du soutien et de la disponibilité dont vous avez fait preuve, au cours de la réalisation de cette thèse.

Veuillez trouver, ici, l'expression de notre sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur SENON,

Vous nous avez fait l'honneur de juger cette thèse.

Nous vous remercions sincèrement des précieux conseils que vous nous avez prodigués lors de formations en psychiatrie médico-légale. Nous avons beaucoup apprécié la disponibilité et le soutien que vous nous avez témoignés.

Veuillez trouver, ici, l'expression de notre sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur PENNEAU,

Vous nous avez fait l'honneur d'être membre de ce jury.

Nous tenions à vous remercier pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Veuillez trouver, ici, l'expression de nos sincères remerciements.

Nous tenons à remercier sincèrement l'ensemble des médecins travaillant en milieu carcéral et ayant accepté de répondre à nos questions et de transmettre des informations sur leur pratique.

Nous remercions les différentes personnes ayant participé à la relecture de notre travail,
Dr. A-S. CHOCARD, Dr. M. DAVID, Mr. F. CHOCARD, Dr. J-M. JUAN.

Nous remercions également Mesdames CHATEAU et LAURENT, bibliothécaires au CESAME, pour l'efficacité et la patience dont elles ont fait preuve durant la réalisation de cette thèse.

A ANNE-SOPHIE

Je te remercie pour le bonheur que tu m'offres chaque jour que je passe auprès de toi. Dans mon travail, tu as fait la part la plus importante : permettre à nos enfants de continuer à s'épanouir malgré mon absence à vos côté. Ta sérénité m'aide chaque jour.

A ANTOINE ET ROMAIN,

Je vous remercie pour votre joie de vivre, votre bonne humeur et votre patience, qui ont été d'une aide inestimable durant la rédaction de ce travail.

A mon grand-père George, ancien déporté,

Je te remercie d'avoir éveillé mon intérêt sur la condition de l'homme détenu par d'autres hommes.

A mes parents,

à mon frère,

et à toute ma famille,

Je vous remercie de l'amour et du soutien que vous m'avez toujours témoignés durant ces longues années d'études.

A mes amis,

Pour leur soutien, leur patience et leurs conseils éclairés.

LISTE DES ABREVIATIONS

CATTP : **C**entre d'**A**ctivité **T**hérapeutique à **T**emps **P**artiel

CD : **C**entre de **D**étention

CP : **C**entre **P**énitentiaire

CPS : **C**ommission de **P**révention du **S**uicide

CMPR : **C**entre **M**édico-**P**sychologique **R**égional

CSA : **C**omité de **S**uivi des **A**ddictions

CSST : **C**entre de **S**oins **S**pécialisés aux **T**oxicomanes

DAP : **D**irection de l'**A**dministration **P**énitentiaire

DDASS : **D**irection **D**épartementale des **A**ffaires **S**anitaires et **S**ociales

DGS : **D**irection **G**énérale de la **S**anté

DHOS : **D**irection des **H**ôpitaux et de l'**O**rganisation des **S**oins

DREES : **D**irection de la **R**echerche, des **E**tudes, de l'**E**valuation et des **S**tatistiques

DSP : **D**ispositif de **S**oins en **P**sychiatrie

IGAS : **I**nspection **G**énérale des **A**ffaires **S**anitaires

IGSJ : **I**nspection **G**énérale des **S**ervices **J**udiciaires

MA : **M**aison d'**A**rrêt

MILDT : **M**ission **I**nterministérielle de **L**utte contre la **D**rogue et la **T**oxicomanie

PJJ : **P**rotection **J**udiciaire de la **J**eunesse

QD : **Q**uartier **D**isciplinaire

QI : **Q**uartier d'**I**solement

UMD : **U**nité pour **M**alades **D**ifficiles

UCSA : **U**nité de **C**onsultations et de **S**oins **A**mbulatoires

UHSA : **U**nité d'**H**ospitalisation **S**pécialement **A**ménagée

UPS : **U**nité de **P**réparation à la **S**ortie

SMPR : **S**ervice **M**édico-**P**sychologique **R**égional

SPIP : **S**ervice **P**énitentiaire d'**I**nsertion et de **P**robation

PLAN

INTRODUCTION……...12

1ère Partie. EVOLUTION DU DISPOSITIF DE SOINS EN SANTE MENTALE EN MILIEU CARCERAL AU COURS DU XXième SIECLE……14

Titre I. LE SYSTEME PENITENTIAIRE : SON EVOLUTION DU DEBUT DU XXième SIECLE A NOS JOURS……...……15

Titre II. L'APPARITION DE LA PSYCHIATRIE EN MILIEU CARCERAL……..….29

Titre III. CONCEPTION ET NAISSANCE DES SERVICES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES REGIONAUX……52

Titre IV. ASPECTS LEGISLATIFS ET ADMINISTRATIFS DES SMPR……..58

Titre V. LA MEDECINE EN MILIEU PENITENTIAIRE A PARTIR DE LA LOI DU 18 JANVIER 1994……..…65

Titre VI. LES ANTENNES DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE ET CONTRE L'ALCOOLISME……75

2ème Partie. CONSTAT ET REFLEXION SUR LES SOINS EN SANTE MENTALE EN MILIEU CARCERAL AU DEBUT DU XXIième SIECLE……..……78

Titre I. ETAT DU DISPOSITIF DE SOINS EN SANTE MENTALE EN MILIEU CARCERAL EN FRANCE EN 2002/2003……79

Titre II. REFLEXIONS SUR L'INTERVENTION PSYCHIATRIQUE DES STRUCTURES DE SOINS ACTUELLES EN MILIEU CARCERAL…….…..203

Titre III. QUESTIONNEMENT ACTUEL SUR LA PLACE DE LA PSYCHIATRIE EN MILIEU CARCERAL……..…..245

CONCLUSION……282
BIBLIOGRAPHIE……...……288
LISTE DES TABLEAUX……301
LISTE DES ANNEXES……304
TABLE DES MATIERES……305
ANNEXES……314

INTRODUCTION

« Soigner au sein de l'institution pénitentiaire entraîne un dilemme que le soignant doit accepter d'endosser. Et même si vivre le dilemme n'est pas une situation anormale ou accidentelle mais bien le quotidien de la vie psychique, il n'en demeure pas moins, pour le sujet qui nous concerne, la place des soignants en santé mentale dans les institutions répressives constitue une interrogation lancinante. »

Bissuel Y.[1]

Voilà plus de deux siècles, la révolution de 1789 créait la peine privative de liberté et dans le même temps, Pinel, très attaché aux idées républicaines, en « libérant de leurs chaînes les aliénés », fondait la psychiatrie en séparant malades mentaux, mendiants et criminels. Nées du bouillonnement républicain et ayant le souci commun de la protection des valeurs démocratiques, les institutions psychiatrique et carcérale ont connu des évolutions parallèles, souvent divergentes.[2] Peu à peu, au siècle dernier, la psychiatrie a dû se préoccuper de la population carcérale qui présentait des troubles psychiatriques. Elle construisit progressivement avec de nombreux aléas un dispositif de soins dans une institution qui n'était pas la sienne. Au début de ce XXI^{ième} siècle, nous nous posons la question de l'état de ce dispositif et de ses problématiques.

Les contours actuels du dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral ne peuvent être compris que si nous les restituons par rapport au passé. Il est nécessaire tout d'abord de retracer brièvement l'évolution et l'état de l'institution carcérale dans laquelle intervient notre travail de soignant en psychiatrie. Puis il s'agit de dégager les spécificités du dispositif actuel de soins en santé mentale au regard des particularités du dispositif plus ancien dans un premier temps. Qu'elle est l'autonomie des professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire ? Existe-t-il un droit de la santé en prison ? Comment se sont construits cette autonomie et ce droit, s'ils existent ? Il paraît essentiel de retracer les étapes de l'autonomisation des acteurs de la santé mentale en prison.[3] Nous pourrons après cette approche historique, nous pencher de façon approfondie sur la réalité du dispositif de soins en santé mentale à travers les données de la littérature contemporaine, les rapports d'activité de

[1]Bissuel Y. Peut-on soigner en milieu pénitentiaire? L'évolution Psychiatrique 1993 ; 58 ; 1 : 109-111.
[2]Senon J-L. Histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, de Pinel à la loi du 18 janvier 1994. Annales Médico-Psychologiques 1998 ; 3 ; 156 : 161-177.
[3]Milly B. Soigner en prison. Editions Presses Universitaires de France 2001 : 250.

ces structures psychiatriques sur l'année 2002/2003 et l'analyse d'un questionnaire adressé aux psychiatres exerçant en milieu carcéral. Au regard du dispositif actuel, nous réfléchirons sur les améliorations et les évolutions possibles des structures de soins psychiatriques en milieu carcéral. Enfin, comme les premiers psychiatres qui sont entrés dans la prison l'ont fait, il est essentiel que nous poursuivions et actualisions le questionnement sur la place de la psychiatrie dans ce milieu et de ses rapports à l'institution carcérale.

1ère Partie.

EVOLUTION DU DISPOSITIF DE SOINS EN SANTE MENTALE EN MILIEU CARCERAL AU COURS DU XXième SIECLE

Titre I. LE SYSTEME PENITENTIAIRE : SON EVOLUTION DU DEBUT DU XX^{ième} SIECLE A NOS JOURS

Au cours des années d'épouvante et de terreur, le système pénitentiaire nazi a atteint un point d'horreur qui dépassait tous les crimes de l'Histoire. La médecine en milieu pénitentiaire du régime à croix gammée était honteusement complice, depuis les sélections arbitraires jusqu'aux expérimentations sadiques. Les égarements des plus hautes sommités médicales sous le régime nazi montrent jusqu'où peut aller le médecin lorsqu'il se fait le porte-parole exclusif des impératifs normatifs. Le Dr Brandt déclare au tribunal de Nuremberg : « pendant la guerre, l'état totalitaire prend entièrement à son compte la responsabilité des médecins : le médecin n'est plus qu'un instrument ». Le Dr Murgowsk affirme : « les détenus ne se confiaient pas au médecin. C'est l'Etat qui les confiait pour faire des expériences ». C'est ainsi que le concept de médecine en milieu pénitentiaire devait se forger à partir d'une exigence de réparation.[4] De même, l'institution pénitentiaire, face à la prise de conscience de l'horreur du monde concentrationnaire, devait évoluer et repenser sa fonction dans la société. Le système pénitentiaire allait connaître sur un demi-siècle sa plus rapide évolution.

[4]Colin M. Historique du concept de médecine pénitentiaire. In : Criminologie et psychiatrie. Sous la direction de Albernhe T. Edition Ellipses 1997 : 682-687.

Chapitre 1. Après la deuxième guerre mondiale

Durant la deuxième guerre mondiale, il se trouve qu'un grand nombre de français ont vécu des expériences carcérales ou concentrationnaires. Témoins des conditions carcérales, ils alertent l'opinion publique.[5] Aussi P. Amor, magistrat ayant connu le sort réservé aux détenus en camp de concentration, nommé directeur général de l'Administration Pénitentiaire impulse très énergiquement une dynamique de réforme de l'Administration Pénitentiaire de 1944 à 1947. Son successeur Charles Germain se fait le continuateur et garant de cette dynamique.[6]
La réforme Amor est un carrefour dans l'évolution de l'Administration Pénitentiaire sur le plan institutionnel, social et sanitaire. Elle est une première ouverture du milieu pénitentiaire dans le domaine social et sanitaire. Ses axes sont clairement définis : le traitement infligé aux prisonniers, hors de toute promiscuité, doit être humain, exempt de vexations et doit tendre principalement à son instruction générale et professionnelle et à son amélioration.[2]
P. Amor constate, sous l'influence du mouvement doctrinal de la défense sociale, "le décalage existant dans le domaine pénitentiaire entre les idées et les faits". C'est afin de rattraper ce retard qu'une commission élabore en décembre 1944 un projet de réforme pénitentiaire s'articulant autour de 14 principes dont le premier affirme clairement que "la peine privative de liberté a pour but essentiel l'amendement et le reclassement social du condamné".[7]

L'individualisation de la peine devient donc le moyen officiel de traitement du délinquant condamné.
Mais alors qu'à l'origine l'individualisation porte essentiellement sur le régime de détention, elle va progressivement quitter le domaine strictement pénitentiaire pour être cherchée sur le terrain quasi judiciaire des mesures d'application des peines.
L'idée d'une prison, lieu d'un traitement pénal où la sauvegarde de la personne est considérée comme préalable à toute intégration sociale, est lancée.[5]

L'adoption du régime progressif est préconisée par la réforme Amor qui précise dans son huitième principe : "un régime progressif est appliqué dans chacun de ces établissements en

[5]Geoffray D. Psychiatrie et prison à Lyon. Soins Psychiatrie juin-juillet 1990 ; 116/117 : 36-37.
[6]Martorell A. La maison centrale sanitaire de Château Thierry ; problèmes posés par les condamnés psychotiques. Revue française de psychiatrie 1989 ; 4 : 46-50.
[2]Ibid
[7]Ridel L. Présentation de l'Administration Pénitentiaire, structure et fonctionnement. L'information Psychiatrique juin-juillet 1990 ; 116/117 : 12-17.
[5]Ibid

vue d'adapter le traitement du prisonnier à son attitude et à son degré d'amendement".
Devant préparer et faciliter le retour à la liberté des condamnés, le régime progressif qui fonctionne en France comporte successivement une phase d'observation, une phase de classement dans un des groupes de l'établissement (en fonction du degré de réadaptabilité supposée du condamné), une phase d'amélioration (où le régime appliqué est devenu plus libéral) et, enfin, une phase de confiance qui doit logiquement conduire à la libération conditionnelle.[7]
Le régime de détention est fonction de la personnalité, de l'évolution et des perspectives de réinsertion du condamné. Le système progressif n'a toutefois jamais été étendu à l'ensemble des établissements pour peine du territoire national.

Le régime progressif ne survivra pas aux mutineries qui enflamment les prisons durant l'été 1974.

[7]Ibid

Chapitre 2. Les émeutes de 1974

Les années 1970 sont marquées par de grands débats autour de la prison suite à des révoltes de détenus ainsi qu'à la contestation de l'institution par un mouvement d'intellectuels, au premier rang desquels Michel Foucault[8].[9] A l'occasion d'une conférence de presse le 8 février 1971, M. Foucault, J-M. Domenach et P. Vidal-Naquet annoncent la création du Groupe d'Intervention sur les Prisons (GIP). Pour les militants d'extrême gauche, les prisons sont devenues un nouvel espace de lutte contre le pouvoir.

Contrairement à l'idée trop souvent reçue d'une prison toujours égale à elle-même et obstinément rétive à un changement, le premier constat à faire est, en réalité, celui de son extraordinaire évolution depuis le début des années 70. Sans doute les murs sont-ils toujours là, mais pour le reste, tout est méconnaissable. Et cette métamorphose ne touche certainement pas à sa fin dès lors qu'elle épouse, même si c'est avec retard, l'évolution de la société elle-même. C'est dire que l'institution pénitentiaire, pourtant réputée aussi lourde que figée, en définitive fait preuve d'une étonnante faculté d'adaptation.[10]
L'obsession de sécurité, qui est celle de l'Administration Pénitentiaire au début des années 1970, n'empêche rien lorsque les premières grandes révoltes des prisonniers se produisent, voire même les aggrave.

Mai 1968 a curieusement laissé à l'écart le monde de la prison. En novembre 1972, des détenus et anciens détenus fondent le Comité d'Action des Prisonniers (CAP) revendicatif, ayant recours à la grève de la faim, aux refus de travail et à l'occupation des toits. C'est en mai 1973 à Saint Paul à Lyon que se déclenche la première mutinerie. L'insalubrité, la vétusté des lieux et les conditions de détention étaient à son origine. L'étincelle allumée à Lyon gagne de proche en proche les maisons d'arrêt et les centrales, et durant l'été 1974 on compte plus de 50 établissements en mutinerie ; 90 mouvements collectifs s'organisent dont plus de 40 nécessitent l'intervention des gendarmes : il y aura sept morts parmi les détenus et 70 millions de dégâts. Cette révolte démontre que la réforme de 1972 modifiant les conditions d'application des peines privatives de liberté n'avait eu aucun impact (installation d'un juge d'application des peines dans chaque prison et intervention possible du psychiatre dans le

[8]Foucault M. Surveiller et punir : naissance de la prison. Editions Gallimard 1975 : 315.
[9]Colin M, Jean J-P. Droit aux soins et amélioration de la condition des détenus : deux objectifs indissociables. Revue Française des Affaires Sociales 1997 ; 1 : 17-28.
[10]Favard J. Les prisons : évolution et perspectives. L'Evolution Psychiatrique 1993 ; 58 ; 1 : 27-35.

cadre d'une sanction pénale afin d'informer le juge d'application des peines de l'état psychologique du condamné.).[11]

Le 26 juillet 1974 le président de la République Mr. Valéry Giscard d'Estaing déclare alors : "la peine, c'est la détention et donc la peine ce n'est pas plus que la détention... Le reste c'est quelque chose qui doit permettre la réinsertion ultérieure du détenu dans la vie sociale et professionnelle".

Ceci aboutit, durant l'été 1974, à l'annonce d'une réforme pénitentiaire et à la création d'un secrétariat d'Etat à la condition pénitentiaire confié à H. Dorlhac.[9]

[11]Berthet J-P. Contribution à l'étude de la psychiatrie en prison : à propos d'un an de pratique au centre médico-psychologique pénitentiaire régional de Rennes. Thèse, Université de Rennes 1983 : 250.
[9]Ibid

Chapitre 3. Evolution du régime et du concept de la peine

Depuis 1945, le régime des condamnés a fait l'objet de nombreuses modifications, à l'inverse de celui des prévenus. En 1975, une classification nouvelle est fondée à la fois sur le degré de dangerosité et sur les chances de réinsertion des condamnés. Tout établissement pénitentiaire, maison d'arrêt ou établissement pour peine, s'est assigné une double mission : une mission punitive qui est la mission par essence de la prison et une mission de réinsertion sociale appelée jusqu'à la réforme de 1975 « mission d'amendement du prisonnier ».[12]
Les principes essentiels de la réforme de 1975 sont au nombre de trois :
-- éliminer toutes les règles et contraintes qui n'étaient pas nécessairement liées à l'exécution des peines ;
-- diversifier les régimes selon la personnalité du détenu et parallèlement uniformiser les régimes institués ;
-- accentuer les mesures favorisant la réadaptation des détenus à la vie sociale.

Le nombre de sanctions disciplinaires devait nettement diminuer. D'autres moyens et en particulier les réductions de peine pour bonne conduite, sont maintenant utilisés pour maintenir le bon ordre en détention. Les permissions ont très certainement contribué au maintien du calme dans les prisons depuis 1974 et, dans bien des cas, ont facilité le maintien ou la reconstitution de liens familiaux très précieux pour prévenir la récidive au moment de la libération.[13]

Cette réforme consacre donc l'abandon officiel du régime progressif au profit d'une nouvelle répartition des établissements pour peine en centre de détention, maison centrale et quartier de sécurité renforcée. L'ancien régime de détention différencié, coexistant au sein d'un même établissement, se trouve substitué par ces trois catégories d'établissements possédant chacune des règles de vie et d'organisation spécifiques axées :
-- plutôt sur la réinsertion pour les centres de détention ;
-- plutôt sur la sécurité pour les maisons centrales ;
-- uniquement sur la sécurité pour les quartiers de sécurité renforcée.

[12]Fize M. Quelle prison pour demain ? Actualités Psychiatriques 1983 ; 3 : 47-52.
[13]Gayda M, Vacola G. Les établissements pénitentiaires, la réforme de 1975. Actualités Psychiatriques 1983 ; 3 : 25-32.

En fait, les différences entre ces catégories d'établissements pénitentiaires, importantes à l'origine, vont progressivement s'estomper :

-- les quartiers de sécurité renforcée sont supprimés en 1982 ;

-- le décret du 23 janvier 1983 a pratiquement aligné, à quelques exceptions près, le régime de vie des détenus incarcérés en maison centrale sur celui dont bénéficient les condamnés hébergés dans les centres de détention.

Depuis 1975 et plus encore depuis le début des années 80, les efforts ont porté sur l'amélioration de la condition du détenu et l'uniformisation des régimes de détention, l'objectif poursuivi étant l'ouverture des prisons sur le monde extérieur. Ce décloisonnement des établissements pénitentiaires touche non seulement tous les aspects de la vie carcérale (travail, santé, loisirs et relations avec l'extérieur notamment), mais également tous les établissements : maison d'arrêt, centre de détention et maison centrale.[7]

En 1972 est abrogée la règle du silence instaurée en prison pour empêcher les condamnés de se corrompre davantage pendant leur captivité par l'enseignement mutuel du crime et de la corruption. L'introduction de la radiophonie dans les cellules se fait en 1974. Ce n'est qu'en 1983 que le costume pénal cesse d'être obligatoire. La télévision est autorisée en cellule depuis 1985. La progressive émergence des droits des détenus représente un inimaginable et radical changement des règles du jeu carcéral encore récemment fondées sur la stricte discipline de type militaire, avec l'obéissance sans faille pour corollaire.[10]

Parmi les activités de l'institution carcérale destinées aux personnes incarcérées certaines visent par une désocialisation minimale du sujet à lui donner pour l'avenir des outils d'adaptation sociale (exemple de l'enseignement) alors que beaucoup d'autres (travail pénal, formation professionnelle) parce qu'elles renforcent le mécanisme de socialisation pénitentiaire c'est-à-dire d'adaptation du sujet à la prison, ne sont pas véritablement des activités propres à assurer cet objectif de réinsertion sociale poursuivi par la prison.[12]

Dès lors la prise en charge des personnes incarcérées, confiée à l'Administration Pénitentiaire, ne relève pas d'une gestion totalitaire de l'institution et appartient tout autant à d'autres intervenants pouvant apporter leur pierre à l'édifice. Divers secteurs sont sollicités plus intensément, celui de l'éducation et celui de la santé en particulier ; l'idée maîtresse étant une solidarité au service du relèvement des personnes incarcérées.[14]

---

[7]Ibid

[10]Ibid

[12]Ibid

[14]Duchemin H. Point de vue de l'Administration Pénitentiaire sur la création des centres médico-psychologiques régionaux. L'information Psychiatrique février 1983 ; 59 ; 2 : 145-153.

Progressivement, la personne incarcérée est considérée non plus comme le marginal qu'il faut aider, mais comme un citoyen qui, malgré la sanction qui le frappe, reste partie intégrante de la communauté nationale. À ce titre elle demeure, ainsi que sa famille, bénéficiaire de toutes les mesures sociales touchant le citoyen libre.

Il faut donc substituer à la logique sécuritaire de l'institution carcérale, une autre logique pénitentiaire : celle de la responsabilité individuelle de la personne incarcérée et de la progression du droit à l'intérieur de la détention.

Parmi les droits à affirmer en priorité, il convient de citer le droit à la santé, certaines garanties de défense en matière disciplinaire, l'élargissement des possibilités de communication avec l'extérieur, le droit à une formation scolaire et professionnelle authentique.[12] Partout, le dialogue et la concertation doivent devenir la règle.

Cette réflexion sur le régime et le concept de peine aboutit au début de ce millénaire, à la mise en place progressive d'une nouvelle vision de gestion de la peine à travers le projet d'exécution de peine.

Le projet d'exécution de peine est un dispositif destiné à atteindre trois objectifs :

-- donner plus de sens à la peine privative de liberté en impliquant la personne incarcérée ;

-- définir des modalités de prise en charge et d'observation permettant une meilleure connaissance de la personne incarcérée, améliorer l'efficacité des actions visant à sa réinsertion et accroître la sécurité des établissements ;

-- améliorer l'individualisation judiciaire et administrative de la peine en proposant au juge ou à l'autorité administrative compétente des éléments objectifs d'appréciation du comportement de chaque personne incarcérée sur lesquels il peut fonder sa décision.

Le projet d'exécution de peine doit être mis en oeuvre dans tous les établissements pour peine, ce qui ne manquera pas de faire émerger une nouvelle organisation interne, basée sur un travail pluridisciplinaire destiné à assurer une prise en charge globale de la personne incarcérée et à individualiser son parcours carcéral.[15]

---

[12]Ibid

[15]Ministère de la Justice. Administration Pénitentiaire : rapport annuel d'activité 2000. Editions La Documentation Française 2002 : 311.

Chapitre 4. L'organisation actuelle de l'Administration Pénitentiaire

Comme toutes les grandes administrations de l'Etat, l'Administration Pénitentiaire comporte une administration centrale qui siège au Ministère de la Justice à Paris et des services extérieurs qui comprennent un échelon régional et un échelon local.[7]

Il existe neuf régions géographiques pénitentiaires et une mission d'outre-mer :

-- Bordeaux ;

-- Dijon ;

-- Lille ;

-- Lyon ;

-- Marseille ;

-- Paris ;

-- Rennes ;

-- Strasbourg ;

-- Toulouse ;

-- Outre-mer.[15]

La direction de l'Administration Pénitentiaire a pour rôle de gérer les prisons, de contrôler et d'appliquer toutes les mesures concernant les délinquants condamnés, même quand ils se trouvent en liberté, lors d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'une libération conditionnelle ou d'une condamnation à une peine de substitution. De façon plus restrictive, on reconnaît généralement deux missions complémentaires à la prison, symbole de l'Administration Pénitentiaire :

-- une mission de sécurité et de protection de la société : c'est la garde et l'entretien des personnes incarcérées. L'Administration Pénitentiaire a pour fonction d'assurer la mise à exécution des décisions judiciaires prononçant une peine privative de liberté ou ordonnant une incarcération provisoire et d'assurer la garde et l'entretien des personnes qui, dans les cas déterminés par la loi, doivent être placées ou maintenues en détention en vertu ou à la suite de décisions de justice.

-- une mission de réinsertion consistant à éviter les effets désocialisants de l'incarcération et à préparer le retour à la liberté des personnes incarcérées : à l'égard de toutes les personnes incarcérées dont elle a la charge à quelque titre que ce soit, l'Administration Pénitentiaire

[7]Ibid

assure le respect de la dignité inhérente à la personne humaine et prend toutes les mesures destinées à faciliter leur intégration dans la société.

Si l'on peut assimiler la première mission sécuritaire à une obligation de résultats s'imposant à l'Administration Pénitentiaire, il va de soi que la mission de réinsertion ne constitue qu'une obligation de moyens.

Chapitre 5. Les Etablissements Pénitentiaires

Au 1er janvier 2001, près de 190 000 personnes sont sous la responsabilité de l'Administration Pénitentiaire (75% le sont au titre d'une mesure ou d'une sanction suivie en milieu ouvert, 25% sont incarcérées).[15]

On compte 186 établissements au 1er janvier 2001, qui totalisent un nombre de places opérationnelles de détention de 49 593, parmi lesquels, 118 maisons d'arrêt. Le rapport entre le nombre de personnes incarcérées et le nombre de places opérationnelles (densité de population carcérale) est, au total, de 98,4 personnes incarcérées pour 100 places au 1er janvier 2001.

Depuis 1990 la densité de population carcérale a fortement diminué : elle était de 124% au 1er janvier 1990, de 112% au 1er janvier 1995, de 105 % au 1er janvier 2000, de 98% au 1er janvier 2001. Le niveau atteint en 2000 est le plus bas depuis le 1er juillet 1988, date à laquelle la statistique de la densité carcérale a été instaurée et où cette densité s'établissait à 150 personnes incarcérées pour 100 places.[15]

Le décret du 23 mai 1975 a diversifié les établissements pénitentiaires et permet de décrire deux grands type d'établissement :

-- les maisons centrales et les centres de détention ;

-- les maisons d'arrêt.[13]

L'Administration Pénitentiaire a fait procéder depuis 1987 à la fermeture de 30 établissements vétustes ou inadaptés (fermeture liée au « programme 13 000 » d'A. Chalandon et à la construction d'établissements dans les Antilles – Guyane) et à la construction de 41 établissements.

Toutefois, l'amélioration liée à la modernisation du patrimoine pénitentiaire ne doit pas occulter le mauvais état général du parc qui comporte un nombre important d'établissements vétustes, dégradés et au fonctionnement inadapté. Quelques chiffres sont éloquents :

-- 92 établissements sont installés dans des immeubles construits depuis un siècle ou plus, dont certains sont des anciens biens d'Eglise transformés en prisons pendant la période révolutionnaire ;

---

[15]Ibid
[15]Ibid
[13]Ibid

-- seuls 55 établissements (hors centre de semi-liberté) construits ou entièrement rénovés depuis 1968 satisfont aux normes actuelles de détention même s'ils représentent près de 52 % de la capacité totale du parc ;

-- plus de la moitié des établissements se caractérise par des structures traduisant des conceptions pénitentiaires anciennes, inadaptées au régime moderne de détention.[15]

Les établissements sont à l'heure actuelle regroupés en deux catégories en fonction notamment du type de population pénale qu'ils accueillent : population prévenue et population condamnée à de courtes peines, population condamnée à de longues peines.[7]

Section 1. Les Maisons d'Arrêt

Les maisons d'arrêt reçoivent, en théorie, les prévenus et les condamnés dont la peine n'excède pas un an. En fait, en raison de la durée de la procédure, les prévenus peuvent y rester plusieurs années et les condamnés y restent souvent beaucoup plus longtemps que la durée légale prévue en raison de l'encombrement des maisons centrales et des centres de détention.[13] Il existe en principe une maison d'arrêt auprès de chaque tribunal de grande instance, cour d'appel ou cour d'assises. Accueillant principalement des prévenus pas encore condamnés à titre définitif, ces établissements doivent assurer :

-- le respect des prérogatives du magistrat saisi du dossier de l'information ;

-- le respect de la présomption d'innocence ;

-- le respect du libre exercice des droits de la défense.[7]

Les maisons d'arrêt représentent la catégorie d'établissement la plus nombreuse et accueillent la grande majorité des personnes incarcérées. Ces prisons, dont les régimes de détention sont en théorie similaires, recouvrent une réalité très diverse, allant de la petite maison d'arrêt de province hébergeant une vingtaine de détenus au centre pénitentiaire de Fleury-Mérogis où le nombre de personnes incarcérées avoisine les 5000.[16]

Le régime de détention applicable aux maisons d'arrêt est normalement celui de l'emprisonnement individuel. En réalité, l'énorme majorité des personnes incarcérées dans ce type d'établissement se trouve soumise au régime d'emprisonnement en commun. Le

[15]Ibid
[7]Ibid
[13]Ibid
[7]Ibid
[16]Ridel L. L'Administration Pénitentiaire et la prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques. L'Evolution Psychiatrique 1993 ; 58 : 21-26.

problème majeur qui se pose à l'heure actuelle dans les maisons d'arrêt est, bien sûr, celui du surencombrement, presque endémique, régnant dans ce type d'établissement. La densité de population carcérale atteint 105% en maisons et quartiers de maison d'arrêt. Trente-cinq maisons ou quartiers de maisons d'arrêt ont une densité supérieure à 150%.[15] En 2003, à la maison d'arrêt de Douai, le nombre de places théoriques est de 384, le nombre de places maximales est de 550, le taux d'occupation moyen de l'année est de 151%.[17]
Les conditions de détention y sont souvent catastrophiques et parfois contraires aux normes européennes au point de vue de l'hygiène et de l'espace minimum. Cette situation ne manque pas d'inquiéter quand on sait qu'elle intéresse majoritairement des personnes incarcérées prévenues c'est-à-dire présumées innocentes au regard de la loi.[12]

Section 2. Les Etablissements pour Peine

Lorsque les personnes incarcérées perdent leur statut de prévenu, elles deviennent condamnées à l'issue de leur passage devant la cour d'assises ou le tribunal correctionnel, elles vont quitter la maison d'arrêt pour rejoindre une maison centrale ou un centre de détention. Si le reliquat de peine est très important elles effectueront au préalable un stage au Centre National d'Observation des prisons de Fresnes.[16] Ce dernier est un organisme spécialisé dans l'observation des condamnés à des peines d'au moins deux ans de prison, en vue de les diriger dans l'établissement pénitentiaire le plus favorable à leur réinsertion. En fait, en raison du nombre élevé de condamnés et des conditions de fonctionnement, il existe un grand décalage entre les objectifs théoriques et les pratiques. Il reçoit en observation des condamnés à plus de huit ans de prison actuellement et le délai d'attente entre la fin de l'observation et l'affectation dans l'établissement demandé est de plusieurs mois en général.[13] L'administration centrale pénitentiaire fournit le dossier de personnalité comprenant des renseignements d'ordre judiciaire, l'exposé des faits ayant entraîné la condamnation, ainsi que l'avis des magistrats sur les moyens d'obtenir le relèvement du condamné, une copie de l'expertise psychiatrique qui a été faite au cours de l'instruction préparatoire, une enquête sociale effectuée par l'assistante sociale du lieu de mutation du condamné, des renseignements pénitentiaires sur la

[15]Ibid
[17]Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Douai 2003.
[12]Ibid
[16]Ibid
[13]Ibid

conduite du détenu en prison.

L'observation proprement dite a une durée qui se situe autour de 5 à 6 semaines dans le cadre d'un régime cellulaire intégral de jour et de nuit. Elle comprend des examens médicaux somatiques, psychiatriques, psychotechniques et une observation par le personnel éducatif et de surveillance. Le travail s'effectue grâce à une équipe pluridisciplinaire et aboutit à la constitution d'un dossier destiné à l'administration centrale afin de décider de l'orientation du détenu.

Il existe 55 établissements pour peine :

-- 24 centres de détention nationaux et régionaux (accueillant les condamnés considérés comme présentant les perspectives de réinsertion les meilleures). Dans les centres et quartiers de détention, la densité de population carcérale est de 87% en 2000, en baisse de deux points par rapport à 1999 ;

-- 6 maisons centrales. Dans les maisons et quartiers de maison centrale, la densité de population carcérale s'établit à 89% en 2000 (contre 85% en 1999) ;

-- 25 centres pénitentiaires (établissements mixtes comprenant deux types de régime pénitentiaire, par exemple un centre de détention et une maison d'arrêt), avec une densité de 98,5% en 2000 contre 116,7% en 1999.[15]

Le régime des centres de détention est principalement orienté vers la resocialisation des condamnés. Les maisons centrales sont caractérisées par un régime et une organisation pour la prise en charge des détenus dangereux.[13] En simplifiant à l'extrême, les détenus condamnés à une longue peine, récidivistes réputés dangereux, sont plutôt orientés vers des maisons centrales, tandis que les détenus primaires pour lesquels le pronostic de réinsertion est optimiste ou se trouvant en fin de peine sont le plus souvent affectés en centre de détention.

Les détenus hébergés dans ces établissements pour peine bénéficient d'une cellule individuelle et de conditions de détention plus confortables que celles régnant en maison d'arrêt ; non seulement parce que les établissements pour peine ne connaissent pas le phénomène de surencombrement, mais aussi parce que, accueillant des personnes condamnées à de longues peines, on dispose alors du temps nécessaire à la mise en oeuvre d'un régime axé sur la resocialisation.[16]

---

[15]Ibid
[13]Ibid
[16]Ibid

Titre II. L'APPARITION DE LA PSYCHIATRIE EN MILIEU CARCERAL

L'esprit du XIX^{ième} siècle, s'appuyant sur l'article 64 du Code Pénal de 1810 et de la loi du 30 juin 1838, était de vider les prisons des malades mentaux reconnus irresponsables et de les confier aux aliénistes. Par la circulaire Chaumié du début du XX^{ième} siècle, en incluant dans l'article 64 le concept d'atténuation de la responsabilité, les délinquants ayant des troubles mentaux sont moins lourdement punis, mais retournent en prison. Un mouvement inverse de celui du XIX^{ième} siècle s'amorce.[18] Cette circulaire légitime une prise en charge psychiatrique dans les établissements pénitentiaires.[2] Les malades mentaux vont retrouver progressivement une place en prison au cours du XX^{ième} siècle.

[18]Denante F, Burtin J-M, Milleret G. La psychiatrie en prison : histoire des SMPR. Nervure septembre 1995 ; VIII ; 6 : 65-68.
[2]Ibid

Chapitre 1. Des débuts difficiles

Le psychiatre, en tant qu'expert intervenant de façon ponctuelle et limitée dans le milieu carcéral à la demande du juge, a longtemps été le seul point de passage entre les institutions psychiatrique et carcérale. La légitimation d'une intervention psychiatrique dans la prison se fonde sur bien d'autres arguments : la prise en charge des pathologies de carence liées à la précarité de la majorité des personnes incarcérées, le traitement des troubles mentaux en lien avec l'incarcération et surtout les soins à apporter aux personnes incarcérées reconnues responsables mais présentant néanmoins des troubles neuropsychiques.[2] Partageant le sort de toute la médecine pénitentiaire, la psychiatrie s'est développée sous le signe de la pénurie.[19] C'est à partir des travaux de la Société Médico-Psychologique en 1868 que s'esquisse la nécessité d'une prise en charge spécifique des malades mentaux dangereux comme des criminels dangereux avec l'ébauche des services hospitaliers « Unités pour Malades Difficiles » et la création d'établissements pénitentiaires spécifiques ; ces deux courants parallèles seront longtemps divergents et les passerelles peu fonctionnelles.[2]

La prise en charge psychiatrique est abordée par les rapports de Heuyer et de Baffos, la résolution Blacque-Bélair en 1931 et la proposition de loi des sénateurs Lisbonne et Camboulives en 1937 dans laquelle certains sujets emprisonnés sont définis de la façon suivante :" des délinquants qui, sans être atteints d'aliénation mentale comportant l'internement dans un asile, apparaissent porteurs d'une anomalie mentale durable, nettement caractérisée, constituant une prédisposition importante à des délits ultérieurs".[20]

Mais un demi-siècle sera nécessaire pour que la prise en charge des soins en santé mentale en milieu carcéral s'ébauche, du fait de la méfiance et du désintérêt des psychiatres et de l'isolement protectionniste de l'Administration Pénitentiaire.[2]

---

[2]Ibid

[19]Hivert P, Hivert A. Chronique de criminologie clinique, évolution de la psychiatrie pénitentiaire en France. Revue pénitentiaire de droit pénal : bulletin de la société générale des prisons et de législation criminelle 1978 : 339-344.

[2]Ibid

[20]Martorell A. Une prison pour malades mentaux ? La maison centrale sanitaire de Château Thierry. Soins Psychiatrie juin-juillet 1990 ; 116/117 ; 69-74.

[2]Ibid

Chapitre 2. Le Mouvement de Défense Sociale

La création du premier laboratoire d'anthropologie criminelle a lieu en Belgique en 1906, emprunt des travaux de C. Lombroso.[18] Les travaux de R. Garofalo, de E. Ferri et de C. Lombroso à la fin du XIX^{ième} siècle ont conduit non seulement à réintroduire le déterminisme dans l'anthropologie et la sociologie criminelle à côté du libre arbitre et des considérations morales et religieuses, mais aussi à tenir compte dans la procédure pénale et les politiques pénitentiaires des principaux éléments bio-psychosociaux qui constituent la personnalité de l'auteur de crimes et de délits.[21]

Le mouvement dit de « Défense Sociale » est européen dès son origine. Il inspire de nombreuses réflexions sur la genèse de la délinquance, l'individualisation des peines et la prévention de la récidive. La Belgique est vite au premier rang. L. Vervaeck sous l'influence notamment de E. de Greef, fort de son expérience dans la prison des minimes de Bruxelles, obtient en 1920 la création d'un service d'anthropologie criminelle dans les prisons importantes de Belgique. Des annexes psychiatriques sont créées dès 1921.

Il s'agit, précise L. Vervaeck en mai 1924 à Paris, dans un rapport au Congrès de Médecine Légale de Langue Française, de faire de la prison un organisme de défense sociale et de prophylaxie criminelle, s'adaptant à toutes les formes de la délinquance, qu'elle soit morbide ou non.[21] Dans le mouvement de la défense sociale, la connaissance de la personnalité devient un préalable à l'élaboration du traitement du délinquant en vue de sa réintégration dans le groupe social.[19] La finalité de l'intervention du psychiatre est plus criminologique que thérapeutique. Il est donc intégré dans un processus de réadaptation sociale.[18]

La plus grande réalisation du réformisme du mouvement éclectique belge est la loi du 9 avril 1930, dite « loi de défense sociale ». Mise en exécution à partir du 1er janvier 1931 et maintenue jusqu'aux réformes de 1964, la loi belge de défense sociale applique la notion d'internement thérapeutique à la criminalité. Elle repose sur deux grands principes :

-- les délinquants reconnus anormaux doivent être soumis à une sentence appropriée à leur état et la durée de cette sentence ne peut être déterminée à l'avance ;

---

[18]Ibid
[21]Archer E, Raviart J-F. Le service médico-psychologique régional de Loos. Soins Psychiatrie juin-juillet 1990 ; 116/117 : 25-27.
[21]Ibid
[19]Ibid
[18]Ibid

-- les récidivistes sont des anormaux passibles du même traitement.[22]

Le but est de faire une sélection, une épuration dans les prisons. On n'y garde que les délinquants "normaux". Quant aux autres, le petit nombre des aliénés, ils continuent d'être acheminés vers les hôpitaux psychiatriques. D'autre part, tous les autres, majoritaires, relèvent d'un système intermédiaire. Une juridiction mixte médico-juridique les astreint à un traitement de durée indéterminée, dans des maisons de défense sociale, sortes de prisons dotées d'équipe psychiatrique.[23]

Une fois l'engouement et les quiproquos passés, l'expérience s'avère décevante. Les maisons de défense sociale ne furent que des prisons un peu plus médiocres, un peu plus désespérantes puisque la durée de séjour y était indéterminée.

À partir des années 1920, la réforme anthropologique des prisons belges tend à devenir un modèle en France.[22] La France regarde chez ses voisins pour inciter le législateur à prendre des dispositions comparables, sans aller pour autant jusqu'à exiger des mesures eugéniques, comme en Allemagne.[24] Dès 1926, E. Gelma (Strasbourg) demande "pour les prisons importantes, la constitution d'une infirmerie psychiatrique, avec disposition spéciale des locaux, personnel de surveillance spécialisé ayant fait un stage dans les asiles, et à la tête duquel il y aurait un psychiatre"."Il serait facile d'organiser, dans les chefs-lieux de circonscriptions pénitentiaires, dans les prisons situées dans les villes où existe un asile d'aliénés, une infirmerie spéciale, dont le médecin de l'asile du lieu prendrait la direction médicale. Là, seraient les prévenus soumis à l'inspection, les détenus atteints de maladie mentale évidente en cours de peine. On observerait des condamnés au double point de vue anthropologique et médico-légal et à l'occasion, on pourrait faire un centre d'enseignement.".[25]

Il faut attendre 1927 pour que se mette en place dans une maison cellulaire à Lille une consultation ayant un objectif de dépistage des troubles mentaux des entrants à l'instigation du Dr. Vullien et du Pr. Raviart proches des travaux des Ecoles de la Défense Sociale et

---

[22]Renneville M. Indices historiques pour une généalogie des soins obligés. In : Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente. XXXII^{ième} congrès français de criminologie, association française de criminologie, société belge de criminologie, université Lille II, éditions Dalloz 2002 : 9-27.

[23]Broussolle P, Roulleau C. Structures psychiatriques et délinquances. Nouvelle forme de prise en charge. L'Information Psychiatrique octobre 1977 ; 53 ; 8 : 921-927.

[22]Ibid

[24]Renneville M. Crime et folie. Deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires. Editions Fayard 2003 : 527.

[25]Martorell A. Malades psychotiques en milieu carcéral : esquisse historique et éléments d'actualité. L'Information Psychiatrique avril 1991 ; 4 : 293-307.

d'Anthropologie Criminelle belges dans le droit-fil de Prins, de Greef ou Vervaeck.[2] Le Dr. Vullien emploie l'argument qui lui semble le plus convaincant : « pour rendre plus acceptable la position de l'expert - aliéniste en justice criminelle - il faut créer dans les prisons des annexes psychiatriques. ». Il rapporte les tentatives menées en ce sens, à la maison cellulaire de Loos-lès-Lille : il s'agit d'une expérience modeste puisqu'elle n'est appuyée d'aucun crédit. En raison de la pénurie de personnel pénitentiaire, il est impossible d'organiser l'observation continue.[21]

En 1931, on peut faire le point sur le débat français en partant de la proposition de résolution du député Blacque Bélair, rédigée pour l'essentiel par le Dr. A. Cellier.[22] L'expertise psychiatrique est au centre du débat, l'annexe psychiatrique étant un instrument pour sa réalisation dans de bonnes conditions.[25] Blacque Bélair propose trois mesures pour adapter la politique criminelle aux données de la science :

-- la création dans les prisons à détention préventive des annexes psychiatriques pour dépister les troubles mentaux ;

-- la création de laboratoires d'anthropologie criminelle ;

-- la création de centres de triage ou maisons d'observation pour les enfants vagabonds dans le but de recueillir et d'étudier ces mineurs, dès lors qu'ils ne présentent pas d'intention délictueuse caractérisée.

La proposition de Blacque Bélair ne sera pas adoptée par l'Assemblée Nationale.[22]

Suite au décret du 31 mars 1936, des annexes psychiatriques commencent timidement à fonctionner en région parisienne dans les prisons de la petite Roquette, Fresnes et la Santé dirigées respectivement par les Drs. Schiff, Badonnel et Cellier.[20] Le décret du 22 mai 1936 crée le Conseil Supérieur de Prophylaxie Criminelle. Une proposition de loi de protection sociale relative aux "délinquants mentalement anormaux" est déposée au Sénat durant la séance du 8 juin 1937 par les sénateurs Lisbonne et Camboulives. La première distinction entre cette loi et la loi de défense sociale belge est la suivante : la proposition laisse de côté « les cas où il s'agit d'un aliéné ». Les « déments criminels » sont exclus de l'application de la loi. Cette loi prévoit la création auprès des maisons d'arrêt, à raison d'une au moins par cour

[2]Ibid
[21]Ibid
[22]Ibid
[25]Ibid
[22]Ibid
[20]Ibid

d'appel, d'une annexe psychiatrique où peuvent être mis en observation, par les juridictions d'instruction et de jugement, les inculpés donnant des raisons de croire qu'ils présentent des troubles mentaux. L'article 18 de la proposition de la loi indique que les condamnés pour crime ou délit qui, au cours de leur peine, manifestent une anomalie mentale, peuvent, sous réquisition du procureur de la république, être placés en observation dans l'annexe psychiatrique.[25]

Les périodes précédant la première guerre mondiale et l'entre deux guerres ne voient que des expériences de courte durée, d'ouverture et de fermeture "d'annexes psychiatriques" de prison qui, faute d'une volonté politique et surtout de moyens propres, ne sont que des tentatives éphémères.[26]

Le principal souci des médecins aliénistes s'occupant de pathologies mentales en prison est le dépistage de ces "anormaux mentaux" que nous assimilons aujourd'hui aux déséquilibrés psychopathes. La guerre coupe court à tout effort de mise en place de ce dépistage.[25]

[25]Ibid
[26]Laurans J. Assistance psychiatrique et prison. Soins Psychiatrie juin - juillet 1990 ; 116/117 : 22-24.
[25]Ibid

Chapitre 3. Les Maisons Centrales Sanitaires

En 1870 A. Foville propose pour certains criminels et pour les condamnés devenus aliénés d'établir auprès de certains établissements pénitentiaires un quartier spécial d'aliénés, aménagé comme le sont les asiles et d'en confier la direction à des médecins aliénistes expérimentés. J. Falret, en 1868, malgré son opposition à la création d'asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels et ses critiques acerbes du quartier de la sûreté de Bicêtre, admet le bien-fondé de la création de petits quartiers d'aliénés annexés à quelques maisons centrales. M. Parchappe, en 1851 et A. Brierre de Boismont, en 1846, avaient aussi fait des propositions en ce sens.[6] Le 17 mai 1876 s'ouvre une annexe psychiatrique pour "condamnés aliénés épileptiques" à la centrale de Gaillon dans l'Eure.[27] Après la fermeture de la centrale, l'asile annexe devient « l'asile spécial des condamnés aliénés et épileptiques », jusqu'à sa fermeture en 1906. L'annexe de Gaillon, dont le dernier médecin chef a été Henri Colin[2], est le précurseur du centre d'observation psychiatrique pénitentiaire pour condamnés à de longues peines de Château Thierry créé par J. Dublineau en 1950.[20] Le 4 mai 1951, au conseil supérieur de l'Administration Pénitentiaire, C. Germain parle du centre d'observation psychiatrique de Château Thierry comme d'une nécessité urgente en raison de l'augmentation constante du nombre de détenus anormaux dans les établissements pénitentiaires recevant des sujets condamnés à des peines privatives de liberté. Dès sa naissance, le statut ambigu de l'établissement était posé, pour des raisons complexes, avec sa spécificité psychiatrique déclarée et ses critères d'admission fondés sur les troubles du comportement ainsi que sur le degré de perturbations occasionnées par ces derniers en détention.[6] C'est une prison, non un établissement de santé et encore moins un établissement hospitalier régis par la loi du 30 juin 1838. J. Dublineau ne veut nullement faire de cet établissement un hôpital psychiatrique mais plutôt une sorte de centre de redressement. En 1985, ce centre prend le nom de maison centrale sanitaire du centre pénitentiaire de Château Thierry et est transformé en établissement spécialisé pour détenus psychopathes condamnés à de longues peines.[20]

Il faut souligner que l'intitulé de maison centrale sanitaire au sein du centre pénitentiaire de

---

[6]Ibid
[27]Gérard H. Historique des institutions psychiatriques prenant en charge les troubles du comportement et l'agressivité. Soins Psychiatrie décembre 1992 - janvier 1993 ; 146/147 : 4-7.
[2]Ibid
[20]Ibid
[6]Ibid
[20]Ibid

Château Thierry, correspond à une sorte de vocation qui continue à être non reconnue sur le plan sanitaire. Pour le Ministère de la Santé, à Château Thierry on ne soigne pas de sujets pathologiques ou psychotiques. C'est une centrale comme les autres avec une infirmerie renforcée. L'idéal serait la reconnaissance du bien-fondé d'une telle structure par le Ministère de la Santé avec la mise en place de moyens suffisants, financés par ce dernier, permettant un travail institutionnel et une prise en charge psychiatrique digne de ce nom. Il faut tenir compte du fait que la plupart de ces sujets aliénés (schizophrène, délirant chronique halluciné, paranoïaque...) n'ont pas leur place dans des services de secteur. Ils se retrouvent dans un lieu de soins obligés sans statut d'établissement sanitaire.[6] Château Thierry reste un problème non résolu tant sur le plan pénitentiaire que sanitaire.[2] Actuellement la population de Château Thierry est composée de condamnés présentant de graves troubles psychotiques venant de tous les établissements pour peines de France. La création des SMPR ne résoudra pas le problème posé par la prise en charge de ces personnes présentant des états psychotiques avérés, plus ou moins décompensées, accueillies à Château Thierry.

Quelques années après la création de Château Thierry, s'ouvre le centre de réadaptation pour psychopathes d'Haguenau.[2] La maison centrale sanitaire de Metz le remplace en 1986. Elle est implantée dans les anciens locaux de la maison d'arrêt de Metz, rue Maurice Barrès d'où son appellation « Metz Barrès ». L'ensemble prévu pour 72 personnes à pleine capacité est assez exigu. Un taux d'occupation moyen de 80% permet de moins souffrir du manque d'espace. Metz est également un centre de détention et certaines activités communes permettent la rencontre des prisonniers des deux types de quartier.[28] Elle a pour mission de prendre en charge des détenus qualifiés de « psychopathes » au sens carcéral du terme. En fait, outre les patients atteints de déséquilibre psychique, il existe au sein de cette population pénale une forte proportion de patients atteints de psychose.[29] De manière identique à ce qui est observé à Château Thierry, les psychiatres de Metz Barrès recensent environ 35% de psychotiques au sein de leur population.[28] Il n'existe aucune spécificité des surveillants travaillant à la maison centrale sanitaire. Ils sont affectés selon un plan de service ordinaire. Le travail du psychiatre ne peut prendre le modèle de la consultation simple puisque la

[6]Ibid
[2]Ibid
[2] Ibid
[28]David M. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. Editions Presses Universitaires de France, 1993 : 128.
[29]Basse F, Basse E, Muller C, Paniel A. La maison centrale sanitaire de Metz. Soins Psychiatrie juin - juillet 1990 ; 116/117 : 38-41.
[28]Ibid

demande psychiatrique est induite, pour ne pas dire forcée dans certains cas. Contrairement au modèle hospitalier, le but avoué de l'institution n'est pas le traitement médical, mais d'abord l'adaptation à l'incarcération. L'absence d'un cadre législatif similaire à la loi du 30 juin 1838 se fait sentir comme une entrave à la bonne qualité des soins dans ce milieu carcéral.[29] La maison centrale de Metz ferme ses portes au cours des années 1990.[2]

[29]Ibid
[2]Ibid

Chapitre 4. De 1947 à 1967 : création des Annexes Psychiatriques

La seconde guerre mondiale marque un tournant dans l'essor de la santé en prison, dans la place du droit à la santé et des acteurs de santé en prison. C'est le début d'une période où les changements institutionnels s'accélèrent, où les initiatives novatrices en matière d'accès des personnes incarcérées à la santé se multiplient et se concrétisent certes, souvent de façon velléitaire et incomplète, mais assurément plus qu'avant la guerre. Par ailleurs, la seconde guerre mondiale marque un tournant dans la construction des professions de santé. Le tournant n'est pas tant dans l'accès à l'autonomie (encore très contesté et limité) des médecins intervenant en prison que dans l'écart qui se creuse entre ces praticiens et ceux qui exercent en milieu libre, en libéral, à l'hôpital ou dans d'autres institutions médicalisées.[3]

Section 1. Le Rapport Paul Amor de 1947

Dans la réforme Amor, les anormaux mentaux sont l'objet d'une attention particulière : il s'agit d'une catégorie de délinquants qui doit retenir notre attention non seulement parce qu'il est juste de leur donner les soins que réclame leur état, mais parce que, de toute évidence, ces soins sont à la sortie de prison un facteur important de prévention de la récidive.[2] Ainsi, le 2 juillet 1946, P. Amor définit le rôle des annexes psychiatriques : " elles ont pour but d'éclairer la justice par le dépistage et le traitement des délinquants mentalement anormaux qui se trouvent dans des établissements pénitentiaires".[5] Dans tout établissement devrait fonctionner un service social et médico-psychologique.

Section 2. Le Code de Procédure Pénale de 1958

Le Code de Procédure Pénale de 1958 intègre les dispositions relatives à l'hygiène et au service sanitaire (articles D.349 à D.401) prévoyant dans chaque établissement un service médical et une infirmerie. Le droit de la personne incarcérée à la protection de sa santé est

[3] Ibid
[2] Ibid
[5] Ibid

indirectement reconnu puisqu'elle ne peut être soumise à un travail, à des sanctions ou à des expériences scientifiques portant atteinte à son intégrité physique.[9]

Les articles D.395 à D.398 sont les suivants :

-- article D.395 : des consultations d'hygiène mentale peuvent être organisées dans chaque maison d'arrêt ;

-- article D.396 : les détenus peuvent, sur leur consentement écrit et après l'avis conforme du médecin, être soumis à une cure de désintoxication alcoolique avant leur libération ;

-- article D.397 : des services psychiatriques sont organisés dans certains établissements pénitentiaires sous l'autorité médicale d'un psychiatre désigné par le ministre de la justice, sur proposition du directeur régional et après avis du préfet. Les détenus écroués dans les dits établissements sont soumis à un examen mental systématique de dépistage et, s'il y a lieu, placés en observation au service psychiatrique ;

-- article D.398 : prévoit que « les détenus en état d'aliénation mentale ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Sur la proposition du médecin de la prison et conformément à la législation générale en matière, il appartient au préfet de faire procéder à leur internement. Cet internement doit être effectué d'urgence s'il s'agit d'un individu dangereux pour lui-même ou pour autrui… ».[30]

Le Code de Procédure Pénale officialise l'existence de consultations d'hygiène mentale dans les maisons d'arrêt (article D.395) et de services psychiatriques (article D.397), mais il n'en définit pas les statuts. Il ne concerne que le psychiatre en tant que médecin traitant et non le psychiatre en tant que médecin expert[31]. Il prévoit implicitement la création des futurs Centres Médico-Psychologiques dans son article D.397.[32]

De 1959 à 1972,1a consultation d'hygiène mentale est assurée par des psychiatres vacataires dans chaque maison d'arrêt.[18]

Il faut mettre l'accent sur les dispositions médico-légales qui régissent un état d'aliénation mentale en milieu carcéral. La contrainte de soins est seulement envisageable dans le cadre de l'internement au sein des établissements régis par la loi de 1838, ce qui n'est pas le cas des annexes psychiatriques (ainsi que des Centre Médico-Psychologiques Régionaux puis des

[9] Ibid

[30]Manzarena C, Senon J-L. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques. Annales médico-psychologiques 2004 ; 162 ; 8 : 686-699.

[31]Barthe H-N. Le psychiatre et le système pénitentiaire français. In : Précis de législation psychiatrique, à l'usage des praticiens de la santé mentale et des étudiants candidats au concours hospitalier. Editions Publicat 1980 : 125-127.

[32]Hubert J-P. Les centres médico-psychologiques régionaux. L'Encéphale 1976 ; II : 225-228.

[18]Ibid

Services Médico-Psychologiques Régionaux).[33] L'article D.398 du Code de Procédure Pénale est conçu en continuité de la loi du 30 juin 1838 qui prévoyait déjà, dans son article 24, la séparation des délinquants et des malades mentaux. Son inspiration humaniste et humanitaire est manifeste, puisqu'il permet le libre consentement de soins en milieu carcéral. En effet, c'est précisément dans le cas d'un individu dont la liberté est juridiquement restreinte que la protection de la liberté restante est fondamentale et nécessite une référence au droit commun.[34] Il stipule que les malades mentaux en état d'aliénation mentale ne relèvent pas de la prison et que, dès lors, ils sont susceptibles d'être transférés dans un établissement régi par la loi du 30 juin 1838, qu'il soit spécialisé dans la prise en charge de malades mentaux dangereux ou non.[33]

Section 3. Création et évolution de différentes annexes psychiatriques

À partir de 1947, des annexes psychiatriques s'ouvrent. La première annexe psychiatrique est créée à Rennes.[6] En 1950 suit la création des annexes psychiatriques de Fresnes et de Lyon .[18] L'annexe de Fresnes se met en place sous la direction de P. Baché ; sa mission était l'examen des détenus débouchant non pas sur des soins mais sur un signalement judiciaire en vue d'une expertise et de la production de statistiques.[2] À sa fermeture succède une consultation psychiatrique rémunérée en partie par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales et en partie par l'Administration Pénitentiaire. Le dossier psychiatrique est intégré au dossier médical de la pénitentiaire, ce qui rend assez illusoire la notion de secret médical.[35] Les consultations psychiatriques de Fresnes disparaissent au moment de l'ouverture du Centre Médico-Psychologique Régional expérimental de la Santé, à l'instigation de P. Hivert, pris en charge par l'office publique d'hygiène sociale, structure sanitaire et sociale de lutte contre les fléaux du département de la Seine.[2]

---

[33]Glezer D, Bianchi H, Penverne D. De la création d'intersecteurs de psychiatrie pénitentiaire : aspects éthiques, déontologiques et médico-légaux. Actualités Psychiatriques 1983 ; 3 : 35-39.
[34]Mathis D, Hanon C, Pastour N, Forissier P, Feillard J. L'hospitalisation en milieu psychiatrique des détenus : conditions et modalités, à propos d'une étude effectuée à l'infirmerie psychiatrique. L'Information Psychiatrique avril 2004 ; 8 ; 4 : 285-289.
[33]Ibid
[6]Ibid
[18]Ibid
[2]Ibid
[35]Laurans J, Baron-Laforêt S. Gestation, naissance et développement du service médico-psychologique régional du centre pénitentiaire de Fresnes. L'Evolution Psychiatrique 1993 ; 58 ; 1 : 49-56.
[2]Ibid

L'annexe psychiatrique de la maison d'arrêt de Lyon entre en activité le 1er février 1950 et fonctionne un an. Par son organisation (consultation systématique de tous les entrants dans les maisons d'arrêt Saint-Paul et de correction Saint-Joseph), par les conclusions notées sur la fiche psychiatrique (normaux, subnormaux, anormaux, douteux), elle n'est pas sans rappeler le dépistage de la maladie tuberculeuse. À l'issue de cette visite, le détenu peut être mis en observation à l'annexe où son comportement est noté par les surveillants. À la fin de cette phase d'observation, un rapport du psychiatre est adressé au directeur de la prison et au Parquet. Les observations restent à la disposition de l'expert nommé par le Parquet. En décembre 1950, cet essai d'organisation de consultation d'hygiène psychiatrique est stoppé, faute de crédits. Il permit l'intervention d'un psychiatre dans la prison ainsi que l'ébauche d'une relation entre médecins, personnel pénitentiaire et magistrats. C'est en janvier 1954 que l'annexe de Lyon est remise en fonctionnement. Une nouvelle équipe en prend la charge pendant les deux décennies suivantes, composée notamment des Drs. H. Colin, P. Broussolle, D. Gonin et J. Hochmann.[5] Son orientation thérapeutique se fait à partir de 1958 avec la mise en place d'une infirmerie qui va jusqu'à pratiquer des cures de désintoxication alcoolique.[2] Au départ, la fonction de dépistage, trop astreignante et de peu d'intérêt, ainsi que l'orientation thérapeutique prise par l'équipe médicale, aboutissent à une modification du mode d'admission à l'annexe par une sélection parmi les détenus. Cette sélection s'opère alors à deux échelons différents, selon deux approches du délinquant : l'approche formelle qui résulte de la procédure écrite dont se dégage le concept du délit révélateur et l'approche informelle résultant de toutes les personnes qui ont un contact direct avec le détenu (surveillants, magistrats, visiteurs.…). Dès 1962, l'équipe psychiatrique propose des consultations post-pénales. Elle devient une référence sur le plan des possibilités psychothérapeutiques de groupes en prison. Les années suivantes, l'annexe psychiatrique s'avère être une structure de soins plutôt qu'un centre d'observation. Intervenant aussi dans toute la détention, les membres de l'équipe assistent aux réunions de tous les intervenants auprès de la population carcérale : service éducatif, personnel de surveillance, commission de libération conditionnelle.[5]

Vingt-quatre annexes sont théoriquement prévues, quatorze seulement sont en service et beaucoup s'arrêtent de fonctionner pour des raisons variées, la principale raison étant le manque de personnel. Toutefois l'élan est donné et il subsiste généralement, à la place de

[5]Ibid
[2]Ibid
[5]Ibid

l'annexe, une consultation d'hygiène mentale.[32] Le détournement de l'esprit de la réforme Amor réduit les annexes psychiatriques à un rôle de signalement à l'autorité judiciaire et de statistiques nosologiques. Il se concrétise par une note du Ministère de la Justice du 5 octobre 1950 définissant la fonction de dépistage systématique des anomalies mentales par les annexes psychiatriques, pas dans un but thérapeutique, mais pour un signalement judiciaire en vue d'une expertise ou la production de statistiques.[18]

Il convient de nuancer le constat d'échec lié au caractère éphémère ou velléitaire des initiatives psychiatriques. Tout d'abord, cet échec est en lien avec la faible organisation de la psychiatrie en France jusque dans les années 1960. Par ailleurs, les initiatives des psychiatres montrent une première mise en pratique des discours. La prison commence ainsi à être traversée par un courant psychiatrique qui échappe aux logiques propres au milieu pénitentiaire.[3]

Les lendemains de la Libération sont donc l'occasion de changements dans la place de la santé en prison. Certes, la prison reste totale car elle ne laisse peu ou pas d'autonomie à des personnes extérieures comme les psychiatres. Certes, la prison reste totalitaire parce qu'elle ne reconnaît pas un réel droit à la santé des détenus, parce qu'elle ne leur garantit pas tout au moins un réel accès. Toutefois les formes de professionnalisation des médecins commencent à remettre en cause ces dimensions totale et totalitaire.

[32]Ibid
[18]Ibid
[3]Ibid

Chapitre 5. La création des Centres Médico-Psychologiques Régionaux

Les structures modernes de soins psychiatriques en milieu carcéral sont des créations qui remontent pour la plupart à l'année 1977. Nous assistons à la synthèse de deux grands mouvements qui se développent, l'un dans les structures psychiatriques dépendant du Ministère de la Santé, l'autre du côté du Ministère de la Justice où les responsables de l'Administration Pénitentiaire entreprennent un gros effort de modernisation de leur structure médicale. C'est ainsi que s'organise la rencontre de la psychiatrie de secteur public et de la médecine en milieu pénitentiaire, ce qui permet la création d'unités de soins psychiatriques originales, souples et modernes : les Centres Médico-Psychologiques Régionaux. Ces centres représentent le premier exemple de décloisonnement de la médecine en milieu pénitentiaire.[36]

Section 1. La circulaire N°178-67-16 du 30 septembre 1967

La circulaire N°178-67-16 du 30 septembre 1967 est un texte important entièrement détaillé. Il institue le label « Centre Médico-Psychologique Régional » qui doit remplacer le terme « d'annexe psychiatrique ». Cette circulaire émane du Ministère de la Justice et est adressée aux directeurs régionaux des services pénitentiaires[28]. La notion de région correspond à la région pénitentiaire et non à la région administrative[37]. Le travail de pionnier de P. Hivert pèse lourd sur la sortie de cette circulaire qui crée les Centre Médico-Psychologiques Régionaux et pour la première fois, incite à un travail thérapeutique[2]. Il considère que le mot centre est mieux accepté et apparaît préférable pour désigner un lieu où s'exerce cette activité thérapeutique[38]. Le terme de « centre » est moins pénitentiaire que celui de « quartier » proposé par l'administration.

La circulaire place le personnel médical, bien que rémunéré par la structure sanitaire, sous l'autorité du chef d'établissement pénitentiaire[2]. Elle entérine la soumission des psychiatres au chef d'établissement pénitentiaire, en affirmant leur subordination hiérarchique. Au quotidien, cette subordination se concrétise par la présence de surveillants pendant les consultations, ou

[36]Troisier S. La médecine pénitentiaire en 1982. Actualités Psychiatriques 1983 ; 3 : 11-14.
[28] Ibid
[37]Baron Laforêt S, Brahmy B. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie 1998 ; 37-953-A-10 : 9.
[2] Ibid
[38]Hivert P. Les CMPR aspects historiques. L'Information Psychiatrique février 1983 ; 59 ; 2 : 153-159.
[2] Ibid

par des demandes de prescription de soins de la part des chefs d'établissement[3].

De cette circulaire, il semble intéressant de dégager les aspects suivants [28]:

- le début d'une normalisation précise de la psychiatrie en prison ;
- la dépendance des psychiatres par rapport au Ministère de la Justice, leur laissant peu d'initiatives en particulier concernant la procédure d'admission ;
- la notion de soins s'ajoutant à celle de dépistage ;
- l'initiative des soins cependant dévolue au personnel pénitentiaire, la demande du patient n'apparaissant en aucune sorte ;
- la disparition de l'importance accordée à la recherche et à la documentation (peut-être en lien avec la dépendance obligée par le biais de l'autorisation préalable avant publication au Ministère de la Justice).

Cette circulaire n'a fait l'objet d'aucune concertation avec le Ministère de la Santé, l'Administration Pénitentiaire préférant continuer à faire cavalier seul. Elle est appliquée durant une décennie, témoin de la persistance de résistances au décloisonnement du milieu pénitentiaire.[2]

Section 2. Le règlement intérieur des Centres Médico-Psychologiques Régionaux du 28 septembre 1977

Il faut arriver en 1974, à la situation dramatique qui résulte de l'absence de structure de soins psychiatriques fonctionnelles en prison, pour que le problème soit à nouveau posé. Il découle d'une part de l'insuffisance de l'équipement psychiatrique pénitentiaire et d'autre part de l'impossibilité d'acheminer le délinquant malade mental sur l'hôpital. Dans une vingtaine de départements, l'autorité préfectorale ne prend plus d'arrêtés de placement d'office concernant les détenus. Le maintien en prison, sans soins, de détenus porteurs de troubles psychiques devient préoccupant. Certains problèmes psychopathologiques qui auraient pu être abordés en milieu carcéral dans des structures d'accueil adaptées, engendrent des réactions violentes dans

[3] Ibid
[28] Ibid
[2] Ibid

la vie quotidienne carcérale du fait de cette carence.[38]

Mme S. Veil, magistrat et Ministre de la Santé, a une action déterminante dans l'évolution du statut des Centres Médico-Psychologiques Régionaux. Elle présente en 1977 le projet de création de 17 CMPR confiés aux champs sanitaires et gérés par les hôpitaux.[2] Il est proposé d'équiper les CMPR dans certaines maisons d'arrêt sur le modèle du secteur psychiatrique. L'importance de l'offre surprend heureusement les praticiens en prison. Elle permet de jeter les bases d'un authentique équipement psychiatrique en milieu carcéral.[38]

Le souci des deux partenaires, le Ministère de la Santé et le Ministère de la Justice, est alors de préserver les intérêts des deux parties : les besoins de l'Administration Pénitentiaire et l'exercice d'une médecine indépendante pour les psychiatres. Une circulaire conjointe du Ministère de la Santé et du Ministère de la Justice, parue en 1977, conclut les démarches entreprises et règle le champ d'intervention et les rôles respectifs des parties concernées.[14] Une commission mixte santé-justice précise le 28 mars 1977 le règlement intérieur des CMPR, à travers une circulaire interministérielle Santé/Justice[18]. Les 17 CMPR se mettent progressivement en place sur le territoire national dans la décennie suivante. Le décloisonnement des établissements pénitentiaires débute par le domaine de la santé et plus particulièrement de la psychiatrie[2].

L'orientation thérapeutique s'impose. En préambule de la circulaire, l'objectif est clairement exposé : « (...) Il nous est apparu nécessaire d'assurer dans de meilleures conditions le traitement des détenus souffrant de troubles mentaux, tout en évitant au maximum le transfert dans les hôpitaux spécialisés des malades atteints de troubles sans gravité. ».[28] Les CMPR se substituent aux services psychiatriques définis par les articles D.395, D.396 et D. 397 du Code de Procédure Pénale, ainsi qu'aux CMPR prévues par la circulaire AP-67-16 du 16 décembre 1967. Par ailleurs, ils s'intègrent dans le cadre de l'organisation départementale de lutte contre les maladies mentales.[38]

Les frais de fonctionnement des CMPR sont pris en charge par l'Administration Pénitentiaire tandis que le département du lieu d'implantation est responsable de la constitution d'une équipe pluridisciplinaire dont la charge financière relève du budget départemental d'hygiène

[38]Ibid
[2]Ibid
[38]Ibid
[14]Ibid
[18]Ibid
[2]Ibid
[28]Ibid
[38]Ibid

mentale. Ce texte consacre ainsi l'indépendance technique de l'équipe médicale et para-médicale des CMPR. Le service de santé du CMPR est placé sous le contrôle de son Ministère de tutelle. Le médecin chef du Centre Médico-Psychologique Régional et son équipe dépendent du Ministère de la Santé et des services départementaux.[14]

Sur le plan pratique, il est prévu la création dans chaque région pénitentiaire d'un Centre Médico-Psychologique Régional aménagé au sein d'une prison. Les CMPR doivent être installés dans un quartier distinct de l'établissement pénitentiaire. Les patients sont essentiellement des prévenus. Les condamnés aux longues peines ne relèvent pas des CMPR et devraient être affectés dans les établissements spécialisés pour condamnés psychopathes. Ils peuvent néanmoins être transitoirement admis en CMPR en attendant leur transfert dans de tels centres.[28]

La circulaire de 1977 donne pour la première fois aux médecins la pleine responsabilité de l'admission et de la sortie des patients.[35] Les admissions au centre sont prononcées par le médecin-chef sur proposition éventuelle du chef d'établissement. Le magistrat instructeur peut aussi demander au médecin-chef le placement de prévenus. Les sorties sont ordonnées par le médecin-chef qui doit formuler toute proposition utile sur la destination pénale de la personne incarcérée s'il s'agit d'un condamné. En cas de libération d'une personne incarcérée placée au CMPR le médecin-chef, s'il estime qu'un suivi extérieur doit être établi, transmet au médecin-chef du secteur de résidence du sujet tous les renseignements médicaux nécessaires. L'autorité responsable de ces services est double, constituée à la fois du chef d'établissement pénitentiaire et du médecin chef.[28]

L'activité des consultations psychiatriques est comparable à ce qui se pratique à l'extérieur dans un dispensaire d'hygiène mentale. Les médecins psychiatres et leurs collaborateurs ont la possibilité de recevoir aussi longtemps et aussi souvent qu'ils le désirent, en tête-à-tête, les détenus à qui ils prodiguent des soins. Ils ont bien entendu toutes les facilités pour prescrire des thérapeutiques de leurs choix.[36]

Il est rappelé aux médecins que tout en respectant le secret médical, ils se doivent de donner au chef d'établissement toute indication quant à l'application du régime pénitentiaire. Ils doivent également attirer l'attention du ministère public ou du juge d'instruction sur l'intérêt de faire procéder à une expertise psychiatrique pour les prévenus et d'avertir le juge

[14]Ibid
[28]Ibid
[35]Ibid
[28]Ibid
[36]Ibid

d'application des peines des mesures qui sembleraient indiquées pour favoriser le traitement et le reclassement des condamnés.[28]

Les buts de ces CMPR sont :

-- d'assurer le traitement des personnes incarcérées atteintes de troubles mentaux aigus, ne nécessitant pas le placement en hôpital psychiatrique ;

-- de prendre en charge des sujets présentant des anomalies psychiques et posant des problèmes marginaux ;

-- de pratiquer l'étude et le suivi de la personnalité du délinquant en vue de la constitution du dossier de la personnalité. En pratique, la constitution de ce dossier se heurte au problème du secret médical, le psychiatre de la prison étant considéré comme médecin traitant ;

-- de jouer le rôle d'auxiliaire du juge d'application des peines dans l'élaboration et la réalisation des modalités du traitement pénal. Sur le plan pratique, cela se traduit par la participation du psychiatre aux commissions d'application des peines. C'est dans ces commissions que le juge d'application des peines décide de l'octroi ou non de mesures telles que la liberté conditionnelle et la mise en semi-liberté ;

-- de participer à la recherche en criminologie et à l'enseignement en liaison avec les centres universitaires et le Centre National de Recherche Pénitentiaire. Ce dernier but reste totalement utopique.

Le dépistage ne figure pas parmi ces buts. L'expérience a en effet montré que ce travail de dépistage prend beaucoup de temps et est très peu rentable en raison du nombre de détenus à voir. Les consultations du psychiatre sont donc effectuées à la demande :

-- de l'intéressé, ce qui est loin d'être le cas le plus fréquent ;

-- émanant des autres structures de soins de la prison ;

-- de l'administration lorsque l'intéressé est identifié comme bizarre dès l'entrée, ou que son comportement a entraîné une sanction.[32]

Section 3. Les réticences à l'égard des CMPR

Les premières réactions des psychiatres sont plus que réservées à l'égard des CMPR : hostilité générale dans la mesure où cela nuit à l'image de marque du secteur, et surtout dans la

[28]Ibid
[32]Ibid

mesure où les CMPR amputent les crédits de la santé déjà insuffisants au bénéfice du pénitentiaire. La situation des collègues appelés à diriger ces secteurs semble peu compatible avec leur statut de psychiatre des hôpitaux. Le débat est professionnel et syndical.[2] Les psychiatres des hôpitaux expriment leur hostilité quant à un mode de pratiques qu'ils jugent ambigu et inutile.[37] Le discours de J. Fortineaux est représentatif de la position des praticiens hospitaliers : « s'il existe une pathologie de l'incarcération, est-il du ressort des psychiatres des hôpitaux de l'assumer ? (…) La tâche des systèmes des hôpitaux serait-elle d'adapter le prisonnier à la prison ? (...) La création de la psychiatrie carcérale est-elle une façon d'entériner la pénurie de crédits pour la santé mentale ? (...) Cette psychiatrie spéciale à laquelle nous sommes conviés à coopérer sous le regard d'une presse qui a tendance à ne voir en nous que les gardiens de l'ordre, des fliciatres, ne risque-t-elle pas de ternir notre image ? (...) Les psychiatres des hôpitaux qui ont mis plus de 120 ans à sortir de leur asile vont-ils maintenant aller en prison ? ». Le psychiatre J. Ayme s'interroge : « un tel dispositif ne serait-il pas le point d'appui d'un échafaudage juridique où les psychiatres de services publics deviendraient les auxiliaires de justice chargés de mesures de protection sociale ? ». Cet argument de J. Ayme a longtemps prévalu chez les professionnels médicaux, psychiatriques ou sociaux travaillant dans la prison.[2] En effet, en contribuant au confort psychologique des détenus, les psychiatres apportent implicitement leur caution au bon fonctionnement de l'institution dont ils assurent ainsi la pérennité.[33]

F. Pouyollon, premier médecin-chef du CMPR de Rennes, confirme les risques : l'objectif implicite est d'éviter la récidive, c'est-à-dire que l'objectif est criminologique. Les soins médicaux ne sont considérés que comme un moyen parmi d'autres d'obtenir ce résultat. Pour J. Ayme, l'Administration Pénitentiaire n'a pas fait sa révolution ; il en résulte une inadéquation entre ses exigences et les conditions nouvelles de la prise en charge des hôpitaux ; ainsi le fossé se creuse entre l'hôpital et la prison.[2]

L'Administration Pénitentiaire regarde avec quelques inquiétudes l'intrusion des autorités sanitaires qui échappent à sa tutelle. Alors qu'elle refuse jusque-là, par manque de crédits, de prendre en charge de grandes formations sanitaires comme l'hôpital central des prisons de Fresnes, elle inscrit à son budget en 1976 l'équipement complet de celui-ci, gardant ainsi sous

---

[2]Ibid
[37]Ibid
[2]Ibid
[33]Ibid
[2]Ibid

sa tutelle des praticiens auxquels elle n'offre qu'un statut précaire.[38]

Le Dr. J. Mérot (CMPR de Fleury-Mérogis) justifie la création des CMPR en milieu pénitentiaire par une population carcérale présentant des troubles psychiatriques importants et par une possible diminution du nombre d'hospitalisation d'office de détenus. Cet argument sera les années suivantes une motivation déterminante pour vaincre les résistances des directions hospitalières et surtout des commissions médicales consultatives des hôpitaux psychiatriques.[2]

Section 4. L'ouverture du CMPR par le Dr. Mérot à Fleury-Mérogis : prémisse du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire

Si la Santé à Paris et Saint-Paul à Lyon sont les instigateurs de la mise en place d'un travail soignant et authentiquement thérapeutique en détention, le précurseur d'une action de santé décloisonnée, autonome et satisfaisante sur le plan éthique dans la prison, est Fleury-Mérogis[2]. En 1973, en dehors de tout contexte réglementaire, le Dr. J. Mérot, psychiatre des hôpitaux au centre psychothérapique Barthélémy-Durand d'Etampes dans l'Essonne, crée le Centre Médico-Psychologique de Fleury-Mérogis [37]. C'est le premier service psychiatrique en prison créé sur le modèle du secteur psychiatrique. Une convention entre le Centre Hospitalier Spécialisé d'Estampes et la DDASS de l'Essonne décide la prise en charge des équipes médicale et paramédicale par le département[38]. Le fonctionnement avec des crédits provenant de la DDASS, d'un médecin temps plein et de quatre infirmiers, permet la prise en charge psychiatrique d'une population de 4000 détenus[2].

Cette expérience va rompre le consensus établi jusque-là selon lequel la psychiatrie hospitalière estime qu'elle n'a pas à intervenir dans une prison, considérée comme incompatible avec l'intervention de la psychiatrie publique, la déontologie ou plutôt l'éthique s'y opposant.[39]

---

[38]Ibid
[2]Ibid
[2]Ibid
[37]Ibid
[38]Ibid
[2]Ibid
[39]Darbeda P. L'Administration Pénitentiaire ; prise en charge des détenus atteints de troubles mentaux. Soins Psychiatrie juin - juillet 1990 ; 116/117 : 18-21.

Section 5. La mise en place de différents CMPR

La création réelle des CMPR va évidemment se heurter aux même difficultés que celle des anciennes annexes psychiatriques.[32]

- A Lyon :

Suite aux trois décennies précédentes de mise en place de soins psychiatriques dans les prisons de Lyon, le CMPR de Lyon ouvre le 16 novembre 1978. Son équipe s'étoffe d'abord en personnel soignant et personnel de surveillance. Un dispensaire est ouvert en 1982 dans le centre-ville dans un esprit de continuité de prise en charge et d'ouverture extérieure. Intervenant dans les prisons de Lyon, les membres de l'équipe soignante du CMPR sont devenus interlocuteurs à part entière, autant auprès du monde pénitentiaire, judiciaire que médical.[5] P. Broussolle décrit une pratique de la psychiatrie en milieu carcéral proche d'une pratique de type libéral. Il assure que le rôle de psychiatre peut parfaitement être délimité et que le personnel médical psychiatrique a tout intérêt à dépendre du Ministère de la Santé et être prêté à la Justice.[2]

- A Paris :

L'ouverture du CMPR de Fresnes a lieu en mai 1979. Se mettent immédiatement en place la tenue de dossiers individuels, propres au service et l'examen mental systématique des arrivants, selon l'article D.397 du Code de Procédure Pénale.[35] Ce CMPR est l'un des pionniers des soins psychiatriques en prison, faisant coïncider le dépistage et la prise en charge à l'arrivée avec le suivi longitudinal.

- A Lille :

A Lille, l'annexe psychiatrique est nommée CMPR en 1977, précédant l'acceptation de prise en charge du CMPR par le conseil d'administration du centre hospitalier régional de Lille prononcée en 1980.[21]

---

[32]Ibid
[5]Ibid
[2]Ibid
[35]Ibid
[21]Ibid

- A Poitiers :

L'idée de mettre en place un Centre Médico-Psychologique Régional au niveau de la maison d'arrêt de Poitiers est lancée en 1976. Les problèmes rencontrés dans certaines détentions et dans plusieurs départements de la région Poitou-Charentes et du Limousin sont à l'origine du choix de Poitiers. Le projet évolue par étapes. Un dispensaire d'hygiène mentale en détention, où un psychiatre assure une demi-journée de travail par semaine passant progressivement à trois demi-journées de travail par semaine, est créé. Puis l'implantation préalable se fait avec une équipe réduite à un médecin, une infirmière responsable et une secrétaire en 1979, avant l'ouverture du service dans ses murs en 1980.

Dès 1979, le projet de Centre Médico-Psychologique Régional de Poitiers est bien structuré :

-- implantation sur la maison d'arrêt de Poitiers ;

-- bilan des problèmes posés dans les établissements pénitentiaires des régions Poitou-Charentes et Limousin ;

-- création d'un réseau interrégional interprofessionnel en milieu carcéral ;

-- sensibilisation des secteurs sur lesquels se retrouvent implantés des établissements pénitentiaires ;

-- développement de liens avec les magistrats (juge d'instruction, juge d'application des peines, Parquet, cour d'appel) ;

-- actions interrégionales de réflexion, d'information, de recherche et d'enseignement permettant de décloisonner la pratique pénitentiaire ;

-- actions d'information et de formation des équipes pénitentiaires.[40]

Les CMPR se mettent en place de façon asynchrone et de manières différentes selon chaque établissement pénitentiaire. Il n'y a pas d'uniformisation nationale constatée en pratique lors de leur création. Chaque CMPR innove avec des particularités de fonctionnement propres aux soignants, à l'établissement pénitentiaire et aux relations entre ces deux types de personnel.

Chaque négociation est entreprise localement entre médecins, établissement de santé et établissement pénitentiaire.

[40]Senon J-L, Bauder G, Parry P. Le SMPR de Poitiers ; dix ans après. Soins Psychiatrie juin - juillet 1990 ; 116/117 : 32-35.

Titre III. CONCEPTION ET NAISSANCE DES SERVICES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES REGIONAUX

Les CMPR, devenus Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) après le décret du 14 mars 1986 qui crée les Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (SPMP), vont connaître un développement qui favorisera les expériences locales, parfois contradictoires, mais toujours très investies et créatives. Ils ont tenu compte des spécificités des établissements pénitentiaires d'implantation, des formations théoriques et des affinités de leurs médecins comme de leurs capacités de recherche institutionnelle et relationnelle.[2] La volonté d'autonomie des psychiatres et la poursuite du décloisonnement par rapport à l'institution carcérale vont s'appuyer sur l'évolution de la psychiatrie publique selon le concept de sectorisation.

[2]Ibid

Chapitre 1. La nécessaire autonomie sanitaire en médecine en milieu pénitentiaire

En 1979, le Conseil International des Services Médicaux Pénitentiaires établit le « Serment d'Athènes » qui constitue un véritable codicille à la déclaration des droits de l'Homme[36] :
« Nous, les membres des professions de santé, exerçant dans les prisons, réunis à Athènes les 10 et 11 septembre 1979, prenons l'engagement, dans l'esprit du serment d'Hippocrate :
-- de prodiguer les meilleurs soins possibles à ceux qui sont incarcérés, à quelque titre que ce soit, sans porter atteinte au respect de nos éthiques professionnelles respectives ;
-- de reconnaître le droit aux individus incarcérés de recevoir les soins nécessaires ;
-- de condamner tout châtiment corporel autorisé ou approuvé, et toute participation à une quelconque forme de torture ;
-- de n'entreprendre aucune forme d'expérimentation humaine sur les individus incarcérés sans leur consentement formel ;
-- de respecter le secret des informations obtenues naturellement dans notre relation avec les prisonniers ;
-- de baser nos diagnostics sur les seuls besoins du patient, dont l'état de santé a priorité sur toute autre considération. »

Ce serment montre la volonté des médecins intervenant en milieu carcéral de réacquérir leur identité propre de soignant, en affirmant leurs positions déontologiques et éthiques. Ceci sous-tend la nécessité d'une séparation par rapport à l'Administration Pénitentiaire. Les psychiatres sont des précurseurs dans la prise d'autonomie de la médecine en milieu carcéral.

[36]Ibid

Chapitre 2. Le Décloisonnement

La participation de plusieurs praticiens à des groupes de travail associant la Direction Générale de la Santé (DGS), l'Inspection Générale des Affaires Sanitaires et Sociales (IGASS) et le bureau de l'action sanitaire de l'Administration Pénitentiaire confirme le décloisonnement des établissements pénitentiaires. Suite au décret nº 8477 du 30 janvier 1984, le contrôle sanitaire des établissements pénitentiaires, longtemps réalisé par l'Administration Pénitentiaire, est confié à l'IGASS, qui finit par passer le relais aux médecins inspecteurs départementaux de la santé.

Parallèlement, les Unités pour Malades Difficiles (UMD) [Montfavet (Vaucluse), Villejuif, Sarreguemines (Moselle) et Cadillac (Gironde)], anciens services de sûreté, font l'objet d'un même travail avec l'arrêté du 14 octobre 1986. Il se développe avec les médecins de SMPR et d'UMD un travail de réflexion dans des journées de recherches communes lancées par Villejuif (UMD) et Poitiers (SMPR).[2]

Les services déconcentrés du Ministère de la Santé, qui ont désormais la mission permanente de contrôle de l'état sanitaire des établissements de détention, instaurent pour la première fois un contrôle externe de droit commun en milieu carcéral.[9]

[2]Ibid
[9]Ibid

Chapitre 3. Une solution dynamique, la Sectorisation Psychiatrique

La psychiatrie publique française s'est toujours distinguée par un intérêt renouvelé pour la prise en charge des populations précarisées. La création du secteur après la Libération comme réponse à la chronicité, lui permet de disposer d'un réseau de soins qui développe avec le champ social un travail de partenariat pour assurer au mieux l'insertion du malade mental au plus près de son domicile.[2] La sectorisation est définie par la circulaire du 15 mars 1960.

Le concept de Sectorisation Psychiatrique doit être appliqué au dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral. En raison de la gêne que suscitent les soignants psychiatriques, il faut une reconnaissance et une assise réglementaire solides. Cette reconnaissance du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire par le décret du 14 mars 1986 va consacrer l'existence de la psychiatrie en prison en créant un secteur autonome dont la volonté est de situer les soignants vis-à-vis de l'Administration Pénitentiaire dans une position plus forte que lorsqu'ils dépendaient d'une simple circulaire (la circulaire de 1977).[41]

Dans l'évolution des Centres Médico-Psychologiques Régionaux vers des Services Médico-Psychologiques Régionaux, la notion de service et de secteur, venant remplacer celle de centre, met en valeur l'aspect dynamique de leur vocation.[18]

La structuration progressive des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire est étroitement associée à celle des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile. Elle réfute un clivage de pratique lié au statut médico-légal du patient et affirme le principe de continuité et de complémentarité entre les dispositifs.[42]

---

[2]Ibid
[41]Hivert P. Trente ans de prison. Perspectives Psychiatriques 1989 ; 19/IV ; 28°année : 222-227.
[18]Ibid
[42]Laurent M. Soins psychiatriques en prison ; dispositifs et bilans. Pratique en Santé Mentale novembre 2003 ; 4 : 7-10.

Chapitre 4. La mise en place de différents SMPR

La mise en place d'un Service Médico-Psychologique Régional est toujours difficile dans la mesure où il s'agit d'installer une structure « étrangère » au sein d'un établissement pénitentiaire. L'Administration Pénitentiaire a longuement été fermée à ceux qui y sont étrangers et, même si elle reconnaît l'utilité d'une telle structure, beaucoup de points précis ont dû faire l'objet d'âpres négociations et surtout d'explications. La rédaction du règlement intérieur devait être approuvée par les deux administrations hospitalière et pénitentiaire, une concertation importante étant nécessaire afin d'éviter la mise en place d'un règlement intérieur contraire à la déontologie.
C'est également à cette époque qu'il a fallu définir le rôle et surtout les limites du SMPR par rapport au fonctionnement de la prison (notion de demande de la part du détenu ou d'absence de demande, notion d'urgence, avis du psychiatre par rapport au séjour en quartier disciplinaire, à la commission d'application des peines...).[43]

Certains SMPR s'inscrivirent dans la continuité de CMPR déjà existants, d'autres se créèrent complètement.
Le SMPR de Nantes, créé le 1er octobre 1983, faisait partie des dix premiers SMPR de France.[44]
En 1986, le CMPR de Lyon est devenu SMPR et a vu ses activités augmentées par l'adjonction d'une antenne de toxicomanie qui avait une mission soignante, mais également un rôle de recherche par les enquêtes épidémiologiques auxquelles elle était astreinte.[5]
La création du SMPR à la maison d'arrêt de Rouen a été un sujet de longues discussions localement tant au niveau du Centre Hospitalier Spécialisé, auquel il devait être rattaché, qu'au niveau de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales. En attendant la naissance officielle, par la création en 1988 du poste de médecin-chef de ce secteur, une équipe embryonnaire a commencé à travailler au sein de la maison d'arrêt. Il s'agissait dans un premier temps d'un poste de médecin vacataire, transformé dans un deuxième temps en poste de praticien à temps partiel associé à la création d'un poste de cadre infirmier. Il faut signaler qu'en décembre 1987 une antenne de toxicomanie a été créée à la maison d'arrêt de Rouen.

[43]Crevier B, Crouinaux J. Le SMPR de la maison d'arrêt de Rouen ; mise en place. Soins Psychiatrie juin - juillet 1990 ; 116/117 : 28-29.
[44]Letang E. Allées et venues au service médico-psychologique régional de Nantes. Pratique en santé mentale 2001 ; 2 : 61-63.
[5]Ibid

Ces antennes sont placées sous la responsabilité du médecin-chef du SMPR auquel elles sont rattachées et, à Rouen, il n'y avait ni médecin-chef, ni SMPR. Elle était constituée de deux psychologues, d'une assistante sociale et d'une secrétaire médicale. Tous les membres de cette antenne ont contribué au fonctionnement du SMPR en 1988 et, jusqu'en mai 1989, le travail de secrétariat du SMPR a été assuré partiellement par la secrétaire de l'antenne. A partir de janvier 1989, l'équipe du SMPR a décidé de tenter de remplir toutes les missions prévues par la réglementation et de rendre à l'antenne de toxicomanie sa spécificité et ses actions en direction des toxicomanes.[43]

Le SMPR de Strasbourg a été créé le 2 janvier 1989 dans la maison d'arrêt de Strasbourg-Elsau. [45]

Le fonctionnement du CMPR/SMPR de Fresnes de 1979 à 1990 était sur deux pôles : le pôle de consultation et le pôle de liaison en rapport avec l'hôpital de Fresnes. Le 19 mars 1990 treize lits d'hospitalisation furent ouverts et dénommés Unité Psychiatrique d'Hospitalisation. La création de lits d'hospitalisation réactivait une nécessaire délimitation de territoire avec l'Administration Pénitentiaire.[35]

[43]Ibid

[45]Huck F, Rémy A. Le service médico-psychologique régional de Strasbourg. Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale 1992 ; 3 ; 28-30.

[35]Ibid

Titre IV. ASPECTS LEGISLATIFS ET ADMINISTRATIFS DES SMPR

Les SMPR sont un modèle de création réglementaire sanitaire associant acteurs de terrain et autorités ministérielles. Le petit effectif des médecins de SMPR nécessite une cohésion avec les instances sanitaires centrales face aux oppositions locales de l'Administration Pénitentiaire, aux réticences des hôpitaux, à l'importance de l'enjeu institutionnel et aux sensibilités médiatique, politique et syndical.

De 1977 à 1994 la Direction Générale de la Santé avec J-F. Bauduret, et pendant quelques mois avec B. Crevier-Brahmy travaille pour établir un outil réglementaire aboutissant à la publication au Journal Officiel du décret du 14 mars 1986, de l'arrêté du 14 décembre 1986, du règlement intérieur des SMPR et de la circulaire du 5 décembre 1988.[2]

[2]Ibid

Chapitre 1. Décret du 14 mars 1986

Par le décret 86-802 du 14 mars 1986, en application de la loi 85-1461 du 31 décembre 1985 relatif à la sectorisation psychiatrique, est créé, à côté du secteur de psychiatrie générale et du secteur de psychiatrie infanto-juvénile, le troisième type de secteur qui n'existait pas auparavant, le Secteur de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire.

Sa mission est de répondre aux besoins de santé mentale de la population incarcérée dans les établissements relevant d'une région pénitentiaire. Contrairement aux deux autres types de secteur, son aire géographique se répartit de manière différente ; elle est en général beaucoup plus large et se réfère à la région pénitentiaire et non à un chiffre démographique.[28]

Ainsi, dans chaque région pénitentiaire, sont créés un ou plusieurs secteurs de psychiatrie en milieu carcéral ; chacun, rattaché à un établissement hospitalier public, comporte un Service Médico-Psychologique Régional aménagé dans un établissement pénitentiaire et composé d'une équipe pluridisciplinaire placée sous l'autorité d'un psychiatre, praticien hospitalier, chef de service.

[28]Ibid

Chapitre 2. Arrêté du 14 Décembre 1986

Les articles du décret du 14 mars 1986 ne permettent pas de résoudre tous les problèmes de fonctionnement des SMPR à de nombreux niveaux.[28] L'arrêté du 14 décembre 1986 (modifié par l'arrêté du 10 mai 1995) fixe le règlement type des SMPR et précise ses missions en 17 articles. Il établit la structure du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire : le Service Médico-Psychologique Régional est rattaché à un secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire dépendant de l'établissement hospitalier public. Il précise le fonctionnement des SMPR de la même manière que l'avait fait la circulaire de 1977 à l'égard des CMPR.

Les missions des SMPR sont :
-- la prévention des affections mentales par dépistage systématique des entrants ;
-- la mise en oeuvre des traitements psychiatriques des personnes incarcérées, prévenues ou condamnées, à l'exception de celles relevant des articles L.343 à L.349 du Code de la Santé Publique et D.398 du Code de Procédure Pénale ;
-- le suivi psychiatrique post-pénal en coordination avec les équipes de secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile ;
-- la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

La continuité des soins doit être assurée, à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement. Au sein de l'établissement, l'équipe soignante doit rester en étroite collaboration avec les services médicaux et socio-éducatifs. A l'extérieur de l'établissement, une articulation avec les services de secteur doit être établie afin d'assurer le relais en milieu ouvert pour les patients ayant été suivis au SMPR et souhaitant la poursuite des soins. Le SMPR a la possibilité réglementaire de mettre en place une consultation extérieure à la prison, post-pénale, dans un Centre Médico-Psychologique mis à sa disposition par l'hôpital de rattachement et en harmonie avec le dispositif de santé départementale mis en place par les secteurs adultes et infanto-juvéniles.[2]

[28]Ibid
[2]Ibid

Les techniques de travail des psychiatres sont évoquées. Les prestations proposées sont [28]:

- des prises en charge à temps complet ;
- des prises en charge à temps partiel, de jour ou de nuit ;
- des consultations et des interventions ambulatoires ;
- des prises en charge en atelier thérapeutique.

L'arrêté du 14 décembre 1986 confirme un point fondamental de la réglementation des SMPR: les admissions dans le service sont assimilées à une entrée à l'hôpital ; elles sont prononcées par le directeur de l'établissement hospitalier sur proposition du praticien hospitalier responsable du service. Cette disposition réglementaire établit le fonctionnement hospitalier des SMPR, en confirmant son autonomie par rapport à l'autorité pénitentiaire ou judiciaire et elle met fin à des dérives qui paralysaient le fonctionnement de plusieurs services, à savoir l'affectation d'office par le magistrat instructeur et l'admission d'office par des directions régionales ou par le chef d'établissement d'implantation.[2]

Quatre modalités différentes régissent la sortie du service [28]:

- le retour en détention ordinaire avec d'éventuels aménagements si nécessaire ;
- l'hospitalisation en application des dispositions de l'article D.398 du Code de Procédure Pénale ;
- l'hospitalisation en Unité pour Malades Difficiles ;
- la libération si celle-ci arrive à échéance avant la fin de la prise en charge.

Dans les textes précédents, l'intervention du psychiatre était conçue comme une action systématique en cas de dépistage ou lors de signalement par le personnel pénitentiaire. Pour la première fois la demande de la personne incarcérée elle-même est évoquée et se trouve en première instance. Le psychiatre répond à une demande de soins ou d'admission formulée par la personne incarcérée, le directeur de l'établissement pénitentiaire, l'autorité judiciaire compétente, ou lors d'un signalement par toute personne connaissant la personne incarcérée.

[28]Ibid
[2]Ibid
[28]Ibid

Malgré les avancées apportées par ce règlement interministériel Justice/Santé, A. Nouvel estime que des points négatifs existent dans certains articles [46]:

-- l'article 13 qui prévoit que les admissions et les sorties du service sont prononcées par le directeur de l'établissement hospitalier spécialisé de rattachement après décision du médecin-chef de service (double responsabilité);

-- l'article 8 qui dépossède, au profit du chef d'établissement de rattachement, le médecin-chef du choix des membres de l'équipe soignante ;

-- l'article 10 (dans le terme trop catégorique de « prestations fournies ») est impossible à tenir devant la disparité d'équipement des Services Médico-Psychologiques Régionaux, certains sont réduits à leur plus simple expression et fonctionnent notamment sans lit.

Mais les articles 13 et 8 ne sont pas spécifiques de la psychiatrie en milieu carcéral ; ils sont une représentation de l'évolution globale des responsabilités des médecins-chefs de service dans les hôpitaux.

[46]Nouvel A. Mise en place du service médico-psychologique régional de la maison d'arrêt de Toulouse; son cadre thérapeutique. Thèse, Université Paul Sabatier-Toulouse III, 1988 : 125.

Chapitre 3. Circulaire de la Direction Générale de la Santé du 5 Décembre 1988

La circulaire 1164 de la Direction Générale de la Santé du 5 décembre 1988, abrogée par la circulaire du 8 décembre 1994, précise de manière très concrète l'organisation de la psychiatrie en milieu pénitentiaire en prévoyant des dispositions générales, la nature des prestations réalisées et leurs conditions de mise en oeuvre, ainsi que les modalités de fonctionnement et d'organisation des SMPR.

Les dispositions générales déterminent la procédure de création des SMPR. Le directeur régional des services pénitentiaires, en collaboration avec les autorités préfectorales, élabore un projet de secteur dont les limites correspondent à une région ou une partie de la région. Le département est la plus petite unité administrative indivisible. Au sein du secteur sont repérés le centre hospitalier de rattachement, la maison d'arrêt où est implanté le SMPR avec un nombre de lits et de places fixés, les équipements complémentaires extrahospitaliers mis à la disposition du secteur en dehors de la maison d'arrêt où le SMPR est implanté et la liste des autres établissements pénitentiaires desservis par le secteur.[28]

Elle établit les modalités de coordination des SMPR avec les secteurs de psychiatrie générale du département de l'établissement d'implantation, comme avec les autres établissements de la région.[2] L'équipe du SMPR peut apporter des prestations complémentaires pour les établissements pénitentiaires de la région dont elle assure la desserte en concertation avec les praticiens hospitaliers des divers secteurs de psychiatrie concernés. Les secteurs de psychiatrie doivent assurer la mise en oeuvre de prestations de prévention, de diagnostic et de soin au sein des établissements pénitentiaires de leur secteur.

Dans les établissements pour peine, les soins sont fournis par des psychiatres rémunérés par le Ministère de la Justice. Si les prestations ainsi délivrées s'avèrent insuffisantes voire inexistantes, les équipes des SMPR et des secteurs de psychiatrie générale pourraient y intervenir en fonction des moyens dont elles disposent. Il en est de même des personnes relevant d'un centre de semi-liberté, d'un chantier extérieur ou faisant l'objet d'une mesure en milieu ouvert.[28]

---

[28]Ibid
[2]Ibid
[28]Ibid

La coordination et la concertation régionales des différents intervenants dans le domaine de la santé mentale sont confiées à des personnes référentes : le praticien hospitalier responsable du SMPR et le directeur régional des services pénitentiaires.

Les antennes « toxicomanie », créées par la Direction Générale de la Santé voient confirmer leur attachement au SMPR ; elles sont placées sous l'autorité du praticien hospitalier responsable du SMPR et assurent le dépistage des toxicomanes en détention et leur accompagnement social.[2] Il est signalé que les équipes des antennes n'ont pas une fonction soignante. En l'absence d'antenne, l'équipe des SMPR assure ce travail.

La circulaire rappelle que les personnes incarcérées relevant de l'application de l'article D .398 du Code de Procédure Pénale, présentant un état d'aliénation non compatible avec la détention, sont orientées soit vers le secteur d'implantation du SMPR, si c'est celui de leur domicile, soit vers le secteur effectif de domicile de la personne incarcérée.

S'il s'agit d'un malade dangereux, l'orientation est prévue sur une Unité pour Malades Difficiles. À sa sortie d'une UMD, le patient est admis dans un SMPR avant sa réorientation en milieu pénitentiaire ordinaire.

Les SMPR ne peuvent recevoir que des personnes incarcérées consentantes, position défendue par les médecins des SMPR qui estiment qu'à la contrainte carcérale ne peut s'ajouter une contrainte de soins.[2] Si l'autorité judiciaire signale des troubles mentaux chez une personne incarcérée, elle ne peut en aucun cas prononcer elle-même l'admission en SMPR.

L'activité d'enseignement et de recherche est réintroduite mais par le biais de la loi hospitalière du 31 décembre 1970. Il est recommandé aux praticiens hospitaliers et aux psychologues de concentrer leur activité dans ce domaine sur la recherche épidémiologique des troubles mentaux en milieu carcéral. Les SMPR représentent des lieux de stages qualifiants pour les personnels médicaux et paramédicaux. Les formations données peuvent s'étendre aux personnels pénitentiaires et judiciaires.[28]

Enfin, alors que l'article D. 117 – 1 du Code de Procédure Pénale prévoyait que le psychiatre siége au sein de la commission d'application des peines, la circulaire signale que : « le psychiatre apprécie l'opportunité de participer à la commission d'application des peines ». Cet aspect est important car la participation ou non du psychiatre à cette commission influe de manière considérable sur tout un jeu de relations au sein de la prison.

---

[2]Ibid
[2]Ibid
[28]Ibid

Titre V. LA MEDECINE EN MILIEU PENITENTIAIRE A PARTIR DE LA LOI DU 18 JANVIER 1994

Au début des années 1990, plusieurs rapports se font l'écho de dérives déontologiques de la part de médecins et d'infirmiers intervenant en milieu pénitentiaire. Il est question de contentions des détenus agités (camisole chimique), de situations de non-respect du refus de soins, ou de traitements inhumains et dégradants, avalisés par les professionnels de santé intervenant en prison. La question du statut polarise les aspirations des professionnels des services somatiques en milieu pénitentiaire. Les dérives, la violation du secret médical, les pratiques archaïques sont associées à ce statut de vacataire qui en fait à leurs yeux des personnes dépendantes de l'Administration Pénitentiaire.

Les représentants de l'Administration Pénitentiaire disposent d'un arsenal de réponses standardisées pour soutenir une réforme des soins en prison. Mais derrière les réponses officielles, on peut percevoir des intérêts officieux importants : le transfert de charges financières, la diminution du nombre de mouvements intra et surtout extra-carcéraux pour des raisons médicales, l'assise du contrôle hiérarchique par la direction de l'Administration Pénitentiaire sur les directions locales et les surveillants.

Il semble que la Direction des Hôpitaux a plutôt été un acteur passif dans cette réforme. La réforme présente donc plus d'inconvénients cachés que d'avantages apparents pour une Direction des Hôpitaux particulièrement inquiète à l'idée de s'investir dans un milieu contraignant et coûteux.[3]

Après la tenue d'un colloque (dont l'intitulé "Soigner absolument ; pour une médecine sans rupture entre la prison et la ville" est sans ambiguïté) sur l'initiative des deux Ministères en avril 1992, le garde des sceaux M. Vauzelle et le ministre de la santé B. Kouchner, par lettre de mission du 15 juillet 1992, demandent au haut comité de la santé publique, sous l'égide de G. Chodorge, directeur des hôpitaux, de proposer une réforme d'organisation des soins en milieu carcéral.[9] Cette mission permet de faire un constat réaliste et indépendant de l'état sanitaire des prisons françaises[47].

Elle examine avec attention l'organisation des SMPR qui ont permis, dans les principales

[3]Ibid
[9]Ibid
[47]Senon J-L. Conclusion : dix ans après et un siècle et demi après Baillarger. Annales médico-psychologiques 2004 ; 162 ; 8 : 682-684.

maisons d'arrêt où ils se sont implantés, un traitement efficace des problèmes de santé mentale des personnes incarcérées, tout en s'attachant à préparer la sortie et la continuité des soins à l'extérieur. Elle étudie la faisabilité de la généralisation d'un tel dispositif à tout établissement pénitentiaire (les aspects financier, statutaire et organisationnel).[2]

Le rapport Chodorge rappelle les objectifs de santé publique dans les établissements pénitentiaires :
- le dépistage des affections les plus fréquentes et graves chez les personnes incarcérées ;
- l'exigence de qualité : soins de qualité égale à ceux en milieu libre ;
- la continuité des soins ;
- l'importance des enjeux sanitaires par rapport à l'insertion sociale.

Il fait un constat nuancé : dispositif de soins inadapté, insuffisance de moyens, difficulté d'articulation avec les contraintes pénitentiaires. Il propose une prise en charge sanitaire globale. L'Administration Pénitentiaire constate son incapacité à poursuivre seule la prise en charge sanitaire de la population des personnes incarcérées alors que se développent les épidémies du sida et de la tuberculose et que les problèmes de santé mentale deviennent préoccupants. Les réticences des administrations centrales ont été dépassées par la détermination, le souci d'indépendance et la crédibilité du haut comité.

Le 27 mars 1993, dernier jour du gouvernement de Mr. P. Bérégovoy, après consultation du Conseil d'État, est signé le décret transférant les soins en milieu carcéral du Ministère de la Justice au Ministère de la Santé. Après le changement de majorité, pour donner une assise juridiquement plus solide à une réforme fondamentale, la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale des personnes incarcérées est votée. Elle résulte ainsi d'une volonté commune des partis politiques de gauche comme de droite, ce qui constitue la meilleure garantie de sa pérennité.[9]

Progressivement se mettent en place des protocoles entre hôpitaux et établissements pénitentiaires, qui impliquent la médecine générale et les autres spécialités, dont la psychiatrie. À ce jour, toutes les prisons doivent être dotées d'une consultation de psychiatrie et avoir entrevu les problèmes d'hospitalisation éventuelle de personnes incarcérées dans les hôpitaux psychiatriques de rattachement.[2]

---

[2]Ibid
[9]Ibid
[2]Ibid

La loi du 18 janvier 94 confie aux services hospitaliers la mission de dispenser les soins aux détenus en milieu pénitentiaire et si nécessaire en milieu hospitalier dans un souci de continuité. L'hôpital est chargé de contribuer aux actions de prévention et d'éducation pour la santé dans le milieu carcéral. La loi étend le bénéfice de la généralisation de la protection sociale à l'ensemble des personnes incarcérées qui sont affiliées dès leur incarcération aux assurance-maladie et maternité du régime général de la sécurité sociale, l'Administration Pénitentiaire prenant à sa charge les cotisations afférentes.[48]
La personne incarcérée bénéficie des soins qui lui sont nécessaires dans les conditions du droit commun. Un mécanisme de tiers payant a été mis en place entre l'assurance-maladie et l'établissement de santé. L'Administration Pénitentiaire prend en charge la part des dépenses de soins non couverte par l'assurance-maladie (ticket modérateur, forfait journalier en cas d'hospitalisation). Pour les appareillages médicalement justifiés, l'Administration Pénitentiaire peut se substituer aux personnes incarcérées dont les ressources sont insuffisantes.[49]

Le décret du 27 octobre 1994 fixe les conditions de mise en oeuvre et de fonctionnement du nouveau dispositif de soins aux détenus. Il pose l'obligation pour les hôpitaux de passer un protocole fixant les conditions et les modalités de leur intervention ; un protocole complémentaire est signé avec l'établissement de santé psychiatrique. Le décret établit les missions de l'établissement de santé, la répartition des charges financières et les obligations respectives des deux administrations. L'article R. 711-19 du Code de la Santé fixe les orientations en matière d'hospitalisation des personnes incarcérées, dans le sens d'un schéma national de l'hospitalisation du malade incarcéré. Un deuxième arrêté fixe la liste des établissements pénitentiaires d'installation de SMPR et la liste des établissements relevant de leur activité.[2]
La circulaire interministérielle du 8 décembre 1994 et son guide méthodologique complètent les modalités de mise en oeuvre de la réforme : organisation, fonctionnement, modalités financières de la prise en charge sanitaire des personnes incarcérées. Elle confirme l'intervention des secteurs de psychiatrie générale, établie depuis l'arrêté du 14 décembre 1986, et prévoit ses articulations.

[48]Senon J-L. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire. Editions Presses Universitaires de France 1998 : 127.
[49]Pedrot P, Rebecq G. La protection sociale des détenus. Revue de droit sanitaire et social octobre-décembre 1995 ; 4 : 829-833.
[2]Ibid

Elle explicite les exigences en lien avec le milieu carcéral que le dispositif de soins en santé mentale doit prendre en compte [48]:

- prendre en compte la spécificité du lieu et les contraintes liées à l'organisation de la détention ;
- élaborer un projet thérapeutique prenant en considération les aléas de la durée d'incarcération ;
- travailler la perspective de passer le relais à une autre équipe de soins ;
- délimiter les champs d'interventions respectifs des soins et de l'exécution de la peine.

Cette réforme apparaît révolutionnaire au regard de l'Histoire de la santé somatique en milieu pénitentiaire : l'accès des personnes incarcérées aux soins est facilité par l'extension du régime général, tandis que les professionnels de santé acquièrent un statut hospitalier qui leur assure une plus grande autonomie par rapport à l'administration pénitentiaire. Les principaux symboles de la sous-médecine pénitentiaire disparaissent avec cette loi.[3]

Cette indépendance des logiques sanitaire, judiciaire et pénitentiaire que la loi de 1994 a appelée de ses vœux répond à un ensemble de critiques formulées à l'encontre de la médecine pénitentiaire. Dans la mesure où l'infirmerie n'était que l'un des services de la prison et que son personnel était constitué de fonctionnaires de l'Administration Pénitentiaire, elle voyait peser sur elle de graves soupçons, celui de l'instrumentalisation au service de l'ordre public carcéral, celui de la non confidentialité et celui de la mauvaise qualité des soins. En supprimant la médecine pénitentiaire, la réforme a opéré une meilleure identification des rôles. Toutefois, dans certains établissements de petite taille, cette clarification des rôles ne s'est toujours pas opérée et les pratiques antérieures tendent à perdurer.[50]

Le système français, attaché à l'indépendance des soins vis-à-vis de la peine, et en premier lieu à celle des soins psychiatriques, se différencie par rapport à celui d'autres pays européens ; en Belgique, dans les unités d'observation et de traitement, les personnels médical et para-médical sont recrutés par la tutelle pénitentiaire qui cadre les actions. La Suisse, en revanche, propose des soins en milieu carcéral, placés sous la tutelle sanitaire, avec un pas supplémentaire par rapport à la France : les soins somatiques et psychiatriques sont regroupés au sein d'un service dirigé par un psychiatre qui coordonne l'ensemble. Ce sont de plus des services universitaires chargés d'enseignement.[37]

---

[48]Ibid
[3]Ibid
[50]Rapport effectué par l'IGAS et l'IGSJ. L'organisation des soins aux détenus : rapport d'évaluation. juin 2001 : 146.
[37]Ibid

Chapitre 1. L'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

L'organisation même de l'ancienne infirmerie pénitentiaire était proche de celle d'un service médical des années 60, emprunt d'une logique pénitentiaire. Le parcours sanitaire du détenu était connu de l'Administration Pénitentiaire et de ses codétenus.[50] La réforme de 1994, par la création dans les établissements pénitentiaires d'Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) confiées aux hôpitaux publics et la prise en charge par le service public hospitalier des personnes incarcérées nécessitant une hospitalisation, a permis d'incontestables progrès sur le plan somatique. Les moyens en personnel médical et para-médical, en équipement, ont considérablement augmenté, au point que l'on parle d'un véritable changement d'échelle dans l'attribution des moyens à la médecine en milieu pénitentiaire. Parmi les autres avancées, on peut noter le recours plus fréquent à des consultations spécialisées et à des hospitalisations, la professionnalisation des équipes de soins en milieu carcéral, ainsi que l'introduction d'une véritable éthique des soins en détention, par l'affirmation d'un réel droit aux soins, une stricte différenciation des rôles entre soignants et surveillants et un meilleur respect du secret médical.[51]

Désormais la gestion des dossiers et la prise des rendez-vous médicaux sont assurées par le personnel médical des UCSA. Quelques difficultés subsistent néanmoins dans la gestion des rendez-vous extérieurs et la participation de personnes incarcérées à certaines tâches les amenant à circuler dans les espaces médicaux. La conservation des dossiers médicaux n'est pas toujours réalisée dans des conditions satisfaisantes du point de vue du respect du secret médical.[50]

[50]Ibid
[51]Gargoly C. Santé des détenus ; des progrès... à confirmer. Actualités Sociales Hebdomadaires 26 avril 2002 ; 2260 : 29-30.
[50]Ibid

Chapitre 2. Le SMPR

La loi du 18 janvier 1994 n'a eu que peu d'incidence, au plan administratif, sur la psychiatrie en milieu carcéral. En pratique, le transfert de charges entre chaque prison et l'UCSA, qui est, en quelque sorte, une antenne de l'hôpital général signataire du protocole, a entraîné quelques conséquences sur le fonctionnement de la prise en charge psychiatrique.[52] La psychiatrie publique intervient en milieu pénitentiaire en associant de façon complémentaire les SMPR, dans les établissements pénitentiaires qui en sont dotés, et le secteur de psychiatrie générale dans les autres cas.[2]

Les textes de 1994 de la réforme justifient une intervention accrue du secteur de psychiatrie : « importance dans la population pénale de pathologies mentales chroniques préexistantes à la détention, aggravation de ces pathologies du fait des contraintes liées aux conditions de la vie carcérale, forte incidence des troubles mentaux réactionnels à l'incarcération, fréquence des conduites addictives, besoin de soutien psychologique d'une population désocialisée, augmentation du nombre des personnes présentant des troubles psychiatriques placées en détention du fait du moindre recours aux articles 122-1 et 122-2 du nouveau Code Pénal ». Elle confirme la création de SMPR supplémentaires et le renforcement de leurs moyens, « pour doter chaque SMPR de l'équipe minimale » en favorisant l'intervention des SMPR ou des équipes de secteur dans les établissements pour peine.[48]
Dans la prison où est établi un SMPR, la distribution des médicaments psychotropes, entièrement fournis par la prison, revient à la charge de l'UCSA. Lorsque le SMPR dispose, ce qui est la règle, de lits dans l'établissement pénitentiaire, la fourniture revient à l'UCSA, mais la distribution dans l'unité d'hospitalisation est à la charge de cette unité.[52]

L'arrêté du 10 mai 1995 précise que la mission d'hospitalisation psychiatrique en SMPR est réalisée avec le consentement de la personne incarcérée, sur proposition du praticien hospitalier, par le directeur de l'établissement hospitalier de rattachement du SMPR. Le guide méthodologique confirme que l'hospitalisation doit être librement consentie par le détenu malade. Cette admission est notifiée au chef d'établissement pénitentiaire de rattachement du SMPR, ainsi qu'à celui d'origine de la personne incarcérée, qui informe le magistrat

[52]Baron-Laforêt S, Laurans J. Les soins psychiatriques en prison. Santé Mentale janvier 1997 ; 14 : 19-21.
[2]Ibid
[48]Ibid
[52]Ibid

compétent : le juge d'instruction pour un prévenu, le juge de l'application des peines pour un condamné. La sortie du SMPR est réalisée selon le même protocole : prononcée par le directeur de l'hôpital sur proposition du médecin responsable et notifiée aux autorités judiciaire et pénitentiaire. Le SMPR est, en règle, doté de lits qui permettent une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire de secteur tout au long de la journée. Ces lits sont le plus souvent au nombre d'une vingtaine pour la région pénitentiaire qu'il dessert. La plupart des SMPR fonctionnent de façon intermédiaire entre l'hospitalisation à temps complet et l'hospitalisation de jour. Les personnes incarcérées sont prises en charge par l'équipe, de 8 heures à 19 heures ; en cas d'urgence, la nuit et le week-end, le praticien hospitalier d'astreinte intervient sans infirmier. Le service propose des prestations thérapeutiques variées : prises en charge individuelles ou de groupe dont la répartition dans la semaine est fixée par le règlement intérieur annexé au protocole. Depuis l'arrêté du 10 mai 1995, le régime de détention est adapté à la vie institutionnelle du SMPR, individualisé si nécessaire en fonction de la pathologie de la personne incarcérée. Le règlement intérieur fixe les règles destinées à une vie de groupe en collectif.[2]

[2]Ibid

Chapitre 3. Les Antennes-SMPR

La circulaire du 8 décembre 1994 crée les antennes de SMPR : l'intervention de membres de l'équipe pluridisciplinaire du SMPR dans des établissements pour peine, proches et précisément nommés, qui ne sont pas desservis par le secteur de psychiatrie générale local.[48]

Le guide méthodologique de 1995 détaille les prestations ambulatoires de ces antennes : consultation de dépistage ou de suivi psychothérapique, hôpital de jour, activité thérapeutique à temps partiel. Les antennes offrent la possibilité de proposer un suivi longitudinal de la personne incarcérée présentant des problèmes psychiatriques ou médico-psychologiques, de l'incarcération à la sortie, de la maison d'arrêt au centre de détention.[2] Dans les établissements pour peine (maison centrale et centre de détention) dotés d'une "antenne" de SMPR, les contacts entre l'équipe de l'UCSA et l'équipe de soignants en psychiatrie, toutes deux permanentes, doivent pouvoir s'organiser de façon satisfaisante.[52] La présence renforcée du SMPR sur quelques centres de détention régionaux est judicieuse.[2]

[48]Ibid
[2]Ibid
[52]Ibid
[2]Ibid

Chapitre 4. Les Dispositifs de Soins en Psychiatrie

Le secteur de psychiatrie générale a une mission de santé publique dans les lieux de détention de son ressort géographique, aussi bien en maison d'arrêt qu'en centre pour peine. La réglementation de la loi de 1994 fait obligation aux établissements psychiatriques de proximité de passer des conventions avec l'Administration Pénitentiaire pour assurer les soins dans chaque établissement[52]. Le dispositif mis en place par les textes de 1986 est renforcé par l'implication des secteurs concernés. La psychiatrie en milieu pénitentiaire est inscrite dans les schémas départementaux et régionaux de psychiatrie. Le préfet de région désigne l'établissement de santé qui est chargé de dispenser aux personnes incarcérées les soins en psychiatrie. Le décret du 27 octobre 1994 confirme que les hospitalisations relevant de l'article D.398 du Code de Procédure Pénale sont effectuées dans les établissements habilités au titre de l'article L.31 du Code de la Santé.[48]

Dans la prison, l'action du secteur de psychiatrie générale a la même philosophie de santé publique que sa mission générale : intervenir au plus près des populations en difficulté, faire un travail de prévention, établir un réseau multipartenarial dans l'intérêt du patient, prodiguer des soins ambulatoires et si besoin, au décours d'une hospitalisation, établir les relais de prise en charge. Ainsi ces missions sont :

-- l'entretien d'accueil des entrants en se focalisant sur les populations à risque ;

-- le dépistage des troubles mentaux avérés ;

-- la prévention du suicide ;

-- la prise en charge des personnes incarcérées présentant des troubles addictifs ;

-- l'orientation vers les SMPR des personnes incarcérées relevant de soins psychiatriques soutenus et y consentant ;

-- l'hospitalisation, selon l'article D.398 du Code de Procédure Pénale, des personnes incarcérées présentant une pathologie psychiatrique nécessitant impérativement des soins et ne consentant pas aux soins ;

-- l'orientation vers une Unité pour Malades Difficiles lorsque la personne incarcérée relève d'une hospitalisation selon l'article D.398 et présente un état de dangerosité important ;

[52]Ibid
[48]Ibid

-- la préparation de la sortie des personnes incarcérées suivies par l'équipe psychiatrique nécessitant une poursuite des soins en milieu ouvert.[30]

Cela entraîne l'intervention, en milieu carcéral, de certaines équipes de secteur qui, auparavant n'avaient aucune connaissance de ce monde, encore plus clos que l'espace asilaire, et qui n'obéit pas aux mêmes règles[52]. Les secteurs s'implantant récemment ont tout intérêt à confier cette mission à un praticien qualifié et à mettre en place une régulation de l'ensemble des intervenants[2].

[30]Ibid
[52]Ibid
[2]Ibid

Titre VI. LES ANTENNES DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE ET CONTRE L'ALCOOLISME

L'Administration Pénitentiaire est confrontée à la problématique de la prise en charge de personnes incarcérées toxicomanes. Au cours des années 80, l'ampleur du phénomène, alarmant dans les maisons d'arrêt de la région parisienne et des grandes villes de province, a conduit l'Administration Pénitentiaire à organiser, avec le concours du Ministère de la Santé, une prise en charge de cette population, afin d'assurer l'exercice concret du droit aux soins pour les personnes incarcérées, et de répondre à sa mission de réinsertion. La prise de conscience de la fréquence de l'incarcération dans la trajectoire du toxicomane n'est abordée sur le fond, par les ministères concernés, que lors du comité interministériel de lutte contre la toxicomanie du 17 septembre 1985.[53] Les travaux du comité aboutissent à l'élaboration du cahier des charges des antennes « toxicomanie » des Services Médico-Psychologiques Régionaux du 30 novembre 1987.[28] L'antenne est placée sous l'autorité médicale du praticien hospitalier exerçant la fonction de responsable du SMPR et sous l'autorité du directeur du centre hospitalier de rattachement.[53] Elle dispose d'un budget annexe du budget du centre hospitalier de rattachement, fixé annuellement par le commissaire de la République et versé à l'établissement hospitalier. Il comprend les frais de personnel et les frais de fonctionnement courants. Les frais de première installation et d'entretien des locaux sont à la charge de l'Administration Pénitentiaire.[28]

Une relative autonomie est assurée par rapport à l'équipe de santé mentale car elle se situe au carrefour du social et du sanitaire.[39] L'effort ministériel de dépsychiatrisation, de démédicalisation des toxicomanies en milieu carcéral, avec la mise en place de ces structures socio-éducatives spécifiques, vise à consolider le sevrage obtenu par des projets de réinsertion adaptés.[54]

---

[53]Darbeda P, Senon J-L. Les antennes toxicomanie des établissements pénitentiaires : prévention et coordination des actions destinées aux détenus toxicomanes. Perspective Psychiatrique 1989 ; 28ième année ; 19 : 256-259.
[28]Ibid
[53]Ibid
[28]Ibid
[39]Ibid
[54]Glezer D, Morachini S, Pittera F. Pratique psychiatrique en milieu carcéral dans le cadre des SMPR. Revue Pratique de Psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale 1990 ; 1 : 64-68.

La mission de l'antenne « toxicomanie » est de coordonner toutes les actions en faveur des détenus toxicomanes avec notamment [28]:

- l'accueil de tous les entrants en vue du dépistage assuré antérieurement par le SMPR ;
- le recueil des données ;
- l'orientation vers la structure appropriée pour le sevrage ;
- des entretiens individuels ou collectifs afin d'informer les personnes incarcérées de l'existence du dispositif de soins et des structures spécialisées publiques ou privées pour les inciter à prendre contact avec elles;
- les interventions en direction des familles ;
- la recherche d'un hébergement, d'une insertion socio-professionnelle, d'une post-cure ainsi que le suivi en liaison avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation ;
- la coordination des actions de l'ensemble des équipes appelées à intervenir.

L'action essentielle de l'antenne « toxicomanie » est donc une action d'animation et de coordination qui vise à favoriser l'éclosion de toute initiative en faveur du toxicomane incarcéré, venant des intervenants, notamment extérieurs, intéressés par la toxicomanie. L'action des antennes ne se limite pas au milieu carcéral, créant les conditions favorables à un relais avec les intervenants spécialisés, essentielles à la préparation de la sortie et au travail d'insertion. Il s'agit d'un rôle de prise en charge et de médiation entre l'intérieur et extérieur.[53]

Les antennes de lutte contre la toxicomanie et les antennes de lutte contre l'alcoolisme sont indépendantes l'une de l'autre. Les premières sont en plus grand nombre.[28]
Les antennes de lutte contre l'alcoolisme sont implantées auprès de certains SMPR. Elles ont les mêmes missions envers les personnes incarcérées présentant un alcoolisme chronique. Leur objectif essentiel est d'éveiller une demande de soins et de préparer une prise en charge à la libération.[2] Il faut noter que la vente en cantine de toute boisson alcoolisée en milieu carcéral n'est interdite que depuis le décret du 8 décembre 1998 ; les états d'ébriété sont sanctionnés depuis la circulaire du 9 décembre 1998 (articles D.249-2 et D.346 du Code de Procédure Pénale).

[28]Ibid
[53]Ibid
[28]Ibid
[2]Ibid

L'association pour la prévention et l'étude des conduites d'alcoolisation des populations pénales, dont le siège se tient au centre pénitentiaire de Fleury-Mérogis, favorise [28]:

- l'étude des conduites d'alcoolisation des personnes incarcérées et leur rôle dans le processus de marginalisation et d'entrée dans le circuit carcéral ;
- la sensibilisation des intervenants auprès des personnes incarcérées alcooliques ;
- la mise en place de structures de soins et de prévention en milieu carcéral et l'accès aux sortants de prison des structures déjà existantes ;
- la concertation entre les instances gouvernementale et administrative et les organismes spécialisés afin de coordonner les actions entreprises ;
- le lien avec les autres associations et institutions ayant pour objectifs l'étude clinique et épidémiologique, le traitement et la réinsertion des malades alcooliques.

L'ensemble des actions des antennes de lutte contre la toxicomanie et de lutte contre l'alcoolisme ne peut se faire qu'en bonne harmonie et dans le cadre d'une intervention concertée avec les acteurs institutionnels de la prison : surveillants, services socio-éducatifs, enseignants, service médical, intervenants de secteur psychiatrique, équipe du SMPR.
La même volonté de travail en commun existe avec les intervenants extérieurs, et en particulier avec les comités de probation, les intervenants de toxicomanie, et les institutions spécialisées, quand elles existent à proximité de l'établissement pénitentiaire.[53]

[28]Ibid
[53] Ibid

2ème Partie.

CONSTAT ET REFLEXIONS SUR LES SOINS EN SANTE MENTALE EN MILIEU CARCERAL AU DEBUT DU XXIième SIECLE

Titre I. ETAT DU DISPOSITIF DE SOINS EN SANTE MENTALE EN MILIEU CARCERAL EN FRANCE EN 2002/2003

Dix ans après la loi du 18 janvier 1994, se pose la question de l'évolution des soins délivrés aux personnes incarcérées malades mentales et du dispositif sanitaire en santé mentale.[47] Le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale et le Ministère de la Justice ont réuni les différents partenaires concernés par cette question le mardi 7 décembre 2004 autour d'un colloque « Santé en prison , 10 ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ? ». Parallèlement le guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des personnes détenues était en cours de révision sous la direction du Dr. B. Brahmy (SMPR) et de Mr. Y. Feuillerat (DHOS) ; cette révision a abouti à un nouveau guide méthodologique officialisé par les deux Ministères Santé/Justice au début de l'année 2005.

C. Paulet décrit l'organisation actuelle des soins psychiatriques aux personnes incarcérées selon deux niveaux de soins en milieu pénitentiaire et un accès à l'hospitalisation en établissement de santé dans des conditions spécifiques. Les deux niveaux de soins en milieu pénitentiaire se répartissent entre [55]:

-- des prises en charge ambulatoires, dans tous les établissements pénitentiaires, réalisées par les équipes de SMPR ou de secteur de psychiatrie que nous nommons « Dispositif de Soins en Psychiatrie » (DSP) ;

-- des soins plus diversifiés et intensifs (incluant l'hospitalisation avec consentement de la personne incarcérée), assurés par les SMPR.

La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) recense 26 SMPR. Elle recense aussi 93 secteurs de psychiatrie générale en milieu pénitentiaire pour les soins ambulatoires et la prise en charge des hospitalisations sous contrainte par les établissements de santé habilités.[56] Les secteurs de psychiatrie établissent un maillage dans la centaine d'établissements pénitentiaires non couverts directement par les SMPR.[47]

Jusqu'en 2000, dans les 21 établissements à gestion mixte (« plan 13000 », de Mr. A. Chalandon), la fonction santé est gérée par un groupement privé qui procède au recrutement du personnel médical en fonction d'un cahier des charges fixées par l'Administration

[47]Ibid
[55]Paulet C. Bilan et perspectives de l'organisation des soins psychiatriques aux personnes détenues, en particulier de l'hospitalisation. L'Information Psychiatrique avril 2004 ; 80 ; 4 : 307-312.
[56]Direction de l'Administration Pénitentiaire, Ministère de la Justice. Les chiffres clés de l'Administration Pénitentiaire. Juillet 2003 : 12.
[47]Ibid

Pénitentiaire. Le renouvellement des marchés publics, prévu pour 2001, exclut du cahier des charges la fonction santé qui revient désormais au secteur public, selon le dispositif de droit commun. Les établissements pénitentiaires concernés élaborent en conséquence des protocoles avec les secteurs psychiatriques de proximité.[15]

L'ensemble des intervenants, qui relève des systèmes judiciaire, médical et de l'Administration Pénitentiaire, souligne les difficultés croissantes dans la gestion des problèmes des malades mentaux en prison.

Cependant :

-- les enquêtes, en dehors d'enquêtes ponctuelles dont le champ et le thème sont toujours différents, permettent difficilement de mesurer l'évolution du champ de la psychiatrie en prison ;

-- les études épidémiologiques françaises effectuées sur les personnes détenues présentant des troubles mentaux manquent de rigueur scientifique;

-- aucune comptabilisation de l'activité en santé mentale n'est possible, compte tenu du défaut de repérage et de saisie, de l'addition des actes (consultations d'entrée ou de suivi, soins, entretiens, dispensation de médicaments) et de l'amalgame des professions (psychiatres, psychologues, infirmiers).[57]

[15]Ibid

[57]Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Luynes et du centre de détention de Salon 2002.

Chapitre 1. Etude sur l'ensemble des lieux de soins en milieu carcéral en France

Pour répondre à la question « qu'en est-il du dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral au début de ce XXI^{ième} siècle ? », nous avons entrepris une recherche d'informations en contactant l'ensemble des lieux de soins psychiatriques en milieu carcéral pour, premièrement, récupérer leur rapport d'activité de l'année 2002 et/ou 2003 et pour, deuxièmement, adresser un questionnaire aux psychiatres impliqués dans les soins en prison dont l'analyse éclaire sur leurs pratiques et leurs difficultés.

Cette recherche d'information s'est déroulée de mai 2004 à octobre 2004.

Tous les dispositifs de soins en santé mentale ont été contactés téléphoniquement afin de référencer leur numéro de téléphone direct ou indirect par l'Administration Pénitentiaire, leur adresse, les noms des psychiatres responsables des différents dispositifs (annexe 1). Ensuite, par courrier, leur ont été adressés, de façon nominative dans la majorité des cas, la demande de rapport d'activité ainsi que le questionnaire. Il y eut trois rappels par courrier.

Section 1. Les rapports d'activité

Soulignons d'emblée le paradoxe que constitue l'utilisation des rapports d'activité, alors qu'il est connu des tutelles Santé/Justice comme de tous les soignants travaillant en milieu carcéral, que les rapports des secteurs de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire sont inutilisables en termes de repérage d'activité et d'exploitation de toutes données épidémiologiques. « Il n'existe au niveau central, ni définition d'un cadre commun de recueil de l'information, ni centralisation des rapports d'activité » écrivent en juin 2001 les experts de l'Inspection Générale des Affaires Sanitaires (IGAS) et de l'Inspection générale des Services Judiciaires (IGSJ) dans leur rapport d'évaluation sur « l'organisation des soins aux détenus »[50].[57]

Nous avons pu obtenir :

- 36 rapports d'activité de Dispositifs de Soins en Psychiatrie (annexe 2) ;
- 20 rapports d'activité de Services Médico-Psychologiques Régionaux (annexe 3).

[50]Ibid
[57]Ibid

Deux SMPR (Rennes et Caen), nous ont informés de l'impossibilité de répondre à nos demandes du fait de situation de restructuration locale.

Le rapport de DSP s'intègre dans 50% des cas dans le rapport d'activité de l'UCSA dans laquelle il intervient. L'intervention de plusieurs DSP s'effectue sur plus d'un établissement pénitentiaire. Les rapports des SMPR incluent l'activité de leurs antennes-SMPR. L'ensemble des rapports d'activité utilisés recouvre près de 60% des établissements pénitentiaires. Des dispositifs de soins en santé mentale ont complété leur réponse par l'apport de leurs projets de soins à venir.

Les comparaisons entre les différentes structures de soins sont objectivement complexes car nous retrouvons très peu de critères communs d'évaluation, ce qui permet de masquer bien des disparités de moyens.

Seuls les 26 SMPR se sont dotés d'une fiche de recueil des données et peuvent présenter des bilans chiffrés. Cette fiche est utilisée uniquement par deux SMPR. Leurs rapports restent aussi très hétéroclites.

Il n'existe pas de protocole national de rapport d'activité pour les secteurs de psychiatrie générale qui suivent 60% de la population carcérale dans plus de cent établissements pénitentiaires. Par contre la région Nord-Pas-De-Calais a mis en place un protocole régional de rapport d'activité[17].

Plusieurs rapports ne contiennent que quelques données chiffrées difficilement interprétables, sans aucune description des activités qualitatives de l'équipe psychiatrique.[58] [59] [60] [61]

Le rapport d'activité du service inscrit dans le règlement du service n'est obligatoire que tous les deux ans pour l'administration de l'établissement de santé. La plupart des DSP et des SMPR réalisent un rapport par an pour répondre à une volonté d'auto-évaluation de leur activité mais cette attitude n'est pas générale ; le SMPR de Poitiers notifie qu'il n'effectue qu'un rapport tous les deux ans[62] .

Nous développerons les aspects qualitatifs du dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral en France. Nous utiliserons les informations contenues dans les rapports pour décrire la situation générale du dispositif de soins en santé mentale. Nous détaillerons les soins qui

[17]Ibid
[58]Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Cahors 2003.
[59]Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Limoges, du centre de détention d'Uzerche, de la maison d'arrêt de Tulle 2003.
[60]Rapport d'activité du DSP de la maison central de Poissy 2003.
[61]Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Vesoul 2003.
[62]Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Poitiers 2002.

sont actuellement présents sur la quasi-totalité des dispositifs et présenterons aussi les expériences locales qui sont sources d'intérêt pour l'ensemble des dispositifs.

Section 2. L'analyse des questionnaires adressés aux psychiatres

Le questionnaire a été adressé aux médecins psychiatres responsables de dispositif de soins en santé mentale, DSP et SMPR. Il est strictement anonyme et son analyse n'est pas utilisée pour apporter des informations sur la situation des soins psychiatriques sur un établissement pénitentiaire spécifique. Ceci permet à la personne interrogée de répondre de façon plus libre aux questions sur les difficultés rencontrées concernant les soins psychiatriques, l'éthique, la déontologie, les rapports avec l'Administration Pénitentiaire dans l'établissement dans lequel elle intervient.

Le questionnaire est composé de cinq questions. Les questions étant toutes ouvertes, elles rendent plus complexe leur analyse mais enrichissent manifestement la réflexion.

Les questions sont les suivantes :

1. « Quelles sont, selon vous, les priorités actuelles des soins psychiatriques en milieu carcéral ? »;
2. « Acceptez-vous de pratiquer des soins psychiatriques sous contrainte, dans quels cas ? » ;
3. « Quel est votre point de vue sur les soins moralement imposés en milieu carcéral ? (exemple dans le cadre des auteurs d'agressions sexuelles) » ;
4. « Des situations particulières de prise en charge de patients ou de rapport avec le cadre pénitentiaire, vous ont-elles posé des questions éthiques et déontologiques, pouvez-vous les exposer ? » ;
5. « Quelles seraient, selon vous, les dérives possibles des soins psychiatriques en milieu carcéral ? ».

L'analyse a été effectuée sur 70 questionnaires renvoyés.

Les questions ouvertes 1, 3, 4, 5 permettent aux psychiatres interrogés de donner plusieurs réponses.

Les résultats détaillés de chaque question sont développés dans les tableaux I, II, III, IV et V.

Tableau I. Analyse des réponses apportées par les psychiatres intervenant en milieu carcéral à la question « Quelles sont, selon vous, les priorités actuelles des soins psychiatriques en milieu carcéral ? ».

QUELLES SONT, SELON VOUS, LES PRIORITES ACTUELLES DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL ?	
La prise en charge des personnes psychotiques	36.5%
La prévention du suicide	36.5%
Le dépistage des troubles psychiatriques	20%
Le traitement des addictions	20%
La continuité des soins post-carcéraux et la préparation à la sortie	19.5%
La nécessité d'augmenter les moyens des équipes psychiatriques	18%
La prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles	15%
Répondre à la souffrance psychique des personnes incarcérées	10.5%
Améliorer les possibilités d'hospitalisation selon l'article D.398	10.5%
La création des Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées	9%
L'évolution des SMPR vers un fonctionnement comme les Centres Médico-Psychologiques (Hôpital de Jour, Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel)	6%
L'augmentation de l'engagement de la psychiatrie sectorielle dans la psychiatrie en milieu carcéral	4.5%
La valorisation de la substitution chez les toxicomanes	4.5%
La fédération des moyens UCSA-DSP	4.5%
L'amélioration des conditions d'incarcération des malades psychiatriques	3%
La formation des soignants à la psychiatrie en milieu carcéral	3%
La fusion des UCSA/DSP	3%
Le travail de formation et de coopération avec les équipes pénitentiaires	3%
La prise en charge des mineurs	1.5%

Tableau II. Analyse des réponses apportées par les psychiatres intervenant en milieu carcéral à la question « Acceptez-vous de pratiquer des soins psychiatriques sous contrainte, dans quels cas ?».

ACCEPTEZ-VOUS DE PRATIQUER DES SOINS PSYCHIATRIQUES SOUS CONTRAINTE, DANS QUELS CAS ?		
NON		58%
OUI		24%
NON, en dehors d'exceptions dont :		18%
En attente d'un transfert en hospitalisation D.398	8%	
En cas de crise d'agitation et de dangerosité	7%	
Au quartier disciplinaire	3%	

Tableau III. Analyse des réponses apportées par les psychiatres intervenant en milieu carcéral à la question « Quel est votre point de vue sur les soins moralement imposés en milieu carcéral ? (exemple dans le cadre des auteurs d'agressions sexuelles) ».

QUEL EST VOTRE POINT DE VUE SUR LES SOINS MORALEMENT IMPOSES EN MILIEU CARCERAL ? (EXEMPLE DANS LE CADRE DES AUTEURS D'AGRESSIONS SEXUELLES)	
Cette rencontre peut être à l'origine de l'émergence d'une réelle demande de soins.	48.5%
L'efficacité de ces soins est remise en question.	32%
Une confusion existe entre la peine et les soins.	24%
Le psychiatre refuse de pratiquer les soins moralement obligés.	18%
Le psychiatre est entièrement d'accord avec les soins moralement obligés en milieu carcéral et reconnaît une nécessité et une efficacité de ce type de mesure.	18%
Le psychiatre refuse ce type de prise en charge si la personne est dans un déni total et persistant, ou si elle se trouve en période d'instruction.	6%
Le psychiatre considère qu'il est impossible de répondre quantitativement à ce type de prise en charge du fait d'une inadéquation des moyens en personnel.	4.5%
Les soignants nécessitent d'être formés à ce type de prise en charge.	3%

Tableau IV. Analyse des réponses apportées par les psychiatres intervenant en milieu carcéral à la question « Des situations particulières de prise en charge de patients ou de rapport avec le cadre pénitentiaire, vous ont-elles posé des questions éthiques et déontologiques, pouvez-vous les exposer ?».

DES SITUATIONS PARTICULIERES DE PRISE EN CHARGE DE PATIENTS OU DE RAPPORT AVEC LE CADRE PENITENTIAIRE, VOUS ONT-ELLES POSE DES QUESTIONS ETHIQUES ET DEONTOLOGIQUES, POUVEZ-VOUS LES EXPOSER ?	
La violation du secret médical soit par les soignants soit par le personnel pénitentiaire.	29%
Des pressions exercées par l'Administration Pénitentiaire et l'administration judiciaire.	26%
La sollicitation pour un avis psychiatrique dans le cadre de placements en quartier disciplinaire.	24%
L'utilisation des soins psychiatriques comme régulateurs des problèmes carcéraux.	18%
Non. Absence de situation source de questions éthique ou déontologique dans la prise en charge de patients ou de rapport avec le cadre pénitentiaire.	16.5%
Les demandes de certificats circonstanciés.	12%
La position de la pénitentiaire ne prenant pas en compte l'avis psychiatrique.	7.5%
La présence de personnes incarcérées psychotiques en milieu carcéral.	6%
Refus de répondre à cette question dans le questionnaire.	4.5%
Les difficultés en lien avec les hospitalisations D.398.	4.5%
La surveillance de la prise des traitements par les personnes incarcérées.	4.5%
L'utilisation détournée des traitements prescrits pour la toxicomanie.	1.5%

Tableau V. Analyse des réponses apportées par les psychiatres intervenant en milieu carcéral à la question « Quelles seraient, selon vous, les dérives possibles des soins psychiatriques en milieu carcéral ?».

QUELLES SERAIENT, SELON VOUS, LES DERIVES POSSIBLES DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL ?	
La psychiatrisation des difficultés relevant de la gestion par l'établissement pénitentiaire.	43%
Une dérive vers « l'Asile-Prison » et un désinvestissement de la psychiatrie sectorielle.	20%
L'emprise de la justice sur les soins, avec une mise en position d'auxiliaire de justice.	20%
Le rapprochement des soignants et de l'Administration Pénitentiaire avec une perte des objectifs et de l'identité de soignant.	18%
La mise en place de soins sous contrainte en milieu carcéral.	15%
La surprescription de psychotropes avec un détournement utilitaire pour le fonctionnement de l'établissement pénitentiaire.	10.5%
La confusion entre la sanction et les soins.	7.5%
L'aggravation du problème expertal avec une augmentation de prononciations d'irresponsabilité partielle au détriment de l'irresponsabilité totale.	6%
Le manque quantitatif et qualitatif de personnels soignants psychiatriques.	6%
La disparition de la notion de secret médical en milieu carcéral.	4.5%
Refus de répondre à cette question dans le questionnaire.	1.5%

Les résultats statistiques de chaque question, détaillés ici, vont être associés ensuite au travail effectué à l'aide des rapports d'activité des dispositifs de soins en santé mentale.

Ils participent à la structuration de l'ensemble du travail de réflexion sur l'intervention psychiatrique dans les structures de soins actuelles et sur le questionnement actuel sur la place de la psychiatrie en milieu carcéral.

Chapitre 2. Population carcérale et troubles psychiatriques

Ces dernières années, le taux de détention augmente régulièrement et les peines s'allongent. Au 1er mai 2002, la France comptait 50714 personnes incarcérées, soit 85 personnes incarcérées pour 100000 habitants, réparties comme suit : 33,6% de prévenus, 3,7% de femmes, 1,7% de mineurs.[55]

Tableau VI. Evolution de la population carcérale en France depuis 1980[15]

Au 1er janvier	Métropole et Outre-mer
1980	36913
1985	44498
1990	45420
1995	53935
2000	51441
2001	47837

En juin 2003, le nombre de 60000 personnes incarcérées était dépassé (pic). Juillet 2004, le chiffre record de 63652 était atteint (pic). Le projet portant la capacité d'accueil des prisons à près de 62000 places pour 2007 se présente déjà comme insuffisant.

Parmi cette population carcérale croissante, les personnes incarcérées présentant des troubles psychiatriques et psychologiques sont surreprésentées. Contrairement aux idées reçues, il existe peu de simulateurs en milieu carcéral, certains vrais malades refusent même de venir rencontrer l'équipe psychiatrique pour ne pas avoir le statut de malade mental ou de fou. La personne malade psychiatrique bénéficiaire de l'allocation adulte handicapé voit après 45 jours d'incarcération son allocation réduite à 12% de son montant mensuel sauf si elle est mariée et que son conjoint se trouve dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle ou si elle a au moins un enfant ou un ascendant à sa charge (articles R.821-13 à R.821-15 du code de la sécurité sociale). Le malade psychiatrique n'est pas concerné par le droit à « la

[55] Ibid
[15] Ibid

suspension de peine pour raisons médicales » retrouvé dans la loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades.

La pathologie psychiatrique rencontrée par les psychiatres est très variée :

-- les troubles liés au traumatisme de l'incarcération représentent une pathologie de l'adaptation bien compréhensible, observée lors ou au lendemain de l'admission ;

-- les états de sevrage aux substances psycho-actives illicites, notamment aux opiacés, mais aussi à l'alcool, ou encore aux médicaments psychotropes détournés de leur usage régulier ;

-- les troubles névrotiques : troubles du sommeil, troubles dépressifs réactionnels, hystérie, phobies, obsessions ;

-- les psychoses : les personnes schizophrènes incarcérées sont nombreuses. Déficitaires ou productifs, les troubles psychotiques sont fréquemment retrouvés chez des patients récemment sortis de l'hospitalisation psychiatrique sans suivi médical, parfois prématurément ou de manière inadaptée sans le relais thérapeutique garantissant la nécessaire confiance et la continuité des soins (le délit ayant motivé l'incarcération est parfois la révélation du processus psychotique) ;

-- les paranoïaques, qui sont le plus souvent incarcérés après un passage à l'acte médico-légal ;

-- les tentatives de suicide : nombreuses, elles prennent souvent une ampleur et une forme plus dramatiques encore qu'en milieu psychiatrique, les données contextuelles étant aussi peut-être plus prégnantes ;

-- les psychopathes : également nombreux en milieu carcéral ; leur prise en charge est délicate, car il faut saisir la différence entre le chantage au passage à l'acte et les risques de comportements auto-agressifs et hétéro-agressifs dans cet univers où les contraintes et les frustrations auxquelles ces sujets sont si intolérants sont nombreuses et variées ;

-- les états limites ;

-- les déficiences intellectuelles ;

-- les pervers : ces patients sont rarement rencontrés ailleurs. Peu demandeurs d'une réelle prise en charge, ils sont amenés à être reçus, examinés, traités lors de réactions dépressives ou à l'occasion du dépistage systématique des troubles psychiatriques des arrivants. Il est à noter que les auteurs d'agressions sexuelles ne rentrent pas systématiquement dans ce cadre nosographique.[63]

Les pathologies mentales rencontrées en milieu carcéral ne sont pas différentes de celles en milieu libre. Mais leur répartition en groupes nosographiques est spécifique au milieu carcéral

[63]Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Loos-lès-Lille, et de l'antenne SMPR du centre de détention de Loos-lès-Lille 2003.

avec une nette prévalence des troubles psychopathiques.[52] La structure de leurs pathologies s'écarte de celle des patients pris en charge par le secteur de psychiatrie générale chez lesquels prédominent les troubles psychotiques et les troubles dépressifs.

Pour cette population en quasi-totalité masculine, plutôt jeune, célibataire et en grande difficulté d'insertion, la présence de troubles est plus fréquente dans le cas d'antécédents judiciaires et pour des délits criminels. La nature des délits commis différencie nettement les détenus suivis pour des troubles psychiatriques : 46% sont incarcérés pour crimes contre 24% des personnes incarcérées, 65% pour atteinte aux personnes contre 18% des personnes incarcérées.[64]

Concernant la population suivie par le DSP à la maison d'arrêt d'Angers, pour 78,09% des patients, l'équipe soignante connaît le motif d'incarcération. La répartition se fait comme suit (433 patients) :

-- Infraction à la Législation des Stupéfiants (ILS) : 9,24%

-- Conduite en Etat d'Alcoolisation (CEA) : 9,7%

-- vol : 25,64%

-- violence : 26,58%

-- autres : 6,93%.[65]

D'après l'enquête de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère des Affaires Sociales en juin 2001 sur la santé psychiatrique des détenus accueillis par les vingt-six SMPR (40% de la population pénale), plus de la moitié des entrants présente un trouble psychiatrique, un entrant sur cinq a déjà été suivi par un secteur de psychiatrie, une personne incarcérée suivie sur trois présente des troubles de la personnalité, une sur quatre présente des troubles liés aux dépendances addictives, 12% présentent des troubles névrotiques, 1% des troubles psychotiques, 7% des troubles de l'humeur.[55]

En 2003, au SMPR de la maison d'arrêt d'Amiens et au SMPR de la maison d'arrêt de Grenoble-Varces, en entretien d'accueil plus de 80% de la population carcérale est considérée comme porteuse de troubles mentaux (tableau VII).

---

[52] Ibid

[64]Coldefy M, Faure P, Prieto N. Rapport de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques DREES sur la santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus, accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. Juillet 2002 ; 181 : 12.

[65]Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt d'Angers 2003.

[55]Ibid

Tableau VII. Répartition par diagnostic (selon la CIM 10) des personnes incarcérées entrantes vues en entretien d'accueil par l'équipe psychiatrique du SMPR d'Amiens et du SMPR de Grenoble-Varces en 2003.

Répartition par diagnostic des personnes incarcérées entrantes vues en entretien d'accueil par l'équipe psychiatrique	**SMPR MA d'Amiens 2003** [66]	**SMPR MA de Grenoble-Varces 2003** [67]
Nombre de personnes incarcérées vues en entretien d'accueil	1257	536
Personnes incarcérées entrantes considérées comme porteuses de troubles mentaux en %	86	82.7
F.00-F.09 en % Troubles mentaux organiques, y compris des troubles symptomatiques	0.1	/
F.10-F.19 en % Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	44.8	/
F.20-F.29 en % Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	1.3	6.3
F.30-F.39 en % Troubles de l'humeur	16	11.6
F.40-F.49 en % Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes		
F.50-F.59 en % Symptômes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et des facteurs psychiques	/	/
F.60-F.69 en % Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	28.9	62
F.70-F.79 en % Retard mental	5	2.8

[66]Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt d'Amiens 2003.
[67]Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Grenoble -Varces 2003.

C. Manzarena compare des études internationales et françaises pour lesquelles il retrouve peu de différences concernant le taux de psychoses chroniques proche de 4% ; par contre les résultats concernant les troubles dépressifs et les troubles de la personnalité de type antisocial montrent un écart important dont une sous-évaluation par les études françaises par défaut de recrutement suffisant de la population étudiée peut être à l'origine.[30]

Tableau VIII. Données épidémiologiques sur les pathologies psychiatriques en détention selon C. Manzarena (% population pénale)[30].

Pathologies psychiatriques	Études internationales				Études françaises		
	Méta-analyse Fazel Danesh	Roesch (hommes prévenus)	Teplin (prévenus)	Motiuk (hommes condamnés)	Gravier 1999	Dauver 2002	Gallet et al 2000
Psychoses chroniques	4	5	4	3	2.15	4.75	3.5 (MA) 4.6 (CD)
Dépression	12	10	14	/	3.5	/	/
Personnalités antisociales	20	64	47	57	11	15.5	/

Il est donc établi que les besoins en santé mentale sont très importants en milieu pénitentiaire, mais on ne dispose pas de données suffisamment précises à ce sujet en France. L'enquête effectuée par la DREES en juin 2001 concernant les troubles psychopathologiques rencontrés dans la population pénale est aussi très partielle : elle porte sur les symptômes présentés par les entrants en détention et les pathologies psychiatriques des personnes incarcérées suivies

[30] Ibid
[30] Ibid

par les SMPR et ne concernant que les établissements pénitentiaires dotés de SMPR (soit 40% de la population pénale).[68]

Les chiffres en France sous-estiment nécessairement le nombre des personnes incarcérées présentant des troubles psychiatriques majeurs. En effet, nous ne disposons pas d'études systématiques réalisées chez la totalité des arrivants, ou sur un échantillon représentatif des arrivants, qui permettraient une approche plus exacte, ni d'études longitudinales permettant d'évaluer la fréquence des décompensations psychotiques chez des détenus, indemnes à priori d'affection psychiatrique déclarée lors de l'incarcération.[69]

Section 1. Présence d'une population de personnes psychotiques incarcérées

Tableau I.

QUELLES SONT, SELON VOUS, LES PRIORITES ACTUELLES DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL ?	
La prise en charge des personnes psychotiques	36.5%

Les psychiatres interrogés considèrent que la prise en charge des personnes psychotiques fait partie des priorités des soins psychiatriques en milieu carcéral les plus importantes. Les patients psychotiques chroniques incarcérés constituent un groupe qui commence à être identifié :

-- il s'agit de sujets souvent connus comme tels avant leur condamnation ;

-- ou bien de sujets qui révèlent leurs troubles dans l'après-coup du passage à l'acte et après expertise pénale ;

-- ou encore de sujets qui décompensent sur un mode psychotique chronique après condamnation et souvent durant des peines de très longue durée.[70]

Les études épidémiologiques concernant l'évaluation de l'importance de la population de personnes incarcérées psychotiques sont surtout anglo-saxonnes. La plupart des analystes évaluent la fréquence des troubles psychiatriques majeurs (psychose délirante et chronique,

[68]Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, Ministère de la Justice. Rapport du groupe de travail interministériel relatif à la mise en oeuvre de l'article 48 de la loi nº 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice portant création des unités spécialement aménagées destinées à l'hospitalisation pour troubles mentaux des personnes détenues. Juillet 2003 : 26.

[69]De Beaurepaire C, Pottiez S. A propos des patients psychotiques incarcérés. Problèmes cliniques et éthiques. La Revue de Psychiatrie et de Psychologie Médicale mars 2000 ; IV ; 36 : 9-14.

[70]Rapport d'activité du DSP de la maison centrale de Château Thierry de 1996 à 2000.

schizophrénie, troubles bipolaires) à environ 25%[71] [72].[69]

La récente méta-analyse effectuée par S. Fazel, reprend 62 publications internationales de douze pays occidentaux concernant 22 790 personnes incarcérées. Il retrouve 4% de psychose chronique. Il existe une grande variabilité selon les études allant de 1% à 6% pour les psychoses chroniques.[73]

Plusieurs études parcellaires ont été réalisées en France dans le cadre des SMPR. Il s'agit essentiellement de sondages concernant un nombre limité d'établissement pénitentiaire, prenant en compte des personnes incarcérées signalées et suivies par les équipes de psychiatrie.[69] Selon une étude nationale effectuée en décembre 1998 au niveau des SMPR sur les psychotiques incarcérés un jour donné, on relève les pourcentages suivants : Strasbourg 3,5%, Fresnes 1,9%, Rennes 4,3%, Marseille 3,7%.[74] Dans les établissements pénitentiaires de Toulouse, E. Gallet retrouve 3,5% de psychose chronique en maison d'arrêt et 4,6% en centre de détention, avec une répartition de 75% de schizophrénie et de 25% de psychose paranoïaque, en janvier 1999.[75] E. Gallet conclut à une prévalence de la population psychotique en milieu carcéral équivalant à deux ou trois fois celle de la population psychotique en milieu libre. Au centre de détention de Caen, B. Dauver évalue à 4,75% les personnes incarcérées présentant une psychose chronique en 2002, sur une population de 400 personnes incarcérées.[76] Le SMPR de Fresnes, en 1999, 700 personnes incarcérées présentant des troubles délirants sont rapportés au flux annuel de 8000 personnes incarcérées, soit environ 8,75% de la population carcérale passant par l'établissement pénitentiaire de Fresnes et présentant des troubles délirants.[69]

Les personnes incarcérées psychotiques sont de plus en plus nombreuses. Cette augmentation du nombre de personnes psychotiques a plusieurs raisons.[52] On peut l'expliquer par une

---

[71]Hodgins S, Cote G. Major mental disorder and antisocial personality disorder: a criminal combination. Bull Am Acad Psychiatry Law 1993 ; 21 : 155-160.
[72]Hodgins S, Mednick S-A, Brennan P-A. Mental Disorder and crime. Arch Gen Psychiatry 1996; 53: 489-496.
[69] Ibid
[73]Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoner : a systematic review of 62 surveys. The Lancet 2002 ; 359 : 545-550.
[69] Ibid
[74]Camilleri C, Crochet F. Le soin aux psychotiques incarcérés. La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale février 2001 ; V ; 45 : 23-27.
[75]Gallet E, Camilleri C, Crochet F, Laurencin G, Nouvel A. Les psychotiques incarcérées. Forensic 2000 ; 2-3 : 48-52.
[76]Dauver B, Belveyre E, Durand C, Hardouin F, Brochet S. Eléments statistiques descriptifs concernant une population de 400 détenus au centre pénitentiaire de Caen. Forensic 2002 ; 10 : 15-21.
[69]Ibid
[52]Ibid

radicalisation des conceptions criminologiques de beaucoup d'experts.[44] Ils auraient tendance à responsabiliser les délinquants et criminels psychotiques pour qu'ils prennent en compte leurs actes, « condition nécessaire à leur guérison », favorisée évidemment par un séjour de plusieurs dizaines d'années en détention.[52]

Selon M-L. Lemaire, magistrat, responsabiliser les auteurs d'infractions porteurs de troubles psychotiques et leur reconnaître, de ce fait, un caractère de citoyen, peut être une position légitime, uniquement si leur détention peut s'accomplir dans un lieu de soins.[77]

L'article 122-1 alinéa 2 du Code Pénal stipule que : "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 pénalement responsable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle en détermine la peine et en fixe le régime". Ce texte mêle dangereusement la sanction judiciaire et la fonction thérapeutique. Il s'agit de malade, puisqu'il est fait référence aux troubles psychiques ou neuropsychiques, mais au discernement altéré et au contrôle des actes entravé et non pas aboli comme dans l'article 122-1 alinéa 1.[78]

C'est ainsi que se retrouvent en prison un grand nombre de malades mentaux, responsabilisés et punis dans le cadre de l'application du second alinéa de l'article 122-1. Selon C. de Beaurepaire, ils ont été conduits à l'acte criminel par leur exclusion sociale et psychiatrique initiale, l'aggravation de leurs troubles et leur dégradation sociale progressive.[79]

Est-il permis de supposer qu'il y aurait transfert de population entre les hôpitaux et les prisons? Si l'hôpital psychiatrique se désertifie quand la prison se surpeuple, c'est sans doute qu'une grande partie des malades de l'ancien asile est maintenant traitée sur le mode ambulatoire (au dispensaire, à domicile). C'est aussi pour une grande part que ce nouveau centre hospitalier spécialisé s'est démis de sa fonction sécuritaire traditionnelle, et n'absorbe plus qu'une part réduite de violence. L'hôpital psychiatrique se débarrasserait sur la prison de ses patients indociles, indésirables et dangereux.[4] Les pratiques des équipes de soins psychiatriques cherchent à responsabiliser le malade en rendant exceptionnelle l'hospitalisation, notamment sous la contrainte. Ce mouvement n'a pu être qu'amplifié par la

---

[44]Ibid
[52]Ibid
[77]Lemaire M-L. Quelle prison pour demain ? In : Quelle prison pour demain ? La documentation française 2002 : 33-40.
[78]Ayme J. La refonte de l'article 64 du Code Pénal. L'Information Psychiatrique avril 1991 ; 4 : 317-320.
[79]De Beaurepaire C. Faut-il pénaliser les auteurs d'infraction atteints de troubles mentaux ? In : Les dangerosités ; de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie. Editions John Libbey 2004 : 337-344.
[4]Ibid

loi du 30 juin 1990 sur l'hospitalisation des malades mentaux.[2] La réduction drastique des lits hospitaliers et des conditions de sécurité souvent insuffisantes amènent un « turnover » des malades qui, pour peu que leurs conditions de vie soient précaires à l'extérieur, sont entraînés parfois dans la délinquance.[52]

Section 2. Les troubles psychopathiques

Dans la population générale la prévalence estimée des troubles psychopathiques et des personnalités présentant des traits psychopathiques serait de 3% chez les hommes et de 1% chez les femmes, plus fréquemment en populations urbaines défavorisées ou en transit ; elle serait retrouvée chez près de 75% des sujets en population carcérale.[70] Les psychopathes graves décompensés, avec des défenses paranoïaques durables sans délire extériorisé font l'objet de sanctions disciplinaires répétitives allongeant de manière anormale leur temps de peine, du fait de procédures interférentes.

L'ouverture entière des hôpitaux, la lutte contre la chronicité aboutissent à la diminution très importante de la capacité d'accueil et à une sélection de plus en plus nette des admis à des soins de plus en plus sophistiqués. Les malades, dont la pathologie s'exprime surtout par des troubles du comportement comme les troubles psychopathiques, ne coexistent pas facilement avec des structures polissées plus luxueuses et plus fragiles. Les troubles de personnalité sont vite considérés comme relevant d'une prise en charge sociale plutôt que de soins.
Or, toute une partie de ces patients qui recevaient autrefois une assistance directe des hôpitaux, fût-ce au prix d'une certaine contrainte, voire d'un internement, et qui est maintenant dehors n'en est pas moins incapable d'une insertion normale dans le monde du travail. "Une délinquance de survie" selon P. Lamothe ou de désoeuvrement amène finalement ces personnes psychopathiques à la seule institution qui ne choisit pas ses clients et qui accueille sans distinction de rangs, ni de fortune, ni maintenant de pathologie : la prison.[80]

[2]Ibid
[52]Ibid
[70]Ibid
[80]Lamothe P. Quotidien d'un psychiatre en prison. Soins Psychiatrie juin - juillet 1990 ; 116/117 : 46-47.

Section 3. Population prise en charge par le dispositif de soins en santé mentale

Dans cette situation, le dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral se retrouve à devoir prendre en charge une partie très importante de la population incarcérée. Dans tous les établissements pénitentiaires, on retrouve une situation à peu près identique. Ce taux se situe autour de 40% de la population incarcérée comme à la maison d'arrêt d'Angers[65], de Rodez[81], ou même dans une petite maison d'arrêt comme celle de Gap[82].
Dans certains établissements, cette population est encore plus importante comme au SMPR du centre pénitentiaire de Marseille où elle atteint 55,2% d'hommes et jusqu'à 75,3% de femmes sur l'ensemble de l'année 2003[83].

Les caractéristiques diagnostiques de la population prise en charge en 2003 par le dispositif de soins en santé mentale peuvent être envisagées à la lecture du tableau suivant (tableau IX) qui détaille statistiquement la répartition des diagnostics posés pour la population carcérale prise en charge dans neuf dispositifs de soins en santé mentale différents. Nous constatons la prédominance des troubles de la personnalité dépassant les 35%, suivis par les problématiques addictives, 19,5%, et les troubles de l'humeur, 19%. Les troubles névrotiques et les réactions aux stress de la situation carcérale sont évalués à 15%. La pathologie psychotique est de 7,8% et la déficience intellectuelle est relativement importante avec 9,2%.

La population prise en charge en hospitalisation en Service Médico-Psychologique Régional présente ses spécificités. Les trois catégories diagnostiques les plus fréquentes en hospitalisation au SMPR de Lyon en 2003 sont les troubles psychotiques, 57%, les troubles de l'humeur, 15%, et les troubles de la personnalité, 14%[84].
Au SMPR de Marseille, un jour donné en 2003, sur un effectif de 28 patients hospitalisés (trente-deux places), le diagnostic de psychose est porté chez 50% des patients[83].

[65]Ibid
[81]Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Rodez 2003.
[82]Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Gap 2003.
[83]Rapport d'activité du SMPR du centre pénitentiaire de Marseille 2003.
[84]Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Lyon Saint Paul, de l'antenne SMPR de la maison d'arrêt de Lyon-Montluc 2003.
[83]Ibid

Tableau IX. Répartition par diagnostic (CIM 10)
de la population prise en charge par le dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral dans 9 établissements pénitentiaires en 2003.

Répartition par diagnostic des patients pris en charge en pourcentage	DSP MA d'Angers 2003 [65]	DSP, psychologue MA de Troyes 2003 [85]	DSP MA de Nîmes 2003 [86]	DSP MA de Rodez 2003 [81]	DSP, psychologue CP de Clairvaux 2003 [85]	DSP CD de Saint-Mihiel 2003 [87]	SMPR CP Châteauroux 2003 [88]	Antenne-SMPR MC de Saint Maur 2003 [88]	SMPR CP de Nantes 2002 [89]	Ecart Min-max	Moyenne
F.00-F.09 Troubles mentaux organiques, y compris des troubles symptomatiques	0.5	0	/	/	0	/	/	/	/	0-0.5	0.16
F.10-F.19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	22	14	25	30	9	22.5	37	5	10.33	5-3	19.5
F.20-F.29 Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	11	5	/	/	6	7	12	/	5.79	5-12	7.8
F.30-F.39 Troubles de l'humeur	5	22	/	/	22	/	30	30	4.96	4.96-30	19
F.40-F.49 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	2.5	4	/	/	6	/	32	33	12.40	2.5-33	15
F.50-F.59 Symptômes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et des facteurs psychiques	0.5	0	/	/	0	/	/	/	1.65	0-1.65	0.53
F.60-F.69 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	26.5	53 F.65=16	/	F.65=20	57 F.65=17	F.65=32.5	12	35	56.65	12-57	36.6
F.70-F.79 Retard mental	3	0	/	/	0	/	8	/	35	0-35	9.2

[65]Ibid
[85]Rapport d'activité du DSP du centre pénitentiaire de Clairvaux et de la maison d'arrêt de Troyes 2003.
[86]Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Nîmes 2003.
[81]Ibid
[85]Ibid
[87]Rapport d'activité du DSP du centre de détention de Saint-Mihiel 2003.
[88]Rapport d'activité du SMPR du centre pénitentiaire de Châteauroux, et de l'antenne SMPR de la maison centrale de Saint Maur 2003.
[88]Ibid
[89]Résultats de l'enquête nationale en santé mentale DREES, SMPR de Nantes 2002.

Chapitre 3. Les différents soignants en soins psychiatriques et leurs fonctions

Tableau I.

QUELLES SONT, SELON VOUS, LES PRIORITES ACTUELLES DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL ?	
La nécessité d'augmenter les moyens des équipes psychiatriques	18%

18% des psychiatres interrogés constatent une insuffisance de leurs moyens et considèrent qu'il est nécessaire de les augmenter. Pourtant les moyens affectés aux soins psychiatriques en milieu pénitentiaire sont relativement supérieurs à ce que l'on observe dans la population générale.[68] La composition de ces moyens est bien décrite concernant les 26 SMPR, par contre il n'en est pas de même pour les Dispositifs de Soins en Psychiatrie.

Section 1. La composition du personnel des Services Médico-Psychologiques Régionaux

En 2000, 121 médecins pour la plupart psychiatres (soit 100 équivalent temps plein ETP) exerçaient dans les 26 SMPR (y compris les attachés, les vacataires et les contractuels). En moyenne, on comptait ainsi 3,8 médecins en équivalent temps plein pour 1600 patients suivis. À ces effectifs de médecins s'ajoutaient neufs internes. Les infirmiers (y compris le personnel d'encadrement) représentent plus de la moitié des personnels non médicaux : 242 infirmiers en équivalent temps plein sur les 439 personnels non médicaux. Les psychologues représentent pour leur part 19% de l'ensemble des personnels non médicaux, avec 77 psychologues en équivalent temps plein, 2,9 psychologues en équivalent temps plein en moyenne par secteur. Quatre SMPR ne comptent toutefois aucun psychologue dans leurs services en 2000.

Le personnel socio-éducatif (assistants de service social, éducateurs, animateurs) représente environ 10% des personnels non médicaux avec 46 équivalents temps pleins. Les kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes et psychomotriciens ne sont présents que

[68] Ibid

dans un tiers des SMPR.

La répartition de la composition des personnels exerçant dans les SMPR se différencie de celle observée en psychiatrie générale. La part du personnel médical, des psychologues et des personnels socio-éducatifs y est relativement plus élevée. Celle des personnels infirmiers et autres personnes soignantes, à l'inverse, est moins élevée. Cette différence de structure est en grande partie liée à la nature des prises en charge proposées par les SMPR (essentiellement ambulatoires). Les établissements pénitentiaires mettent en outre à disposition des SMPR du personnel de surveillance pénitentiaire : 79 équivalents temps plein. Cependant, dix SMPR n'en disposent pas, les seize autres comptent une moyenne de cinq surveillants en équivalent temps plein.[64]

L'équipe type de SMPR se compose donc de [90](tableau X):

-- trois à quatre médecins ;

-- six à dix infirmiers psychiatriques ;

-- un à trois psychologues ;

-- une assistante sociale ;

-- une secrétaire.

Mais plusieurs SMPR sont en difficulté pour recruter du personnel et surtout pour maintenir une équipe stable dans la durée. Au premier septembre 2001, l'équipe soignante du SMPR de Châteauroux comportait au plan médical un chef de service par intérim, trois psychiatres consultants, trois équivalents temps pleins de psychologues, six infirmiers, une animatrice, une éducatrice et un art-thérapeute. Il fait partie des SMPR en France à ne pas disposer de lits d'hospitalisation faute notamment d'effectif médical suffisant.[91] Le SMPR de Châteauroux, en 2003 est toujours en déficit d'effectif en personnel médical [88]. En 2001 au SMPR de Nantes, E. Letang constate une équipe pluridisciplinaire mais quantitativement réduite[44]. En fin de l'année 2004, la situation du personnel des SMPR à Caen, Amiens, Bordeaux, Châteauroux reste extrêmement problématique.

---

[64]Ibid

[90]Michaud P. Traitement des malades mentaux dans les prisons françaises. Revue de Neuropsychiatrie de l'Ouest décembre 1993 ; 113 : 35-36.

[91]Humbert T. Hospitalisation sous contrainte en milieu carcéral. Synapse janvier 2003 ; 192 : 25-29.

[88]Ibid

[44]Ibid

Tableau X. Répartition de la composition du personnel des SMPR en 2000 en comparaison avec la répartition de la composition du personnel de secteur de psychiatrie générale en 1999.[64]

	Effectif total SMPR	ETP total SMPR	ETP moyen par SMPR	Répartition SMPR (en %)	Répartition secteur de Psychiatrie Générale*(en %)
Médecins	121	99,9	**3,8**	18,2	6,1
Internes	9	8,5	**0,3**	1,5	1,1
Secrétaires médicales	54	49,5	**1,9**	9	3,6
Personnel infirmier	255	241,6	**9,3**	43,9	63,6
Psychologues	96	77,1	**3,0**	14,0	2,9
Personnel socio-éducatif	50	46,2	**1,8**	8,4	2,7
Personnel rééducation	12	9,2	**0,4**	1,7	1
Autre personnel soignant	23	18,1	**0,7**	3,3	19,1
Ensemble du personnel	**620**	**550,1**	**21,2**	100	100

ETP : équivalent temps plein

* Rapport annuel des secteurs de psychiatrie générale 1999.

[64]Ibid

Section 2. La composition du personnel des Dispositifs de Soins en Psychiatrie

La situation dans les DSP est plus complexe à décrire. La composition d'un DSP est soumis à la situation locale et aux choix politiques de l'établissement de santé qui en est responsable. Il est rarement composé d'un personnel en provenance d'un unique secteur de psychiatrie générale et souvent l'équipe para-médicale est inter-sectorielle. Le personnel médical et para-médical intervient souvent sur deux lieux de soins psychiatriques : son secteur de rattachement et le DSP. La part du personnel médical est très variable ; elle peut être supérieure, égale, ou inférieure à celle du secteur de psychiatrie générale. La part du personnel para-médical représentée par les psychologues est dans la majorité des DSP nettement supérieure à celle du secteur de psychiatrie générale. Dans les DSP où les postes de médecins sont vacants, le psychologue peut être amené à coordonner l'équipe du DSP ; les infirmiers psychiatriques acquièrent aussi des responsabilités d'ordre médical. La présence du psychiatre à temps plein a pour effet de décharger les infirmiers et les psychologues de ces responsabilités qui ne leur incombent pas[92].

Nous pouvons considérer que l'équipe d'un DSP devrait être composée au minimum de façon systématique d'un psychiatre, d'un psychologue et d'une équipe d'infirmiers [57] [93] [65] [94] [17] [95] [87] [82] [96] [81].

[92]Rapport d'activité du DSP de centre de détention de Tarascon et du centre pénitentiaire du Pontet 2003.
[57]Ibid
[93]Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Villefranche sur Saône 2003.
[65]Ibid
[94]Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Bar-le-Duc 2003.
[17]Ibid
[95]Rapport d'activité du DSP du centre pénitentiaire de Nouméa 2003.
[87]Ibid
[82]Ibid
[96]Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt d'Alençon 2003.
[81]Ibid

Tableau XI. Répartition de la composition du personnel de 4 Dispositifs de Soins en Psychiatrie dans des établissements pénitentiaires d'au moins 100 places théoriques en 2003.

	DSP pour 1300 Personnes incarcérées [57]			DSP pour 650 Personnes incarcérées [93]			DSP pour 270 Personnes incarcérées [65]			DSP pour 100 Personnes incarcérées [94]		
	ETP	ETP rapporté à 100 places théoriques de l'établissement pénitentiaire	Répartition des ETP en % dans l'équipe du DSP	ETP	ETP rapporté à 100 places théoriques de l'établissement pénitentiaire	Répartition des ETP en % dans l'équipe du DSP	ETP	ETP rapporté à 100 places théoriques de l'établissement pénitentiaire	Répartition des ETP en % dans l'équipe du DSP	ETP	ETP rapporté à 100 places théoriques de l'établissement pénitentiaire	Répartition des ETP en % dans l'équipe du DSP
psychiatre	2.5	0.20%	24%	1.8	0.28%	29%	1	0.37%	29%	0.1	0.1%	6.25%
psychologue	3.5	0.27%	33%	1.5	0.23%	24%	0.5	0.18%	14%	0.5	0.5%	31.25%
infirmier	4.5	0.35%	43%	3	0.46%	47%	2	0.74%	57%	1	1%	62.5%
Total	10.5	0.82%	100%	6.3	0.97%	100%	3.5	1.29%	100%	1.6	1.6%	100%

[57]Ibid
[93]Ibid
[65]Ibid
[94]Ibid

Tableau XII. Répartition de la composition du personnel de 3 Dispositifs de Soins en Psychiatrie dans des établissements pénitentiaires inférieurs à 100 places théoriques en 2003.

	DSP pour 60 Personnes incarcérées [97]			DSP pour 60 Personnes incarcérées [96]			DSP pour 50 Personnes incarcérées [81]		
	ETP	ETP rapporté à 100 places théoriques de l'établissement pénitentiaire	Répartition des ETP en % dans l'équipe du DSP	ETP	ETP rapporté à 100 places théoriques de l'établissement pénitentiaire	Répartition des ETP en % dans l'équipe du DSP	ETP	ETP rapporté à 100 places théoriques de l'établissement pénitentiaire	Répartition des ETP en % dans l'équipe du DSP
psychiatre	0.2	0.33%	25%	0.05	0.08%	14%	0.1	0.2%	20%
psychologue	0	0%	0%	0.1	0.165%	29%	0.1	0.2%	20%
infirmier	0.4	0.66%	75%	0.2	0.33%	57%	0.3	0.6%	60%
Total	0.6	0.99%	100%	0.35	0.575%	100%	0.5	1%	100%

[97]Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt d'Albi 2003.
[96]Ibid
[81]Ibid

L'analyse de la composition de l'équipe de 7 DSP développée dans les deux tableaux précédents (tableaux XI et tableau XII) est globalement représentative de la situation actuelle des DSP selon la taille de l'établissement pénitentiaire dans lequel ils sont implantés.

Les DSP les mieux structurés sont ceux des établissements pénitentiaires ayant un nombre de places théoriques inférieur à 1000 et supérieur à 100. Le nombre d'ETP de psychiatre rapporté à 100 places théoriques est le plus important pour ce type d'établissement. Par contre le nombre d'ETP d'infirmier psychiatrique rapporté à 100 places théoriques augmente inversement à la taille de l'établissement. Les petits établissements inférieurs à 100 places théoriques possèdent des DSP où l'infirmier psychiatrique est le pivot central voire quasi-unique de la prise en charge psychiatrique. Les psychologues ont clairement une position importante en nombre dans la composition de l'équipe du DSP, leur ETP rapporté à 100 places théoriques varie peu selon la taille de l'établissement pénitentiaire.

Peu de DSP n'ont pas d'infirmier psychiatrique comme aux maisons d'arrêt de Valenciennes[98] , de Nanterre[99] et de Nîmes[86]. Dans ces conditions, les infirmiers des UCSA associées à ces DSP doivent suppléer à cette absence dans une certaine mesure.

Il n'existe pas dans les DSP d'autres types de corps professionnels présents, excepté un possible temps partiel de secrétariat proposé par les UCSA, ce temps de secrétariat étant très rarement compté dans la composition de l'équipe du DSP comme à la maison d'arrêt d'Epinal[100].

La plupart des DSP ont fréquemment des effectifs incomplets du fait des difficultés à pourvoir l'ensemble de leurs postes, de l'instabilité du personnel souvent due aux conditions de travail en milieu carcéral. Cette situation de pénurie de personnel touche l'ensemble des établissements de santé psychiatrique, et certains lieux de DSP constatent le retrait de leurs moyens en personnel pour combler d'autres faiblesses en personnel ailleurs[100].

[98]Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Valenciennes 2003.
[99]Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Nanterre 2003.
[86]Ibid
[100]Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt d'Epinal 2003.
[100]Ibid

Section 3. La fonction du psychiatre

La plupart des psychiatres semblent beaucoup moins adhérer que la majorité des somaticiens au modèle normatif qui renvoie le soin à un acte technique, rapide, fonctionnel, organiciste. Les psychiatres défendent ainsi souvent un rapport au temps et un rapport aux patients qui semblent attester de la présence d'un modèle étiologique et thérapeutique différent de celui des somaticiens. Le rapport au temps des psychiatres, révélé par la durée des consultations et par le délai d'attente entre une demande de soins et la prise d'un rendez-vous, semble être assez différent de celui des somaticiens.[3] Beaucoup de psychiatres soulignent que le traitement des pathologies psychiatriques nécessite du temps et disent vouloir prendre ce temps nécessaire.

Le délai minimum d'attente pour une consultation avec un psychiatre hors urgence est de plus de quinze jours dans plusieurs dispositifs de soins en santé mentale en milieu carcéral[101] [102] .

Pour engager un processus thérapeutique authentique, le psychiatre doit dépouiller la demande de son patient de son aspect utilitaire[19].

Son travail ne peut se limiter à une relation duelle isolée et qui serait désinsérée de son contexte psychosocial. Il doit se porter témoin devant la collectivité des troubles relationnels intérieurs à l'institution. Par là, il se fait révélateur des maladies du système. Il ne s'agit pas pour le psychiatre de se substituer au rôle de l'Administration Pénitentiaire mais tout au plus, par son regard à la fois du dedans et de l'extérieur, d'apporter les éléments d'une réflexion critique, sans se présenter comme porteur des solutions.

Selon B. Milly, la position des psychiatres peut revêtir quatre aspects [3]:

-- les « organicistes » sont ceux qui centrent leur activité autour de l'acte technique des soins ;

-- les « spécialistes pénitentiaires » sont ceux qui entendent faire reconnaître une forme de spécificité de l'exercice des métiers de santé en prison ;

-- les « consensuels » sont ceux qui cherchent avant tout à éviter les conflits avec le personnel pénitentiaire ;

-- les « puristes » sont ceux qui font du respect de la déontologie l'alpha et l'oméga de leur activité.

---

[3]Ibid

[101]Rapport d'activité du SMPR du centre pénitentiaire de Nantes 2003.

[102]Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Rouen 2003.

[19]Ibid

[3]Ibid

Pour la majorité, il s'agit encore de soigner un malade, non un malade détenu, et encore moins un détenu.
En cela, les modèles étiologique et thérapeutique de beaucoup de psychiatres rejoignent l'organicisme latent des autres praticiens.

Le travail qu'effectue actuellement le psychiatre en milieu carcéral est le suivant [103]:
-- les entretiens d'urgence ;
-- le renfort de l'accueil des entrants en détention si nécessaire ;
-- les suivis psychiatriques, psychothérapiques, chimiothérapiques ;
-- l'intervention auprès des mineurs pour évaluer les éventuels problèmes signalés et répondre aux demandes des mineurs ;
-- le passage aux quartiers disciplinaire et d'isolement en cas de nécessité psychiatrique ;
-- la coordination de l'équipe psychiatrique et le développement des soins psychiatriques ;
-- le maintien de relations de qualité pour un travail en partenariat avec les autorités pénitentiaire, judiciaire, les services sociaux et l'UCSA.

Section 4. La fonction du psychologue

Les prestations du psychologue dans le dispositif de soins en santé mentale sont les suivantes[88] :
-- suivi individuel sous forme de soutien psychologique ou psychothérapeutique ;
-- prise en charge bifocale psychologique et psychiatrique ;
-- bilan psychologique réalisé dans le cadre d'une définition de projet de soins ou dans l'objectif d'une continuité de soins à la sortie ;
-- animation de groupes thérapeutiques ;
-- participation lors des réunions d'équipes ;
-- activité de formation.

[103]Rapport d'activité du DSP du centre de détention de Liancourt, de la maison d'arrêt de Compiègne, de la maison d'arrêt de Beauvais 2003.
[88]Ibid

Il est amené à utiliser des outils d'évaluation :

-- la fiche d'évaluation et de guidance thérapeutique ;

-- le Questionnaire d'Investigation Clinique pour Auteurs d'Agressions Sexuelles ;

-- les tests projectifs et d'efficience ;

-- des outils de médiation thérapeutique.

Il peut participer à la prise en charge de l'accueil des entrants ou des entretiens en urgence si nécessaire.[103] Mais il a plus rarement la charge de rencontrer systématiquement tous les arrivants. C'est cependant le cas dans quelques SMPR. Le psychologue est souvent en deuxième ligne, recevant des patients après orientation des infirmiers ou des psychiatres ou encore sur demande expresse de la personne incarcérée. Dans de rares établissements, le psychologue va en détention pour rencontrer des personnes incarcérées signalées et sans demande d'aide. Le plus souvent, les psychologues reçoivent les patients sur demande des psychiatres.[104] D'ailleurs des DSP ont inscrit dans leur fonctionnement interne que le psychologue intervient à la demande du psychiatre qui seul donne les indications de psychothérapie[105].

Quelquefois l'offre de soins psychologiques est concentrée sur un nombre très faible de personnes incarcérées.[104] En centre de détention, comme à Toul et à Ecrouves, il participe majoritairement à la prise en charge psychothérapeutique des auteurs d'agressions sexuelles, par une approche d'ordre psychanalytique[106]. Le psychologue peut assurer également un rôle de coordination par sa participation à des réunions avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation et à des réunions de synthèse réunissant l'ensemble des intervenants du quartier « mineur »[99]. Son implication dans le développement d'un travail en réseau, dans des journées interprofessionnelles et dans des journées de formation, est indispensable[88].

En l'absence de psychiatre intervenant, il assume alors des responsabilités d'ordre médical qui nuisent à sa fonction de psychologue.

---

[103]Ibid

[104]Terra J-L. Prévention du suicide des personnes détenues : évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention. Rapport de mission à la demande du garde des Sceaux, ministre de la justice et ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, décembre 2003 : 218.

[105]Comité de coordination de l'unité de consultation de soins ambulatoires du centre pénitentiaire de Clairvaux le 25 novembre 2003.

[104]Ibid

[106]Rapport d'activité du DSP des centres de détention de Toul et d'Ecrouves 2003.

[99]Ibid

[88]Ibid

Section 5. La fonction de l'infirmier psychiatrique

Le rôle de l'infirmier psychiatrique dans les DSP des établissements de petite taille comporte la prise de nombreuses responsabilités en raison d'une présence médicale inconstante.[104] C'est le soignant psychiatrique qui a le temps de présence le plus important. Celui-ci correspond dans une maison d'arrêt comme Douai aux horaires suivants[17] :

-- horaires d'ouverture du DSP du lundi au vendredi : 7 h 15 - 18 h ;

-- horaires d'ouverture du DSP le samedi : 7 h 30-12 h /14 h - 17 h ;

-- horaires d'ouverture du DSP les dimanches et jours fériés : 7 h30-12h / 14 h-17 h.

L'infirmier, par son statut social et sa présence, est plus accessible pour les surveillants et est souvent sollicité[107]. Il constitue la catégorie professionnelle des SMPR/DSP la plus exposée aux agressions des personnes incarcérées et aux nuisances de toutes sortes liées aux conditions de travail : bruit incessant, demandes pressantes, tentatives de chantage ou de manipulation, menaces, urgences en permanence, violences entre les personnes incarcérées, conduites auto-vulnérantes de certaines d'entre elles[63].

Il faut insister sur le temps passé à nouer des relations au sein de l'établissement pénitentiaire. Il est nécessaire d'aller régulièrement voir le greffe judiciaire, d'organiser des réunions avec les surveillants responsables de détention, avec l'infirmerie et les services socio-éducatifs, de rencontrer les personnes de l'éducation nationale, les surveillants orienteurs, les surveillants responsables des ateliers ou du sport. Il faut consacrer du temps à expliquer au personnel de surveillance ce que l'équipe psychiatrique fait. Il peut s'agir de temps officiel de formation organisée par la direction de la pénitentiaire ou de formation à la demande des surveillants. Tout ce travail de terrain est assuré par l'infirmier. Il est la clé de voûte du fonctionnement de l'équipe et de son intégration au sein de l'établissement pénitentiaire.[43]

L'autonomie de fonctionnement, la capacité décisionnelle, l'activité clinique de suivi, de soutien, lors d'entretien individuel avec les personnes incarcérées, les co-consultations avec les médecins, définissent un rôle de soignant culturellement très différent de celui des infirmiers des UCSA.[57]

---

[104]Ibid
[17]Ibid
[107]Presles J. Un long fleuve tranquille ; naviguer au SMPR au quotidien. Soins Psychiatrie juin - juillet 1990 ; 116/117 : 30-31.
[63]Ibid
[43]Ibid
[57]Ibid

Le rôle de l'infirmier psychiatrique dans le dispositif de soins en santé mentale est le suivant[103] :

-- les entretiens d'urgence en première ligne ;

-- les entretiens des entrants ;

-- le passage quotidien au quartier mineur ;

-- les temps de concertation avec le médecin ;

-- la préparation et la délivrance des traitements aux personnes incarcérées à l'infirmerie et en détention ;

-- les entretiens de soutien ;

-- les co-thérapies, les thérapies de groupe .

L'entretien infirmier s'organise au départ à partir de questionnaires protocolisés permettant d'évaluer le désir d'engagement du patient dans un processus psychothérapique et d'esquisser un profil de personnalité psychopathologique. Il est destiné :

-- à l'évaluation des demandes et à l'orientation vers un thérapeute ;

-- à des entretiens d'urgence lors de décompensations dépressives ou délirantes, de troubles des comportement aigus ;

-- à des entretiens hebdomadaires pour des patients nécessitant momentanément ou de façon régulière un suivi plus important, médical et infirmier. Dans ce dernier cas, l'infirmier peut participer également aux entretiens avec le psychiatre dans un souci de plus grande cohérence de la prise en charge.

A la maison d'arrêt de Dunkerque, l'infirmier participe systématiquement aux entretiens médicaux ce qui augmente d'autant plus le nombre de ses actes[108].

Les entretiens infirmiers de suivi s'entendent en termes d'approches psychopathologiques mais aussi d'entretiens d'aide et de soutien psychologique face aux souffrances psychiques générées par l'enfermement et la rupture des liens sociaux et familiaux. L'infirmier trouve également une spécificité dans l'accompagnement de la distribution des traitements psychotropes et de substitution.[88]

---

[103]Ibid

[108]Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Dunkerque 2003.

[88]Ibid

Chapitre 4. Les soins proposés

.

Section 1. L'entretien d'entrée systématique

Tableau I.

QUELLES SONT, SELON VOUS, LES PRIORITES ACTUELLES DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL ?	
Le dépistage des troubles psychiatriques	20%

Le dépistage des troubles psychiatriques est la troisième priorité, pour les psychiatres interrogés, des soins psychiatriques en milieu carcéral après la prise en charge des personnes psychotiques et la prévention du suicide. M. David, médecin chef du SMPR de Baie-Mahault (Guadeloupe) souligne l'engagement des soignants dans sa mission de dépistage à travers l'entretien d'entrée systématique en rappelant dans son rapport d'activité en 2003 la Circulaire nº 45-DH.DSS-AP du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale : « afin de faciliter le repérage précoce des troubles psychiatriques des entrants et de mettre en oeuvre les soins adaptés à leur état, il est recommandé de procéder dans les premiers jours de l'incarcération à un entretien d'accueil avec un membre de l'équipe psychiatrique intervenant dans l'établissement pénitentiaire. Cette rencontre permet également de faire connaître les prestations psychiatriques offertes au sein de l'établissement pénitentiaire dans le souci notamment de favoriser une éventuelle demande de soin ultérieure ».[109]

§1. Intérêt et méthode

L'équipe de psychiatrie doit faire en sorte que tous les arrivants bénéficient d'un entretien avec un membre de l'équipe. Les infirmiers ont habituellement cette charge qui comprend un accueil, une présentation de la structure et une évaluation. Cette évaluation peut être aussi conduite systématiquement par les psychologues ou par les psychiatres selon les

[109]Rapport d'activité du SMPR du centre pénitentiaire de Baie-Mahault (Guadeloupe) 2003.

établissements. Ces variations ne sont pas soutenues par des preuves d'équivalence des trois modalités d'organisation.[104]

Dans l'entretien de dépistage systématique, sont recherchés [110]:
-- les antécédents psychiatriques (hospitalisation, suivi, traitement, tentative de suicide...) ;
-- les pathologies psychiatriques actuelles, préexistantes ou réactionnelles à l'incarcération ;
-- les pathologies addictives ;
-- les traitements actuels.

Ce recueil de données épidémiologiques oriente la proposition de soins et peut aussi être exploité à des fins de recherche, même s'il s'agit de données déclaratives[111]. Le soignant informe sur les prestations du SMPR ou du DSP, les aides, les soutiens et soins offerts, ainsi que les moyens de prendre contact avec l'équipe[63]. Il repère les difficultés socio-familiales nécessitant l'intervention immédiate de l'équipe socio-éducative[21]. Au cours de cet entretien d'entrée, le soignant devra faire la preuve de ses capacités d'empathie dans le but d'initier une relation forte au patient tout en restant vigilant face aux capacités de séduction et de fusion de ce dernier. L'éveil d'une demande de soins nécessite de la part du soignant non seulement un engagement mais aussi une gestion de la distance avec le patient afin d'éviter de reproduire l'alternance fusion/rupture.[30] Il doit aider à désamorcer une angoisse provoquée par le choc de l'incarcération[100].
Il requiert en moyenne une demi-heure de travail par personne incarcérée entrante[63] (avec de grande variabilité de durée).
Ce mode de fonctionnement intrusif est efficace, en permettant, dès l'arrivée, de repérer les personnes incarcérées ayant des problèmes et ainsi d'éviter de travailler dans l'urgence, au coup par coup, en subissant la pression du milieu ; cela, grâce à la connaissance au départ de la plupart des difficultés prévisibles pour chaque sujet.[35]
Il est important de préciser à la personne incarcérée que les soignants restent indépendants de l'Administration Pénitentiaire[100].

---

[104]Ibid
[110]Projet médical concernant le SMPR de la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan 2003.
[111]Rapport du SMPR de la maison d'arrêt de Toulouse 2003.
[63]Ibid
[21]Ibid
[30]Ibid
[100]Ibid
[63]Ibid
[35]Ibid
[100]Ibid

§2. Les arguments contre l'entretien d'entrée systématique

J-M. Chabannes considère que toute personne incarcérée n'est pas un malade mental. Aussi, prétendre à un examen spécialisé systématique pour chaque détenu paraît une hérésie. Il contribue à la dilution des missions de soins au détriment de ce que doit être le champ d'action de la psychiatrie, centrée sur la maladie mentale et non sur celui de la santé mentale.[112] Outre cette considération technique, la question du dépistage systématique pose un problème éthique. Bien que ce soit licite, a-t-on moralement le droit d'interroger systématiquement les arrivants sur leurs antécédents psychiatriques et sur leur consommation ou surconsommation de stupéfiants et d'alcool ?[35]

Pour ces raisons techniques et éthiques, le dépistage effectué au SMPR de Marseille, de manière indirecte, résulte non pas "d'un filtrage" psychiatrique de toutes les personnes incarcérées, mais des sollicitations dont l'équipe psychiatrique est l'objet de la part des personnes incarcérées elles-mêmes, ou émanant d'autres intervenants, extérieurs à la prison (magistrats, psychiatres traitants...) ou intérieurs (services médical, social ou pénitentiaire...).[54]

§3. En pratique

J-L. Terra conclut que l'examen psychiatrique des personnes incarcérées n'est habituellement pas systématique dans l'ensemble des dispositifs de soins en santé mentale[104].

Les rapports du DSP de la maison d'arrêt de Douai[17] et du SMPR de Marseille[83] notent l'absence d'entretien d'entrée systématique. Au centre de détention de Tarascon, l'entretien systématique par un infirmier psychiatrique est effectué après ou au cours de l'accueil systématique des arrivants par un infirmier somatique, si la personne incarcérée déclare des

[112]Chabannes J-M. Les unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA), ou le résultat d'un divorce malheureux. L'Information Psychiatrique avril 2004 ; 80 ; 4 : 291-294.
[35]Ibid
[54]Ibid
[104]Ibid
[17]Ibid
[83]Ibid

antécédents psychiatriques et/ou arrive avec un traitement psychotrope[92]. D'autres dispositifs réalisent actuellement sa mise en place comme à la maison d'arrêt de Valenciennes[98].

Dans la quasi-totalité des établissements, l'entretien d'entrée qui permet un éventuel diagnostic est effectué non pas par le psychiatre, mais par l'infirmier, parfois par le psychologue, ce qui est contraire au Code de la Santé Publique (article L. 4161-1). L'IGAS et l'IGSJ condamnent cette situation car ils considèrent anormale toute consultation de santé mentale d'entrée qui n'est pas effectuée systématiquement par le psychiatre.[50]
Aux SMPR de Nantes[101], d'Amiens[66], de Châteauroux[88], de Strasbourg[45], de Baie-Mahault[109], de Metz[113], l'entretien d'entrée est systématique mais réalisé uniquement par un infirmier psychiatrique. Au SMPR de Rouen, il peut être réalisé soit par le psychologue, soit par l'infirmier, soit par l'assistant social, mais jamais en première intention par un médecin[102].

Le délai entre l'arrivée de la personne incarcérée dans l'établissement pénitentiaire et l'entretien d'accueil systématique ne dépasse pas 72 heures en général. Les personnes écrouées à la maison d'arrêt de Loos-lès-Lille ont dans les vingt-quatre heures un entretien d'accueil avec un soignant du SMPR[21]. Le délai moyen à la maison d'arrêt d'Amiens est de 48 heures[66]. Le SMPR de Strasbourg l'effectue huit jours après l'incarcération[45].
Les entretiens d'entrée dans les 24 heures suivant l'incarcération sont essentiels pour dépister un état psychiatrique incompatible avec la détention ou nécessitant une prise en charge en urgence dans un contexte de réaction anxio-dépressive avec des idéations suicidaires, la poursuite d'un traitement prescrit à l'extérieur. Mais dans cette situation de stress aigu, ils ne permettent pas une bonne présentation des structures de soins, une évaluation approfondie de la personne incarcérée. Ils sont souvent mal identifiés et la personne incarcérée confond cette rencontre avec les nombreux entretiens effectués par les différents intervenants de l'Administration Pénitentiaire (greffe, service social, surveillant chef, surveillant de

[92]Ibid
[98]Ibid
[50]Ibid
[101]Ibid
[66]Ibid
[88]Ibid
[45]Ibid
[109]Ibid
[113]Rapport d'activité du SMPR du centre pénitentiaire de Metz 2003.
[102]Ibid
[21]Ibid
[66]Ibid
[45]Ibid

quartier…). Les entretiens à distance, dans la semaine suivant l'incarcération, évitent une surpsychiatrisation et présentent une meilleure spécificité.
A Amiens, le compte rendu de l'entretien d'entrée systématique est ensuite exposé en réunion hebdomadaire avec l'ensemble de l'équipe psychiatrique. Les personnes pour lesquelles une indication de suivi est posée sont revues une seconde fois par un membre de l'équipe. Au SMPR de Baie-Mahault, les notes des entretiens d'accueil infirmiers sont systématiquement vues par le médecin permettant une supervision médicale minimale.

Il n'y a pas de procédure structurée pour identifier les personnes les plus à risque de troubles psychiatriques, ou à risque suicidaire. L'organisation s'appuie sur l'expérience de chaque professionnel, plus ou moins partagée au sein de l'équipe, pour identifier les patients ayant besoin d'une prise en charge. Cette manière de procéder correspond aux pratiques habituelles de la psychiatrie.[104]

Les soignants ont conscience de la nécessité de devoir structurer et protocoliser l'entretien d'entrée pour augmenter sa rentabilité de dépistage et de mode d'accès aux soins.
Dans ce contexte, le SMPR de Baie-Mahault a élaboré une plaquette de présentation reprenant[109]:
-- les missions du service ;
-- les soins et services prodigués ;
-- les coordonnées du service ;
-- la composition de l'équipe disciplinaire.
Cette plaquette de présentation est remise à chaque entrant lors de l'entretien d'accueil.
La présence sur ce type de plaquette des noms et des fonctions des soignants est indispensable pour éviter la confusion auprès des personnes incarcérées ; ils identifient qui ils rencontrent et ceci améliore la relation soignante.
Au DSP d'Angers, un formulaire « d'accueil arrivant » élaboré par l'équipe est rempli. Il contient des éléments biographiques et cliniques, des éléments relatifs au parcours judiciaire de la personne reçue. Il est destiné au dossier médical commun somatique/psychiatrique du patient.[65] Le formulaire « d'accueil arrivant » du SMPR de Loos-lès-Lille est très complet et construit pour permettre d'une analyse statistique de la population entrante.

[104]Ibid
[109]Ibid
[65]Ibid

Le questionnaire rempli à cette occasion a une grande valeur clinique épidémiologique[21].

Il faut reconnaître qu'aucun dispositif de soins en santé mentale ne réalise réellement un entretien systématique pour 100% de la population entrante en milieu carcéral. Le SMPR d'Amiens atteint 91% d'entretien systématique en 2003[66]. Le SMPR de Perpignan-Thuir est à 85% en 2003[114]. Le SMPR de Loos-lès-Lille constate une dégradation de ce pourcentage depuis trois ans, chutant à 76,78% en 2003 [63]:

-- 1995 : 79,94 %

-- 2000 : 86,4 %

-- 2001 : 89,35 %

-- 2002 : 78,27 %

-- 2003 : 76,78 %.

Ceci est en partie expliqué par les transferts pénitentiaires rapides, les situations de transit, les ordres de mise en liberté peu après la mise sous écrou, des problèmes d'ordre technique (le manque de bureau, les difficultés à voir les arrivants rapidement dans la matinée, le manque d'effectif soignant, la dégradation et la surpopulation carcérales...) et aussi par la possibilité pour la personne incarcérée de refuser cette rencontre.

Le nouveau guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues officialisé début 2005 demande que dans « les établissements pénitentiaires où un entretien psychiatrique systématique d'entrée ne peut être réalisé par l'équipe psychiatrique, une procédure de signalement et de réponse à l'urgence devra être formalisée entre les équipes de soins somatiques et psychiatriques ; une attention particulière devra être portée aux personnes détenues signalées par le juge d'instruction par le biais de la notice individuelle comme nécessitant un examen psychiatrique urgent ; elles devront bénéficier d'un entretien avec un membre de l'équipe psychiatrique dans les meilleurs délais. ». L'intérêt d'un entretien d'accueil systématique est ici encore confirmé mais il peut être réalisé par un membre de l'équipe psychiatrique ; il n'a pas l'obligation d'être systématiquement réalisé par un psychiatre. Dans ce contexte d'accueil, le partenariat avec l'UCSA et l'administration juridico-pénitentiaire est aussi rappelé.

---

[21]Ibid
[66]Ibid
[114]Rapport d'activité du SMPR de centre pénitentiaire de Perpignan-Thuir 2003.
[63]Ibid

Section 2. Le suivi ambulatoire individuel

Les consultations individuelles psychologiques et psychiatriques constituent avec les entretiens infirmiers l'essentiel de la prise en charge. Si elles sont actuellement privilégiées, elles sont parfois menaçantes pour le patient car elles reproduisent le contexte policier ou judiciaire vécu.[57] La méfiance réciproque entre les professionnels de santé et les personnes incarcérées fait que la relation thérapeutique en prison s'éloigne de l'idéal de relation thérapeutique, de ses standards classiques[3]. Toute demande écrite de consultation et tout signalement d'un détenu par les personnels intervenant dans l'établissement pénitentiaire ou de l'extérieur sont suivis d'une consultation[45].

Dans le registre de la psychothérapie analytique, il apparaît que, comme dans d'autres secteurs psychiatriques, certaines conditions (libre choix et honorification du thérapeute) ne sont pas réunies pour le déroulement par exemple d'une cure analytique ; il faut cependant préciser que, compte tenu du faible niveau intellectuel de la population pénale (faculté insuffisante d'introspection), du type de la symptomatologie d'appel (rarement névrotique), l'indication d'un traitement psychanalytique classique reste exceptionnelle, bien que réalisable selon des modalités particulières.[54]

Pour cela, C. Balier a appliqué les concepts psychanalytiques du domaine des perturbations de l'adolescence à la clinique du passage à l'acte des comportements violents et des comportements sexuels violents. En milieu carcéral, le soignant n'est pas dans une attitude classique de bienveillante neutralité et d'attente de la demande du patient. Il travaille justement l'émergence de la demande et la mise en mots des passages à l'acte.[115] [116]

Mais le contexte actuel, où les soignants sont en nombre insuffisant, où les personnes incarcérées peuvent difficilement suivre de façon régulière et continue la psychothérapie, rend peu compatible l'approche psychanalytique. L'accès aux personnes incarcérées est de plus en plus difficile à la maison d'arrêt de Poitiers, du fait notamment des difficultés en personnel de surveillance[62]. Les soignants de la maison d'arrêt d'Epinal constatent qu'ils sont amenés à

---

[57]Ibid
[3]Ibid
[45]Ibid
[54]Ibid
[115]Balier C. Psychanalyse des comportements violents. Editions Presses Universitaires de France, « le fil rouge », 1998 : 287.
[116]Balier C. Psychanalyse des comportements sexuels violents. Editions Presses Universitaires de France, « le fil rouge », 1996 : 253.
[62]Ibid

réduire le temps des entretiens ou encore leur fréquence et ils s'interrogent sur la qualité d'une telle tâche[100].

Il est indispensable de réfléchir à l'application en milieu carcéral de psychothérapies moins coûteuses de temps et ayant surtout un rendement efficace pour la personne incarcérée face à sa demande de soins. Plusieurs dispositifs de soins en santé mentale se penchent sur une possible application de psychothérapies cognitivo-comportementales par des programmes d'acquisition et de renforcement des habiletés sociales et par l'utilisation de relaxothérapie.

Nous prenons l'exemple du « programme d'acquisition et de renforcement des habiletés sociales » mis en place par le DSP du centre de détention de Liancourt[103]. Ce programme appartient aux thérapies cognitives et comportementales parmi lesquelles il s'inspire en particulier des thérapies d'affirmation de soi. Il s'agit, dans un premier temps, de déterminer avec le patient quelles sont les situations-problèmes, autrement dit, au cours desquelles il a tendance à perdre le contrôle de ses émotions, ce qui occasionne des passages à l'acte agressifs et violents. Le soignant tente par la suite de lui faire identifier les émotions qui sont en jeu ainsi que le discours interne, les pensées qui les accompagnent et les alimentent. Ses pensées automatiques sont souvent le résultat de croyances irrationnelles sur lui-même, les autres et le monde, que le thérapeute tente de remettre en cause progressivement. Parallèlement à ce travail sur le plan cognitif, le thérapeute s'intéresse à ce qui se passe au niveau comportemental, aux réactions impulsives, en proposant au patient de trouver d'autres alternatives et en évaluant pour chacune d'elle, les conséquences positives ou négatives, à court, moyen et long terme. Cette forme de prise en charge implique l'utilisation de nombreuses échelles qui facilitent l'accès aux croyances irrationnelles du patient mais aussi la compréhension de son comportement. Cette thérapie est brève, elle comprend environ 25 entretiens. Elle nécessite une participation active du patient et du thérapeute dans une relation d'alliance thérapeutique dans laquelle le thérapeute essaie d'informer son patient et demande à ce dernier d'effectuer des tâches et exercices entre les rencontres.
Le DSP de Liancourt travaille désormais sur la mise au point d'un protocole de prise en charge standardisée[103] au niveau de l'acquisition et du renforcement des habiletés sociales. Celui-ci comporterait, comme auparavant, une prise en charge individuelle qui serait suivie de

[100]Ibid
[103]Ibid
[103] Ibid

quelques séances de jeu de rôle en groupe de six personnes encadrées par deux thérapeutes. L'admission dans le programme sera précédée d'une évaluation globale de la personnalité de la personne incarcérée comportant un entretien diagnostic selon les critères du DSM IV, l'épreuve projective du Rorschach, ainsi que plusieurs échelles spécifiques aux habiletés sociales comprenant entre autres l'échelle de Rathus et l'échelle des attitudes en situations sociales. À l'issue des trente séances que comprendra ce programme, le patient sera systématiquement réévalué afin de permettre de mesurer l'efficacité du suivi sur la problématique initiale et d'identifier dans la mesure du possible des indices de changement.

La méthode de relaxation utilisée au DSP de la maison d'arrêt de Bourges-Sancerre[117] est le training autogène de Schultz. Il s'agit d'une psychothérapie s'appuyant sur un processus de décontraction de l'individu. En même temps que le relâchement musculaire, la personne centre son attention sur elle-même. La relaxation a aussi pour but une harmonie physiologique, un sentiment de bien-être associé à des émotions agréables qui amènent une revalorisation narcissique. Le sujet est invité à s'approprier l'outil de relaxation afin qu'il devienne actif et concerné dans un projet d'autonomie. Une séance présente trois temps : la relaxation, la reprise et la verbalisation. Les indications sont les suivantes : personnes incarcérées présentant des troubles du sommeil, une anxiété, des manifestations dépressives, des conduites addictives, des névroses caractérisées, des pathologies psychosomatiques.

Section 3. Les activités thérapeutiques de groupe

Les psychothérapies les moins coûteuses en temps et ayant un haut rendement d'efficacité dans le milieu carcéral sont les psychothérapies de groupe. Elles touchent plusieurs personnes à la fois, sont limitées dans le temps, ont une réponse adaptée aux besoins de soins des personnes incarcérées. Et surtout, leur rapport nombre de soignants/nombre de soignés est le plus avantageux. Ce type de psychothérapie semble en adéquation avec la population prise en charge en milieu carcéral et les possibilités du dispositif de soins en santé mentale.

Leur mise en route et leur perpétuation posent de nombreux problèmes qui mettent d'ailleurs utilement en relief la complexité des relations en milieu pénitentiaire :

[117]Rapport d'activités du DSP de la maison d'arrêt de Bourges-Sancerre 2003.

- qui admettre ? Prévenus et condamnés mélangés, petits délinquants, criminels, primaires et récidivistes ? Il y a tant « d'allergies » entre catégories, sans parler des impératifs de sécurité ou de secret qui s'imposent parfois aux magistrats ;
- quelles demandes prendre en considération ? ;
- comment former le groupe ? La cooptation ménagerait une meilleure dynamique plutôt qu'un choix autoritaire par l'animateur, et étranger au groupe en formation ;
- comment prend fin le groupe thérapeutique ? ;
- comment accorder l'évolution du groupe avec le calendrier pénal, jalonné notamment par le jugement, le transfert possible dans une autre prison, la libération. Une personne incarcérée prématurément libérée et soucieuse de participer encore à quelques séances, pourrait-elle être autorisée à franchir à nouveau le porche de la prison pour une heure ou deux ?

Les autorités pénitentiaires et les magistrats ont pu craindre (non sans fondement) que ces réunions deviennent facteurs d'effervescence. A cela, il pouvait être répondu que, depuis que les prisons existent, les prisonniers avaient réussi à se ménager des conciliabules malgré toute réglementation ; des réunions contrôlées, canalisées, ne peuvent nuire au monde pénitentiaire, alors que coexistent des mouvements souterrains bien plus nombreux.[118]
Des contraintes institutionnelles pénitentiaires telles que le travail en détention, les parloirs, les examens divers, les locaux, sont des facteurs qui s'opposent à la continuité et la régularité des groupes thérapeutiques et qui favorisent un absentéisme involontaire[117].

Leur dimension occupationnelle apparente, non négligeable, ne doit pas masquer leur dimension thérapeutique, dans la mesure où parler, écouter, partager, s'affirmer en respectant l'autre, mettre à distance ses soucis, les doutes, les angoisses, favorisent la reconstruction de soi, et ménagent les possibilités de réintégration sociale, ou tout au moins contribuent à éviter une déstructuration de soi et une marginalisation après la libération[63].
Les groupes de parole sont un facteur de construction d'un lien social encadré par les équipes psychiatriques[104].

[118]Broussolle P. Délinquance et déviance : brève histoire de leurs approches psychiatriques. Editions Priva 1978 : 213.
[117]Ibid
[63]Ibid
[104]Ibid

§1. Une très grande variété de psychothérapies de groupe

A travers la lecture de l'ensemble des rapports d'activité, il est difficilement possible de rendre compte de façon détaillée de la richesse de la variété des groupes. Au DSP de Liancourt[103], un projet est en cours pour la mise en place d'un groupe de psychodrame psychanalytique avec les jeunes détenus. Le SMPR de Loos-lès-Lille[63] est un bon exemple de cette richesse avec ses différents types d'ateliers thérapeutiques : aquariophilie, arts plastiques, bandes dessinées, cuisine, jonglage, ludothérapie, vidéo – débat, groupe de parole soignants -- soignés, lecture de la presse, musculation.

§2. La mise en place de psychothérapies de groupe spécifiques à une population

Les soignants augmentent l'efficacité des prises en charge groupale en développant des thérapeutiques groupales adaptées à des populations présentant des problématiques spécifiques :

-- les problématiques alcooliques[65 119 120 113];

-- la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles[96 66 65 119 121 122];

-- les patients psychotiques déficitaires[88];

-- les personnes présentant un stress en lien avec le milieu carcéral, par la relaxothérapie groupale[103];

-- les personnes présentant une problématique liée à la violence : patients aux parcours de vie jalonnés de passages à l'acte itératifs et présentant des symptômes psychopathologiques tels

---

[103]Ibid
[63]Ibid
[65]Ibid
[119]Rapport d'activité du DSP du centre de détention régional d'Argentan 2003.
[120]Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Chalons-en-Champagne 2003.
[113]Ibid
[96]Ibid
[66]Ibid
[65]Ibid
[119]Ibid
[121]Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Mulhouse 2003.
[122]Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Fresnes 2002.
[88]Ibid
[103]Ibid

que l'agressivité, l'impulsivité, l'intolérance à la frustration, les conduites anti-sociales, les troubles caractériels auxquels on propose d'ouvrir un espace d'étayage multiple, favorisant l'élaboration psychique, la conflictualisation et la mentalisation, permettant d'intégrer des limites dans un cadre contenant[88] [123] ;

-- les mineurs et jeunes majeurs délinquants[63] .

§3. L'organisation en Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel

Plusieurs SMPR ont fait le choix d'organiser leur fonctionnement en CATTP, dont les activités groupales sont centrales, se rapprochant d'une organisation de Centre Médico-Psychologique classique.

Des SMPR comme Metz[113], Marseille[83], Loos-lès-Lille[63], Amiens[66], Chalons-en-Champagne[120], fonctionnent correctement et proposent de nombreuses activités (à Metz : art-thérapie, musicothérapie, atelier mémoire, atelier développement personnel, atelier contes, sport, vidéo documentation pédagogique ; à Marseille : atelier vidéo, atelier jeux d'échec, atelier carnet de voyages, atelier jardinage, atelier jeux de cartes, atelier d'ergothérapie, atelier d'éducation pour la santé, atelier théâtre, atelier poterie, atelier jeune majeur « parole et musique…).

Cette organisation où l'activité groupale est prépondérante peut se réaliser dans les Dispositifs de Soins en Psychiatrie. Du fait de moyens moins importants qu'en SMPR, elle est plus complexe à développer et nécessite une équipe soignante complète (psychiatre, psychologue, infirmiers), stable et bien organisée, une bonne coopération de l'Administration Pénitentiaire et des surveillants, des locaux adaptés.

---

[88]Ibid
[123]Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Bois-d'Arcy 2003.
[63]Ibid
[113]Ibid
[83]Ibid
[63]Ibid
[66]Ibid
[120]Ibid

L'organisation du DSP de la maison d'arrêt d'Angers en est un exemple manifeste. Les groupes développés sont [65]:

a) les groupes thérapeutiques séquentiels :

-- thématique alcool ;

-- thématique abus sexuel.

b) les groupes thérapeutiques réguliers :

-- l'atelier hebdomadaire « jeux de société » ;

-- l'atelier hebdomadaire « débat d'actualité » ;

-- l'atelier tous les quinze jours pour les mineurs « pâtisserie » ;

-- l'atelier hebdomadaire « taï-so » ;

-- l'atelier hebdomadaire « sport » ;

-- l'atelier hebdomadaire « théâtre » ;

-- un groupe de parole proposé aux personnes héroïno-dépendantes tous les quinze jours ;

-- un groupe de parole hebdomadaire sur le thème du « vécu en prison ».

Il est essentiel que les soignants ne se suffisent pas de leur propre expérience mais participent à des formations pour la prise en charge de groupe.

Section 4. Les interventions en urgence, aux quartiers disciplinaire et d'isolement

§1.Les interventions en urgence

Le haut niveau d'occupation de la prison et l'accroissement des situations de crise conduisent à une évolution indéniable du travail. Les situations de crises se multiplient comme à la maison d'arrêt d'Epinal[100] : violences hétéro-agressives et auto-agressives, dans des contextes de pathologies psychiques, de désespoir, d'impasse. Ainsi le temps des soignants est de plus en plus pris par des « urgences ». Ils sont de plus en plus appelés à se rendre en détention et les conditions de libre consentement de la personne incarcérée peuvent être aléatoires. A Angers, on constate une augmentation des prises en charge multiples sur une journée ; les

[65]Ibid
[100]Ibid

soignants sont amenés de plus en plus souvent à proposer un entretien le matin et un l'après-midi à des personnes en état de crise[65].

J-L. Terra constate que dans l'ensemble, le dispositif de soins en santé mentale répond aux demandes des UCSA, des surveillants ou des travailleurs sociaux lorsqu'ils signalent une situation à risque, sans attendre une demande expresse de la personne[104].

Le signalement est fait de préférence au psychiatre référent de la personne incarcérée ou à défaut au psychiatre présent, dans les meilleurs délais, pour une réponse adaptée.

Le psychiatre peut alors, en fonction de la gravité de la situation, de la connaissance ou non du patient, soit :

-- recevoir le patient ;

-- demander à l'équipe infirmière du SMPR/DSP d'évaluer la situation ;

-- prescrire une conduite à tenir à l'équipe de l'UCSA.

Dans tous les cas, la réponse est élaborée grâce au dialogue concerté entre l'équipe de l'UCSA et l'équipe du SMPR/DSP.[124] Le SMPR de Toulouse[111] insiste sur le suivi régulier des patients pour tenter d'anticiper sur des situations d'urgence.

Certains lieux possèdent des cellules d'isolement. C'est le cas au SMPR de Marseille[83] où existent deux cellules d'isolement utilisées sur indication médicale lorsque le patient présente un danger immédiat pour lui-même ou autrui du fait de ses troubles mentaux. Un protocole précis de prise en charge et de surveillance clinique est mis en oeuvre dès qu'une indication est posée. La durée de séjour en isolement varie de 1 heure à 48 heures maximum. En règle générale, les patients y séjournent moins de 24 heures, temps pendant lequel est évaluée l'indication éventuelle d'une hospitalisation d'office en application des dispositions de l'article D.398 du Code de Procédure Pénale.

Au DSP de Majicavo (Mayotte)[125], l'équipe soignante gère des personnes incarcérées délirantes ou violentes en situation de crise, en utilisant la cellule disciplinaire comme cellule d'isolement médical, et le personnel pénitentiaire apporte une aide efficace et professionnelle dans ces circonstances.

La mise en œuvre de protocoles de soins d'urgence est précisée à l'article 13 du décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier : « en l'absence du médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une

[65]Ibid
[104]Ibid
[124]Rapport d'activité du SMPR du centre pénitentiaire de Gradignan 2002.
[111]Ibid
[83]Ibid
[125]Rapport d'activité du DSP du centre pénitentiaire de Majicavo (Mayotte) 2003.

situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgences préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet, de sa part d'un compte-rendu écrit, daté, signé et remis au médecin et annexé au dossier du patient… ». L'intervention de l'infirmier psychiatrique lors d'une urgence psychiatrique ou psychologique sans présence du psychiatre est très fréquente dans les DSP du fait de la faible présence de psychiatre sur l'ensemble de la journée. Malheureusement, la protocolisation de cette intervention est rarement prévue. Le compte-rendu écrit avec la notification du traitement psychotrope utilisé éventuellement n'est pas systématiquement retrouvé.

§2. Les interventions aux quartiers disciplinaire et d'isolement

Tableau IV.

DES SITUATIONS PARTICULIERES DE PRISE EN CHARGE DE PATIENTS OU DE RAPPORT AVEC LE CADRE PENITENTIAIRE, VOUS ONT-ELLES POSE DES QUESTIONS ETHIQUES ET DEONTOLOGIQUES, POUVEZ-VOUS LES EXPOSER ?	
La sollicitation pour un avis psychiatrique dans le cadre de placements en quartier disciplinaire.	24%

La mise en cellule disciplinaire (sanction disciplinaire) consiste dans l'enfermement de la personne incarcérée seule dans une cellule du Quartier Disciplinaire (QD), communément appelée « mitard ». La personne en sort pour une promenade d'une heure par jour dans une cours spéciale où elle est également seule. Elle est privée de toutes activités, de cantine (sauf produits d'hygiène, correspondance et tabac), de visite, de communication téléphonique (articles D.251-3 et D.251-5 du Code de Procédure Pénale). La durée maximale de QD est de 45 jours. En pratique, les cellules disciplinaires sont, en général, insalubres. La sanction de confinement consiste à maintenir la personne incarcérée seule en cellule individuelle ordinaire située en détention normale ou au quartier d'isolement (articles D.251 et D.251-2 du Code de Procédure Pénale). Le placement à l'isolement (en quartier d'isolement) ne constitue pas, selon le Code de Procédure Pénale, une mesure disciplinaire mais une mesure de précaution, et les personnes incarcérées qui en font l'objet doivent être soumises au régime ordinaire de

détention (article D.283-2 du Code de Procédure Pénale). En pratique, il en va tout autrement… Il n'existe pas de limite de durée à la mise en isolement (article D.283-1 du Code de Procédure Pénale).

L'Administration Pénitentiaire ne transmet pas de façon systématique au DSP/SMPR les noms des personnes placées en cellule disciplinaire, en confinement, en cellule d'isolement. Par contre la liste des personnes présentes au quartier disciplinaire est transmise quotidiennement à l'équipe de l'UCSA, et le médecin généraliste a l'obligation d'examiner chaque personne deux fois par semaine (article D.251-4 du Code de Procédure Pénale). C'est identique pour les personnes en isolement (article D.283-1 du Code de Procédure Pénale). Lorsque la communication est correcte entre UCSA et DSP/SMPR, ces informations sont transmises. Selon les établissements, l'Administration Pénitentiaire, consciente des conséquences psychologiques néfastes de tout type d'isolement sur la personne incarcérée, réfléchit avec le DSP/SMPR sur un travail en partenariat et sur la place de l'action des soignants psychiatriques dans ce contexte. Malheureusement, ils restent souvent en désaccord.

A Angers, en application des dispositions de l'article D.382 du Code de Procédure Pénale la direction de l'établissement pénitentiaire demande au psychiatre de bien vouloir examiner l'état de santé de chaque personne incarcérée faisant l'objet d'une mise au quartier disciplinaire afin de lui signaler si elle est compatible avec ce régime de détention[65]. La demande d'intervention du psychiatre lors d'un placement d'une personne incarcérée au quartier disciplinaire n'est aucunement une démarche expertale légale et ne permet pas la levée du secret médical. Le médecin interpellé sur l'aptitude d'une personne incarcérée à subir une sanction disciplinaire ne devrait se prononcer qu'une fois la décision formellement arrêtée par l'Administration Pénitentiaire. Son avis intervient dans un deuxième temps et, le cas échéant, prend la forme d'un véto basé sur une appréciation strictement médicale. Ce n'est pas toujours le cas, en effet, l'Administration Pénitentiaire peut faire accompagner la personne incarcérée par les surveillants auprès du psychiatre pour avoir un éclairage avant la décision de mise au quartier disciplinaire.

Afin de permettre, le suivi d'un traitement médical, le chef d'établissement pénitentiaire peut, sur la base d'un certificat médical, prononcer un aménagement de la sanction : dispense de tout ou partie de l'exécution de la sanction, suspension ou fractionnement de son exécution (art. D. 251-8 du Code de Procédure Pénale). Les personnes détenues hospitalisées au service médico-psychologique régional ne peuvent être placées au quartier disciplinaire sans qu'un médecin de

[65]Ibid

ce service ait pu se prononcer sur la compatibilité de l'interruption de cette hospitalisation avec leur état de santé.

Au centre de détention de Tarascon[92], un infirmier psychiatrique effectue une visite quotidienne des quartiers sensibles, disciplinaires, d'isolement, dans le cadre de la prévention du suicide et de la distribution des médicaments. Le SMPR de Nantes[101] n'intervient pas systématiquement au quartier disciplinaire. Il intervient sur signalement pénitentiaire, de l'UCSA, du SPIP ou sur sa propre initiative.

Dans les rapports d'activité la quantification de l'intervention aux quartiers d'isolement et disciplinaire est rarement observée. Elle est très variable, souvent quasi-inexistante. Il existe des exceptions : en 2003, elle représentait 8% des consultations psychiatriques au DSP de la maison d'arrêt de Nanterre[99], et 24% au SMPR de Baie-Mahault[109] .

Section 5. Les chimiothérapies

Tableau IV.

DES SITUATIONS PARTICULIERES DE PRISE EN CHARGE DE PATIENTS OU DE RAPPORT AVEC LE CADRE PENITENTIAIRE, VOUS ONT-ELLES POSE DES QUESTIONS ETHIQUES ET DEONTOLOGIQUES, POUVEZ-VOUS LES EXPOSER ?	
L'utilisation détournée des traitements prescrits pour la toxicomanie.	1.5%

En 1995, C. Benqué jugeait déjà la demande médicamenteuse exorbitante, partagée par les personnes incarcérées et le personnel pénitentiaire pour qui psychotropes et sécurité sont intimement liés[126]. Cette situation ne s'est par arrangée mais prend une nouvelle forme, plus contrôlée sur le plan médical. La consommation de psychotropes en milieu carcéral est peut-être le témoin d'une prise en charge psychiatrique mais surtout de la présence d'une population carcérale présentant des troubles psychiatriques[51].

[92]Ibid
[101]Ibid
[99] Ibid
[109] Ibid
[126]Benqué C. La psychiatrie en milieu pénitentiaire, à l'heure des choix. L'Information Psychiatrique septembre 1995 ; 7 : 675-676.
[51] Ibid

§1. La population carcérale sous psychotropes

En 2003, le SMPR de Marseille[83] a évalué la consommation de psychotropes, un jour donné, de la population incarcérée au centre pénitentiaire de Marseille. Les résultats sont les suivants. 26,9% de la population carcérale bénéficient d'un traitement psychotrope.

Parmi les patients sous traitement médicamenteux :
-- 69,3% ont un traitement anxiolytique ;
-- 46,7% ont un traitement hypnotique ;
-- 29,3% ont un traitement antidépresseur ;
-- 26,6% ont un traitement neuroleptique dont 37,80% ont un traitement neuroleptique atypique anti-psychotique ;
-- 30,4% ont un traitement psychotrope autre qui inclut anti-comitiaux et régulateur de l'humeur.

En rapportant ces chiffres à l'ensemble de la population pénale de Marseille :
-- 18,6% a un traitement anxiolytique ;
-- 12,5% a un traitement hypnotique ;
-- 7,9% a un traitement antidépresseur ;
-- 7,2% a un traitement neuroleptique ;
-- 8,2% a un traitement psychotrope autre.

Les traitements sont rarement prescrits en monothérapie :

- 23,8% des traitements anxiolytiques ;
- 16,3% des traitements hypnotiques ;
- 6,1% des traitements antidépresseurs ;
- 1,7% des traitements neuroleptiques.

Ce taux de population carcérale consommant des psychotropes est retrouvé supérieur à la maison d'arrêt d'Angers avec 32% en 2003[65].

[83] Ibid
[65] Ibid

Il faut noter la forte demande médicamenteuse des patients, à l'instar d'ailleurs de la population générale, à l'égard des benzodiazépines, certes anxiolytiques mais induisant des phénomènes de dépendance non négligeable, et surtout détournées de leur fonction médicale.

§2. Prescription et délivrance en milieu carcéral

En application de l'article R.711-13 du Code de Santé Publique, la fourniture et la dispensation de l'ensemble des médicaments et autres produits de santé nécessaires à la prise en charge sanitaire de la personne détenue, y compris au titre de la psychiatrie, sont à la charge de l'établissement de santé responsable des soins somatiques, qu'il assure également ou non les prestations psychiatriques. Selon les établissements pénitentiaires, des accords locaux existent pour que l'équipe infirmière psychiatrique participe à la dispensation des traitements. Les traitements au SMPR sont toujours distribués par les infirmiers psychiatriques aux personnes incarcérées hospitalisées au SMPR. Le médecin devrait remettre à la personne détenue un double de sa prescription, indiquant la nature du traitement, sa posologie, sa durée et ses modalités d'administration (Le nouveau guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues officialisé début 2005) ; ceci est rarement réalisé. Conformément à l'article 8 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995, dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. En ce sens, il tient compte du contexte carcéral et des risques encourus par le patient ou son entourage en cas de mauvaise utilisation ou d'utilisation détournée des médicaments.

Trois formes de dispensations sont utilisées [83]:

-- traitement médicamenteux délivré à la semaine lorsque le patient est capable de gérer son traitement ;

-- traitement médicamenteux délivré quotidiennement ou pluri-quotidiennement pour aider le patient à gérer au mieux son traitement et/ou lorsque l'on souhaite adapter rapidement la posologie ou les molécules utilisées à l'état du patient ;

-- traitement médicamenteux délivré quotidiennement sous forme liquide lorsque le patient n'est pas capable de gérer son traitement (cette forme de dispensation a quasiment disparu).

[83] Ibid

Les traitements neuroleptiques retard sont peu utilisés ; leur sont préférées les molécules récentes efficaces et dont la rareté des effets secondaires améliore l'observance.
Pour lutter contre le phénomène de stockage, en général la durée maximale de traitement laissé à disposition du détenu est d'une semaine[93]. La distribution des médicaments en détention par l'équipe infirmière permet de mettre en place un contact quotidien et un suivi tout en favorisant les échanges avec les surveillants qui peuvent évoquer ce qu'ils ont observé[66]. Lorsque la distribution des médicaments s'effectue en détention, le personnel infirmier doit toujours être accompagné d'un surveillant. Elle peut aussi s'effectuer au SMPR/DSP. Il en est ainsi des traitements de substitution au début de l'incarcération, et de certains traitements psychotropes, lorsque cette distribution représente un soin spécialisé s'intégrant dans la prise en charge psychiatrique globale (surveillance de la prise et contact quotidien avec la personne incarcérée pour apprécier son évolution).[110]
Tous ces détails de la dispensation chimiothérapeutique relèvent de la prescription du psychiatre, pour chaque patient, et sont adaptés en décision d'équipe selon l'évolution clinique de celui-ci . Dans certains lieux de soins, ces détails sont malheureusement plus soumis au contexte pénitentiaire et aux décisions non concertées des infirmiers. L'article D.383 du Code de Procédure Pénale rappelle que le personnel infirmier travaillant en milieu carcéral ne fait pas exception concernant la dispensation des soins et que l'administration des médicaments est soumise à la prescription médicale.

Le traitement des personnes souffrant de schizophrénie en milieu carcéral ne doit pas se réduire à des prescriptions chimiothérapeutiques qui sont pourtant dans la très grande majorité des cas indispensables. La mauvaise observance des personnes schizophrènes à suivre leur traitement est évaluée à 30% et les causes en sont bien connues : effets indésirables, médicaments considérés comme persécuteurs, non reconnaissance de la pathologie. L'information du sujet, de sa famille, la réévaluation du projet thérapeutique et de ses objectifs en collaboration avec le sujet, permettent le plus souvent une relation de confiance durable. Les arrêts de traitement restent la cause la plus fréquente de rechute.[70]

[93]Ibid
[66]Ibid
[110]Ibid
[70] Ibid

Si les psychiatres intervenant en milieu pénitentiaire valorisent beaucoup dans leur discours leur activité psychothérapeutique, l'analyse de la consommation des psychotropes en prison montre que la thérapie privilégiée est la chimiothérapie[3]. Pourtant, il est essentiel que le psychiatre soit reconnu aussi de l'institution pénitentiaire, avec sa spécificité ; non comme le fournisseur de psychotropes et autres drogues toxiques mais comme le thérapeute de la pathologie relationnelle, dont l'outil essentiel est la psychothérapie individuelle ou collective[19].

[3] Ibid
[19] Ibid

Chapitre 5. Le développement de prises en charge spécifiques

Section 1. Les auteurs d'agressions sexuelles

Tableau I.

QUELLES SONT, SELON VOUS, LES PRIORITES ACTUELLES DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL ?	
La prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles	15%

La prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles est reconnue par les psychiatres interrogés comme une des priorités des soins psychiatriques mais elle se positionne après des priorités comme la prise en charge des psychotiques et la prévention du suicide. Elle est située aux limites du champ de la psychiatrie. L'application progressive de la loi de 1998 sur le Suivi Socio-Judiciaire avec injonction de soins concernant les auteurs d'agressions sexuelles entraîne une incitation aux soins durant l'incarcération de la part des magistrats pour obtenir des permissions ou des libérations conditionnelles. Cette situation, qui est imposée sans concertation, favorise les demandes utilitaires.[66] Les moyens à mettre en oeuvre pour répondre à la demande et aux besoins sont importants et en tout état de cause, excèdent les moyens actuels.[83]

L'ensemble des soignants en psychiatrie en milieu carcéral a conscience de la nécessité de développer la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles mais chaque soignant se retrouve face à ses propres questions éthiques et déontologiques concernant ce type de relation thérapeutique.

Les rapports d'activité des dispositifs de soins en santé mentale mettent en avant l'intérêt porté à cette population par le nombre important de consultations spécialisées, de groupes de parole et de groupes utilisant différents supports thérapeutiques pour la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles. Les SMPR ont des programmes de soins plus structurés que

[66] Ibid
[83] Ibid

les DSP, en lien avec leur supériorité de moyens, mais la volonté des DSP de développer des prises en charge spécifiques est remarquable.

Les recommandations du jury de la Conférence de Consensus sur la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles[127] insistent, en ce qui concerne le traitement, sur :
-- les approches psychodynamiques sous la forme d'entretiens individuel ou de groupe ;
-- les thérapies cognitivo-comportementales ;
-- les psychothérapies de groupe ;
-- les psychothérapies familiales.

Au SMPR de Marseille[83], on insiste sur la nécessité d'une double prise en charge qui comporte :
-- un aspect non spécifique : les troubles du sommeil, les réactions anxieuses, les états dépressifs, le risque suicidaire…
-- un aspect spécifique d'exploration des conditions de passage à l'acte et d'élaboration psycho-dynamique.

Il paraît éthiquement impensable de ne pas se soucier en priorité de l'aspect non spécifique. La prise en charge spécifique peut se faire parallèlement ou dans un deuxième temps. Le nouveau guide méthodologique souligne la possibilité de susciter une demande de soins à partir d'un symptôme banal.

§1. Informer les auteurs d'agressions sexuelles sur les soins proposés

La relation thérapeutique avec les auteurs d'agressions sexuelles établie lors des premiers entretiens peut être charpentée par un questionnaire clinique type « Questionnaire d'Investigations Cliniques Pour les Auteurs d'Agressions Sexuelles » (C. Balier, A. Ciavaldini, M. Girard-Khayat 1997). Il est malheureusement peu utilisé de façon systématique. S'il est généralement admis que la légitime efficacité des soins dépend de la

[127]Thurin J-M, Allilaire J-F. Cinquième conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie « Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles ». ANAES, éditions John Libbey 2002 : 592.
[83]Ibid

motivation du sujet, l'évaluation préalable ne doit pas déboucher sur un choix binaire : indication ou non-indication de la prise en charge.[127]
L'explication des méthodes et objectifs, en insistant sur l'espace de confidentialité que permet le caractère absolu du secret professionnel, permet souvent de faire tomber les réticences et d'avancer pas à pas.
A Marseille l'entretien spécialisé, systématiquement proposé aux arrivants de liberté ou de transfert, débouche immédiatement ou secondairement sur un suivi effectif spécifique dans un cas sur deux[83].
Au SMPR de Bordeaux[110], les auteurs d'agressions sexuelles sont informés, lors de l'entretien de dépistage, de l'existence de « l'Equipe de Soins aux Agresseurs Sexuels » (ESAS) et incités à prendre contact avec le psychologue en charge de cette équipe. Le psychologue, après un bilan comprenant une évaluation semi-standardisée et une étude du dossier pénal, propose une prise en charge individuelle avec lui-même, avec un infirmier, avec un psychomotricien, une prise en charge en groupe.

Les méthodes sanitaires d'intervention dans la phase d'incitation aux soins peuvent relever de méthodes de travail de groupe, à distinguer de celui à visée thérapeutique, utilisé dans la prise en charge psychiatrique des auteurs d'agressions sexuelles. Ces méthodes de groupe sont jugées intéressantes au niveau international et méritent d'être plus largement expérimentées en France (Le nouveau guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues officialisé début 2005).

§2. De la nécessité de différencier des sous-types de population d'auteurs d'agressions sexuelles pour améliorer la spécificité de la prise en charge

Il n'existe pas une psychopathologie de l'auteur d'agressions sexuelles mais bien de multiples analyses psychopathologiques de l'acte selon le type d'agresseur, le type de victime et le type de relation entre l'agresseur et la victime. Ceci laisse penser que si on considère la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles comme spécifique, il ne faut surtout pas s'arrêter à

[127]Ibid
[83]Ibid
[110]Ibid

une spécificité monolithique et un travail de recherche de sous-types aboutissant au final à des groupes d'agresseurs sexuels très différents doit être réalisé.

Le SMPR de Bois-d'Arcy[123] se situe dans cette réflexion et, a structuré la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles selon trois axes :

- l'évaluation ;
- la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles à problématique pédophilique prédominante ;
- la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles à problématique incestueuse marquée.

Le développement des prise en charge des sous-catégories demande encore plus de moyens.

§3. De l'importance de mettre en place des protocoles

La prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles peut s'organiser selon un protocole bien précis que ce soit dans un DSP ou dans un SMPR.

Au DSP du centre de détention de Saint-Mihiel, le protocole est le suivant[87] :

1. Dans un premier temps, et après le premier entretien avec l'infirmier psychiatrique, les patients sont reçus par le médecin psychiatre qui selon les cas décide :

   -- de la nécessité d'un bilan psychologique ou de l'utilisation d'un questionnaire préliminaire ;

   -- en accord avec la personne, du type de prise en charge, c'est-à-dire le groupe de parole ou l'entretien individuel.
2. Par la suite, les auteurs d'agressions sexuelles sont vus tous les trois mois par le psychiatre pour une évaluation. Ces entretiens donnent lieu à une synthèse clinique avec les thérapeutes concernés lors de la réunion de service et conduisent éventuellement à une réorientation psychothérapeutique le cas échéant.
3. Une fiche individuelle de suivi des auteurs d'agressions sexuelles est réalisée par l'équipe dans le but d'avoir un point de vue cohérent sur la prise en charge.

[123]Ibid
[87]Ibid

4. La supervision, par un intervenant extérieur, de la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles est extrêmement bénéfique tant au niveau de la réflexion concernant le cadre des groupes de parole (protocole, évaluation des pratiques...) qu'aux niveaux plus clinique et qualitatif (analyse de cas, analyse transféro/contre-transférentielle).

§4. La mise en place de groupes thérapeutiques pour les auteurs d'agressions sexuelles

La majorité des groupes thérapeutiques mis en place sont des groupes de parole. Le groupe de parole dans le cadre des prises en charge d'auteurs d'agressions sexuelles est loin d'être facile et encore moins reconnu comme efficace. Il demande que les thérapeutes aient une expérience confirmée des groupes. Malheureusement ce type de groupe thérapeutique se généralise justement soit par manque de formation soit par manque de supports thérapeutiques de groupe spécifique.

Au SMPR de Châteauroux[88], le groupe de parole auprès des auteurs d'infractions sexuelles a les objectifs suivants :
-- permettre aux participants de se rencontrer et de trouver des repères constituant un étayage chez des sujets présentant des troubles de la personnalité ;
-- favoriser l'écoute et le respect de la parole de l'autre afin de restaurer la subjectivité dans la confrontation à l'altérité ;
-- faciliter la verbalisation chez des sujets présentant des difficultés de mentalisation soit par carence soit du fait d'attitudes défensives ;
-- réunir les conditions pour parler de l'acte commis, de la sanction qui en découle, de la honte et du sentiment de culpabilité qu'un tel acte peut générer ;
-- permettre l'émergence d'un questionnement, d'une prise de conscience et ainsi favoriser un suivi psychologique en cours ou à venir.

Le Dispositif de Soins en Psychiatrie de la maison d'arrêt d'Angers, dans cette volonté d'utiliser un support pour les groupes d'auteurs d'agressions sexuelles, a développé le

[88]Ibid

« Qu'en dit-on ? »[65]. Ce support ludique répond aux spécificités psychopathologiques retrouvées chez ces personnes.

La thérapie de groupe proposée au SMPR de Loos-lès-Lille[63] est basée sur une approche pluri-obédientielle, dont l'articulation principale est cognitivo-comportementale. Les patients inclus dans ce groupe sont suivis en entretien individuel par un psychiatre ou un psychologue du SMPR faisant partie du dispositif de soins psychiatriques du centre de détention. Avant leur intégration dans le groupe, ils ont fait l'objet d'une évaluation standardisée (psychométrique et de personnalité, en tenant compte de leur dossier pénal).

§5. Prise de conscience de la nécessité d'une formation spécifique pour les soignants

Le travail spécifique auprès des auteurs d'agressions sexuelles est un travail difficile, qui suppose des personnes soignantes qualifiées, formées et en nombre. Un nécessaire travail de supervision et d'élaboration théorique doit être régulièrement conduit dans les équipes.[83] L'Association de Recherche et de Traitement des Auteurs d'Agressions Sexuelles (ARTAAS), ouverte à tout soignant désireux de se former, répond à cette nécessité de formation. L'objectif est d'aboutir à la constitution d'équipe soignante spécialisée comme c'est le cas au SMPR de Bordeaux[110] où « l'Equipe de Soins aux Agresseurs Sexuels » (ESAS) est composée d'un médecin sexologue, d'un psychologue et d'un psychomotricien.

§6. Les consultations post-pénales

Les dispositifs de soins, pour les auteurs d'agressions sexuelles condamnés à un suivi socio-judiciaire avec injonction de soins, sont actuellement très peu développés tant en pratique libérale que dans le service public. La majorité des soins imposés par la justice en milieu libre est constituée par les obligations de soins classiques. Pour l'instant les obligations de soins classiques sont prises en charge mieux que les injonctions de soins car ces dernières

[65]Ibid
[63]Ibid
[83]Ibid
[110]Ibid

nécessitent, selon la loi, un système de contrôle par des médecins coordonnateurs et des structures de soins très complexes qui n'existent pas ou ont des difficultés à s'articuler.
Le SMPR de Marseille[83] a le projet, à moyen terme, de créer un réseau de correspondants qui puisse répondre aux besoins qui se font jour.
Pour se faire, trois axes d'actions sont fixés :
- développer la formation initiale et continue des personnels intervenant auprès de ce public ;
- organiser des réunions de travail pluriprofessionnelles regroupant notamment les acteurs de justice et de santé : magistrats, travailleurs socio-éducatifs, médecins coordonnateurs, médecins experts et médecins traitants ;
- constituer un centre de ressources susceptible d'apporter l'information, les conseils techniques et la documentation.

Section 2. Les personnes présentant une problématique addictive

Tableau I.

QUELLES SONT, SELON VOUS, LES PRIORITES ACTUELLES DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL ?	
Le traitement des addictions	20%

Le traitement des addictions est considéré par les psychiatres interrogés comme la troisième priorité des soins psychiatriques en milieu carcéral après la prise en charge des personnes psychotiques et la prévention du suicide.
C'est lors du décret du 29 juin 1992 que l'antenne « toxicomanie » a été nommée « Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes » (CSST) . La loi de Rénovation de l'Action Sociale et Médico-Sociale du 2 janvier 2002 a prévu une nouvelle dénomination : « Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie » (CSAPA) afin d'affirmer non seulement la mission de soins, mais aussi celles de prévention, de promotion de la santé et d'actions socio-éducatives, à l'égard des conduites addictives, pour les drogues licites ou illicites.[63] Il est effectué un recentrage sur les addictions et la personnalité addictive par

[83]Ibid
[63]Ibid

rapport à un accueil spécifique en fonction du type de produits ingérés.[84] Le décret du 26 février 2003, sous le gouvernement de Mr J-P. Raffarin, réactualise les conditions minimales de nomination et de fonctionnement des Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (annexe 4). Les CSST continuent à garder, en pratique, leur dénomination.

Selon D. Jayle, président de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, les prisons accueillent un grand nombre de personnes ayant des conduites addictives. L'incarcération peut être l'occasion d'entreprendre une prise en charge et ne doit pas interrompre celles qui sont en cours, notamment les traitements de substitution.[128] La continuité des soins, dans le respect de la déontologie et de la législation, est une priorité sanitaire.

Il convient :

-- de former les équipes de soins en milieu pénitentiaire, les agents de l'Administration Pénitentiaire et d'élaborer des guides de bonnes pratiques ;

-- de généraliser les consultations d'addictologie pour les personnes incarcérées ;

-- de préparer le relais des soins en ville et à la sortie des personnes incarcérées (prévention des surdoses).[129]

§1. La population carcérale et les problèmes addictifs

Les personnes incarcérées cumulent les facteurs de risques. Elles sont plus concernées par l'usage de drogues et d'alcool, plus touchées par les maladies infectieuses et plus souvent en situation de grande vulnérabilité que l'ensemble de la population. En détention, la circulation et la consommation des substances licites ou illicites ne constituent pas un phénomène nouveau, mais sont aujourd'hui mieux connues. Les risques liés à l'usage de drogue par voie intraveineuse sont également plus importants qu'en milieu libre, même si une majorité d'usagers cesse les injections pendant l'incarcération.[130] La Direction de la Recherche, des

[84]Ibid

[128]Jayle D. Présentation du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008. MILDT 29 juillet 2004 : 7.

[129]Conférence de Consensus. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. ANAES et FFA 23 et 24 juin 2004 : 16.

[130]Chanson P. Prison : état des lieux et prise en charge des usagers de drogues. Communiqué de presse de la MILDT 19 décembre 2001 : 1.

Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a effectué une enquête en 1997 sur le problème des troubles addictifs dans la population carcérale et, dont les résultats sont[131]:

-- 32% des personnes entrant en détention déclarent une utilisation prolongée et régulière de drogues au cours de l'année précédant l'incarcération. Elles représentent, en population générale, 15% des 18-25 ans et 4% des 26-44 ans ;

-- 33,3% déclarent une consommation excessive d'alcool ;

-- quatre personnes sur cinq arrivant en prison fument du tabac, et près d'une personne sur cinq consomme quotidiennement plus de 20 cigarettes. En population générale, 45% des 18-44 ans déclarent fumer du tabac et 10% consomment quotidiennement plus de 20 cigarettes ;

-- 28% déclarent au moins deux consommations à risque.

Plus précisément :

-- 6,2% déclarent une utilisation de drogue par voie intraveineuse au cours de l'année précédant l'incarcération ;

-- 11,8% déclarent avoir pratiqué l'injection au moins une fois dans leur vie. En population générale, elles sont moins de 1% des 18-44 ans ;

-- 25,6% des personnes entrantes déclarent fumer du cannabis. En population générale, 6 % déclare avoir fumé du cannabis au cours du dernier mois ;

-- 8,9% des personnes entrantes déclarent une consommation de cocaïne ou de crack ;

-- 9,1% des personnes entrantes déclarent un usage détourné des médicaments.

La passation du mini-Grade, test d'évaluation des conduites addictives, a été effectuée sur toute personne entrante à la maison d'arrêt d'Amiens. Un recueil statistique des situations d'abus de dépendance a été réalisé sur la période du 01/07/2002 au 01/07/2003, sur 483 protocoles recueillis (tableau XIII).[66]

Tableau XIII. Situations d'abus et de dépendance dans la population entrante à la maison d'arrêt d'Amiens sur la période de 01/07/2002 au 01/07/2003.[66]

	Alcool	Héroïne	Cocaïne	Ectasy, Amphétamines	Benzodiazépines	Cannabis	Autres
Dépendance	18,9%	12,9%	4,20%	0,6%	1,2%	13,8%	0,89%
Abus	10%	0,3%	2,7%	1,2%	0,6%	9,3%	0%

[131]Mouquet M-C, Dumont M, Bonnevie M-C. Rapport sur « La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risques », études et résultats, DREES/DGS/DAP, Janvier 1999 (chiffres de 1997) ; 4 : 10.

[66]Ibid

[66]Ibid

Au SMPR de la maison d'arrêt de Bois-d'Arcy[123], les consommations déclarées (souvent cumulées) à l'entretien d'accueil, sur l'ensemble de la population entrante en 2003, comprennent :

-- alcool : 68%
-- cannabis : 55%
-- héroïne : 15%
-- cocaïne, dont crack : 13,3% et 4,3%
-- amphétamines, dont ectasy : 13% et 8,4%
-- benzodiazépines : 8,7%
-- codéine : 2%
-- LSD : 1,7%
-- solvants : 0,29%
-- autres : 11%.

Les chiffres concernant les benzodiazépines, en les confrontant à la réalité clinique, sont probablement très largement sous-évalués. L'alcool et le cannabis restent les premiers produits consommés et sont souvent associés entre eux et avec d'autres substances psycho-actives. L'héroïne est en bonne place, talonnée par la cocaïne. L'ectasy est de consommation très banalisée, notamment par une grande partie de la population non déclarée. L'approche sous l'angle addictologique reste la plus pertinente en raison des consommations associées et des formes de passages[123]. Le SMPR de Fresnes a mis en place en 2002 une unité pour détenus poly-addictifs, en collaboration avec l'UCSA[122]. Au SMPR de Bois-d'Arcy, l'équipe se penche sur la nécessité de développer une consultation de tabacologie[123]. Au DSP de la maison d'arrêt de Montauban l'équipe propose déjà une consultation de tabacologie avec utilisation de traitement par patch dermique nicotinique[132]. Conformément à la note interministérielle du 9 août 2001, un repérage de la dépendance tabagique doit être réalisé par les services sanitaires de l'établissement pénitentiaire dès le début de l'incarcération. Des grilles d'appréciation de la dépendance (test de Fagerström) devraient être mises à la disposition du personnel de santé, formé à l'utilisation de ces outils. Le nouveau guide

[123]Ibid
[123]Ibid
[122]Ibid
[123]Ibid
[132]Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Montauban 2003.

méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues officialisé début 2005 insiste sur la nécessité de proposer une prise en charge adaptée à la personne incarcérée avec des consultations de tabacologie et des traitements de substitution nicotinique financés par l'établissement public de santé.

Le DSP de la maison d'arrêt de Luynes et du centre de détention de Salon désire développer une « consultation cannabis » à partir de 2004.[133] La consommation de cannabis semble être déclarée assez spontanément lors des consultations spécialisées avec la garantie de confidentialité. Le nombre de consommateurs dépasse largement le nombre des sujets incarcérés pour infraction à la législation des stupéfiants. La consommation de cannabis se poursuit souvent en milieu carcéral, entraînant d'autres prises de risque et exposant le sujet à l'éventualité d'une nouvelle affaire. Les mineurs constituent, avec les jeunes majeurs une population surreprésentée parmi les consommateurs de cannabis et sont souvent les plus actifs en milieu carcéral. Il ne faut cependant pas minimiser la population des « vieux fumeurs » (25-35 ans) pour laquelle existe souvent un repli symptomatique sur une consommation excessive de cannabis. Si la demande d'aide au sevrage n'apparaît pas d'emblée, elle est souvent formulée au fil des entretiens. Une consultation spécifiquement orientée sur la prise en charge de l'usage nocif de cannabis paraît aujourd'hui constituer une priorité de santé publique auprès de la population incarcérée, notamment des mineurs et jeunes majeurs. Inscrire cette consultation dans une approche clinique et psychopathologique, afin d'en élargir le caractère symptomatique, doit pouvoir se conjuguer avec une approche informative et préventive, et s'articuler avec les partenaires intervenant en milieu carcéral.

Par ailleurs, dans cette population présentant une problématique addictive, il existe une comorbidité psychiatrique. Elle est fréquente et à rechercher systématiquement. Les troubles de l'humeur induits par les opiacés disparaissent au cours du premier mois de mise sous traitement substitutif. Les diagnostics différentiels sont les états dépressifs nécessitant un traitement antidépresseur et les troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée pour lesquels il faut éviter un traitement anxiolytique par benzodiazépine. En cas de schizophrénie, il est préférable d'utiliser de la méthadone.[129]

Cette comorbidité peut amener à la nécessité d'un double suivi comme c'est le cas pour 58,2% des patients toxicomanes suivis par le CSST du centre pénitentiaire de Marseille[83], en

[133]Projet du Service de soins Psychiatriques Ambulatoires aux Détenus SPAD de la maison d'arrêt de Luynes et du centre de détention de Salon « consultation cannabis » 2004.

[129]Ibid
[83]Ibid

2003, et également suivis par l'équipe psychiatrique du SMPR. Ceci témoigne d'une comorbidité importante.

Pour quelles raisons les personnes incarcérées ne se déclarent-elles pas ? Refus du repérage et de l'éventuelle stigmatisation en se rendant dans les structures de soins, volonté de gérer seul ses consommations ou son sevrage ? Les structures de soins ne sont pas encore complètement investies par les personnes incarcérées, alors que pour beaucoup d'entre elles la prison est sans doute la première occasion d'une prise de contact avec un dispositif de soins.[123] Le dépistage reste à améliorer : on estime qu'environ 30 à 50% des personnes incarcérées présentent un usage problématique de substances psycho-actives. Le nombre de nouveaux détenus versés dans la file active des CSST est nettement moins important. Le repérage est de nature déclarative, basé sur les consommations repérées lors de l'entretien d'accueil, parfois complété du passage de l'échelle mini grade.

La prise en charge de la toxicomanie souffre de failles importantes. Il n'existe que seize Centres Spécialisés de Soins en Toxicomanie (CSST), situés dans les plus grandes maisons d'arrêt. Cinquante-sept établissements relèvent en outre d'un CSST en milieu libre.[51] Dans sept établissements pénitentiaires, des unités pour sortants accueillent des personnes toxicomanes proches de leur date de libération[15]. Cent vingt-neuf établissements ne disposent pas de CSST, mais font souvent appel aux associations extérieures. Le dispositif apparaît centré sur la lutte contre les produits illicites. Les besoins de prise en charge des personnes alcooliques sont, par exemple, sous-estimés, alors même que la polytoxicomanie, associée de plus en plus souvent à la consommation d'alcool, augmente, tandis que la consommation de l'héroïne et les pratiques d'injection diminuent.[51]

Il faut constater les difficultés suivantes [50]:

-- la réalité du phénomène est mal perçue, le recueil d'informations réalisé par les CSST étant soit lacunaire, soit peu exploité ;

-- la coordination des intervenants médicaux, sociaux et pénitentiaires est limitée, le positionnement des CSST demeurant problématique ;

-- la mise en place de traitements de substitution progresse mais continue à se heurter à l'opposition de certains médecins ; la diversité des doctrines relatives aux modalités et aux

[123]Ibid
[51]Ibid
[15]Ibid
[51]Ibid
[50]Ibid

finalités de ces traitements en détention doit également être soulignée, comme le flou dans le partage des rôles entre l'UCSA et le SMPR/DSP.

La fonction de coordination des différents intervenants médicaux, sociaux et pénitentiaires incombe logiquement au SMPR (article D.385 du Code de Procédure Pénale) mais, à certaines exceptions près, ces derniers sont dans l'incapacité de l'assurer et d'impulser une véritable politique de prise en charge des addictions[51].

§2. Les traitements substitutifs

Tableau I.

QUELLES SONT, SELON VOUS, LES PRIORITES ACTUELLES DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL ?	
La valorisation de la substitution chez les toxicomanes	4.5%

La valorisation de la substitution chez les toxicomanes devrait concernée plus les psychiatres qui parfois considèrent les problèmes addictifs devoir relever de la médecine somatique. Depuis l'introduction des médicaments de substitution en France, des effets bénéfiques sont rapportés [134]:

-- augmentation du nombre de personnes prises en charge ;

-- diminution de la morbidité et de la mortalité ;

-- réduction nette des décès par overdoses dus aux opiacés ;

-- réduction de la consommation d'héroïne et de l'usage de la voie intraveineuse ;

-- réduction des mauvaises utilisations de codéine ;

-- amélioration de l'insertion des personnes et réduction des dommages sociaux.

- ❖ L'augmentation de la population sous traitement substitutif.

Le nombre croissant d'initialisation en établissement pénitentiaire de traitement substitutif, lié en partie à la volonté des équipes soignantes, à la qualité de partenariat avec les centres de soins spécialisés de la région appelée à poursuivre le traitement, et l'arrivée massive de patients qui reçoivent ce traitement lors de leur mise en garde à vue expliquent l'augmentation

[51] Ibid

[134] Recommandations pour la pratique clinique. Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés. ANAES juin 2004 : 18.

des prescriptions. On peut y voir aussi l'effet indirect de la circulaire DGS/DHOS numéro 2002/57 du 30 janvier 2002 qui a étendu aux médecins qui exercent en établissement de santé la possibilité (jusqu'alors réservée aux médecins des Centre de Soins et de Suivis aux Toxicomanes) de prescrire de la méthadone.[63] Cette envolée de la substitution majore principalement l'activité infirmière, mais également les activités médicale et psychologique[122]. Depuis 1997, au SMPR de Loos-lès-Lille[63], le nombre de patients recevant quotidiennement de la méthadone a été multiplié par cinquante tandis que le nombre de personnes bénéficiant de substitution par la buprénorphine a été multiplié par dix.

- La prédominance de la prescription de la buprénorphine par rapport à la méthadone.

La buprénorphine est le traitement substitutif le plus prescrit. Sur l'ensemble des traitements substitutifs prescrits par 7 dispositifs de soins en santé mentale différents, la buprénorphine représente 78% des traitements substitutifs (tableau XIV). Au SMPR de Lyon[84], on explique cela par la rigidité des protocoles de traitement par la méthadone par rapport au traitement par la buprénorphine. Certes il existe un certain taux de trafic reproduisant la situation extérieure du fait de l'accès assez libre à la buprénorphine mais le bénéfice, en terme de santé publique, est très réel et vaut largement l'effort qui est fait sur le plan budgétaire.

Malheureusement, on a constaté l'émergence de problèmes en lien avec le traitement substitutif par la buprénorphine[134] :

-- l'utilisation de la buprénorphine par injection en intraveineuse ;

-- l'utilisation de la buprénorphine par inhalation en intra-nasal ;

-- les coprescriptions en général, et en particulier de benzodiazépines prescrites avec la buprénorphine dans 22% à 56% des cas ;

-- l'émergence d'une dépendance primaire au traitement substitutif, majoritairement à la buprénorphine.

[63]Ibid
[122]Ibid
[63]Ibid
[84]Ibid
[134]Ibid

Tableau XIV. Répartition des types de traitements substitutifs utilisés chez la population toxicomane dans 7 établissements pénitentiaires en 2002/2003.

Répartition en pourcentage du type de traitement substitutif utilisé	Maison d'arrêt de Montauban 2003 [132]	Maison d'arrêt d'Angers 2003 [65]	Maison d'arrêt de Douai 2003 [17]	Centre pénitentiaire de Perpignan-Thuir 2003 [114]	Centre pénitentiaire de Marseille 2003 [83]	Maison d'arrêt et centre de détention de Loos-lès-Lille 2003 [63]	Maison d'arrêt de Fresnes 2002 [122]	**Pourcentages moyens**
Méthadone	24%	24%	25.5%	16.8%	26.7%	29%	17.4%	**22%**
Buprénorphine	66%	66%	64.5%	83.3%	73.3%	71%	82.6%	**78%**
Nombre de personnes sous traitement substitutif	37	50	161	190	341	536	1016	**Total** **2331**

[132]Ibid
[65]Ibid
[17]Ibid
[114]Ibid
[83]Ibid
[63]Ibid
[122]Ibid

❖ Les prescripteurs.

Les prescriptions de traitement substitutif sont la plupart du temps réalisées par le psychiatre du dispositif de soins en santé mentale. C'est le cas au SMPR de Rouen[102]. Mais des choix différents peuvent être faits. A Marseille[83]et à Bordeaux[124], la méthadone est prise en charge par le SMPR, et la buprénorphine par l'UCSA. Dans les établissements où les DSP ne sont pas assez étoffés, le traitement substitutif est géré par le médecin généraliste de l'UCSA.

❖ Le mode de délivrance.

La délivrance et la prise de méthadone se font toujours devant un soignant. Ce n'est pas le cas systématiquement pour la délivrance et la prise de buprénorphine. Au SMPR de Loos-lès-Lille[63], après avoir reçu pendant un certain temps ce médicament par les infirmiers, ceux qui, après évaluation pluridisciplinaire, sont estimés capables de gérer ce traitement, le reçoivent en plaquette dans leur cellule, en section de détention, comme les autres médicaments, lors des distributions assurées par les infirmiers de l'UCSA.
Dans certains lieux, comme au SMPR de Chalons-en-Champagne[120], la prise de la buprénorphine sous forme diluée est utilisée pour lutter contre d'éventuels trafics.

§3. La mise en place de Comités de Suivi des Addictions (CSA)

La lettre interministérielle Santé/Justice du 9 août 2001, sur l'organisation des services pénitentiaires et sanitaires concernant les personnes incarcérées ayant une problématique addictive, développe les axes suivants [130]:

- prise en compte de l'ensemble des produits psycho-actifs, licites ou illicites ;
- repérage systématique à l'entrée dans l'établissement ;
- accès à tous les modes de traitements (traitements de substitution, sevrage, actions collectives, thérapies individuelles) ;
- priorité donnée à l'accompagnement social des usagers les plus démunis et aux mesures de réduction des risques ;

[102]Ibid
[83]Ibid
[124]Ibid
[63]Ibid
[120]Ibid
[130]Ibid

- préparation de la sortie, notamment à partir de mesures d'individualisation des peines permettant un accompagnement social et une prévention de la récidive ;
- formation des professionnels.

Ce travail, impulsé par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, semble relever d'une méthodologie exemplaire en incitant les professionnels à la mobilisation, à une plus grande coordination des services, à une meilleure organisation des modalités d'intervention locale, en associant l'ensemble des acteurs concernés autour d'un projet clairement établi et d'un responsable désigné. Pour ne pas rester « lettre morte », cette note oblige à des actions concrètes sur le terrain qui renforcent le partenariat et peuvent créer une « culture » de communication et de la coordination entre les services de soins et l'Administration Pénitentiaire.[57]

Dans le respect de cette lettre, les dispositifs de soins en santé mentale doivent participer à l'élaboration des Comités de Suivi des Addictions. A la maison d'arrêt de Chalons-en-Champagne[120], il a été créé un groupe de travail. Ce groupe s'est réuni douze fois durant l'année 2002. Il aboutit à la rédaction d'un protocole faisant référence à la prise en charge des personnes dépendantes à une substance psycho-active. Au cours des réunions de travail, est apparue au groupe la nécessité de se rencontrer régulièrement, de manière formelle, pour favoriser des prises en charge décloisonnées.

Le Comité de Suivi des Addictions de Chalons-en-Champagne réunit l'ensemble des acteurs intervenant dans la prise en charge d'une certaine population de personnes incarcérées, aux plans sanitaire et social.

Il se compose de la manière suivante :

-- un membre de la direction de la maison d'arrêt ;
-- des représentants du Service Médico-Psychologique Régional ;
-- des représentants de l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires ;
-- des représentants de l'équipe hospitalière en alcoologie et de liaison ;
-- des représentants du centre de cure ambulatoire en alcoologie ;
-- des représentants du centre d'accueil et de soins aux toxicomanes de Reims ;
-- des représentants du service d'aide et d'accueil aux toxicomanes ;
-- de la représentante du centre de dépistage anonyme et gratuit, du centre hospitalier général ;
-- des représentants du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation de la maison d'arrêt.

[57]Ibid
[120]Ibid

Le comité se réunit une fois par mois. Son travail est basé sur l'exploitation d'une liste, envoyée à chaque service au minimum quatre jours avant la réunion, établie par le SMPR mais non exhaustive. Le SMPR centralise les signalements, les informations relatives aux personnes incarcérées dépendantes, et organise avec les intervenants concernés l'orientation de la prise en charge. Cette liste a pour support des fiches individuelles de suivi qui sont remplies par toute personne intervenant auprès de la personne incarcérée dépendante.
Cet exemple de création et de fonctionnement d'un Comité de Suivi des Addictions pourrait être largement utilisé dans les différents établissements pénitentiaires.

§.4 Les Unités pluridisciplinaires de mobilisation et de Préparation à la Sortie (UPS)

Les Unités de Préparation à la Sortie (UPS) organisent des stages collectifs de plusieurs semaines se déroulant en prison et prévoient un dispositif de suite, soit en milieu libre, soit en détention si la personne n'est pas immédiatement libérée. Ces stages sont destinés à la prise en charge sociale et sanitaire des personnes incarcérées rencontrant une dépendance aux produits psycho-actifs licites ou illicites. Les objectifs des Unités de Préparation à la Sortie sont de responsabiliser les bénéficiaires en cours de détention ou en fin d'exécution de peine et de favoriser l'acquisition de leur autonomie, face à l'ensemble des difficultés qu'ils devront affronter à leur retour à la vie libre.

Il existe une Unité de Préparation à la Sortie dans 7 établissements pénitentiaires **:** au centre pénitentiaire de Fresnes (un module à la maison d'arrêt des hommes, un module à la maison d'arrêt des femmes), au centre de détention de Loos-lès-Lille, et dans les maisons d'arrêt de Lyon, Strasbourg, Metz, Nice et les Baumettes (Marseille).

Le programme a été instauré en 1997, à titre expérimental, en se basant sur le dispositif des "Quartiers Intermédiaires Sortants" (QIS) mis en place au centre pénitentiaire de Fresnes à partir de 1992. Les UPS ont fait l'objet d'évaluations en 1999 et en 2000. En 2001, une rencontre nationale des sites a permis de tirer les enseignements de cette évaluation pour améliorer leur fonctionnement. Le programme doit bénéficier à un minimum de 50 personnes par an et par Unité de Préparation à la Sortie.

Le programme est de nature pluridisciplinaire et engage l'ensemble des services sanitaires, sociaux et pénitentiaires de l'établissement. Il se caractérise par une approche globale de la personne (approches sociale, sanitaire, éducative) dans une logique de projet individuel. Il est fondé sur la dynamique de groupe et la collaboration avec les partenaires extérieurs à l'établissement ; il privilégie les sessions collectives de plusieurs semaines. Le suivi individuel des bénéficiaires demeure indissociable de la prise en charge collective et sous réserve de l'accord du bénéficiaire, ce suivi devra se poursuive, dans toute la mesure du possible, pendant au moins trois mois après la sortie du programme. La session garantit la continuité des soins, notamment la poursuite des traitements de substitution pendant et après la session. Elle permet également la continuité du suivi réalisé par le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation et par le Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie.

Les activités mises en oeuvre s'attachent à permettre :

-- l'accès à des informations d'éducation pour la santé ;

-- le développement d'activités d'expressions corporelle ou culturelle ;

-- le développement d'habiletés sociales ;

-- le développement d'un projet professionnel ;

-- la mise à jour des droits sociaux ;

-- l'accès à l'hébergement.

Le programme comprend normalement un dispositif de suite qui assure à la fin de chaque session le suivi des bénéficiaires libérés et de ceux demeurant en détention ou transférés dans un autre établissement pénitentiaire.

Le fonctionnement de cette unité fait intervenir tous les acteurs de l'établissement. Ce fonctionnement est cohérent avec l'ensemble des dispositifs mis en place au sein de l'établissement, notamment en vue de la préparation à la sortie. En conséquence, les structures de pilotage de fonctionnement des Unités de Préparation à la Sortie sont pluridisciplinaires et transversales à l'ensemble des services sanitaires et sociaux de l'établissement : l'UCSA, le SMPR, le CSST, le SPIP, la direction de l'établissement pénitentiaire, le service de détention, coordonnateur de l'UPS et structures de soins spécialisées partenaires de l'établissement. Elles permettent notamment la définition des modalités d'organisation de l'unité et l'évaluation de la réalisation de ses objectifs, le fonctionnement du programme au sein de l'établissement et l'admission des bénéficiaires dans le programme selon une procédure pluridisciplinaire. Le coordonnateur de l'unité, membre de l'équipe du SMPR, travaille en étroite collaboration avec le référent pénitentiaire du programme, l'équipe de l'antenne spécialisée pour les toxicomanes et le responsable du projet addiction. Il assure aussi la coordination de l'équipe

pluridisciplinaire de l'unité. Il anime la commission pluridisciplinaire d'admission. Il dirige l'équipe des personnels permanents chargée de la mise en oeuvre des sessions de cette unité. Il veille au bon déroulement des sessions. La commission d'admission de l'Unité de Préparation à la Sortie est animée par le coordonnateur de l'unité, et est composée de représentants du Service Médico-Psychologique Régional, d'un membre du Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes, d'un membre du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation, et d'un membre du personnel de direction de l'établissement pénitentiaire.

L'identification des bénéficiaires potentiels en amont de cette commission s'opère à trois niveaux :

-- lors de la présentation de la structure durant l'entretien d'entrée systématique avec l'équipe psychiatrique ;

-- lors de la rencontre avec l'éducateur du SPIP ;

-- lors des sollicitations ou des demandes spontanées par des personnes incarcérées (suite à l'envoi d'un courrier).

Il arrive à l'équipe de ne pas accepter la candidature de certains détenus, notamment lorsque le patient présente un trouble mental relevant de la compétence de l'équipe du SMPR, et ne peut s'intégrer dans le programme collectif.

Choisis pour leurs compétences dans le domaine des addictions, les animateurs permanents de l'unité de préparation à la sortie d'établissement pénitentiaire peuvent être :

-- infirmier ;

-- éducateur spécialisé ;

-- psychologue ;

-- psychiatre ;

-- secrétaire médicale.

L'infirmier assure surtout un double rôle d'éducation à la santé et d'encadrement médico-psychosocial. L'éducateur spécialisé participe à de nombreuses réunions afin de maintenir le réseau de professionnels nécessaire à la mise en place des projets de réinsertion des participants. Il participe à l'action de l'unité du début à la fin, depuis la diffusion de l'information pour susciter des candidatures et le recrutement, jusqu'à l'orientation, après la sortie, de suivi post-session sinon post-carcéral. Il participe aux synthèses dans le cadre du plan d'exécution des peines. Le psychologue doit apporter sa spécificité professionnelle concernant le fonctionnement psychique individuel et collectif. Son travail s'effectue, d'une part avec la prise en compte de la souffrance psychique, de l'histoire singulière, du psychisme individuel de chaque participant dans ses dimensions conscientes et inconscientes, et d'autre

part avec l'animation d'ateliers thérapeutiques. Le psychiatre peut superviser l'articulation de l'équipe ; il participe à la prise en charge individuelle et de groupe des participants. Il ne doit pas induire par son intervention une vision uniquement médicale des UPS.

Il s'agit aujourd'hui de mettre en œuvre cette organisation à l'aide du cahier des charges[135] et du rapport[136] d'activité type édités par le Ministère de la Justice, le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, la Direction Générale de la Santé et la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, en 2002.

Le budget des CSST n'est plus, depuis peu, attribué par la MILDT mais par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ; ceci est le témoin d'un retour de la prise en charge médicale prédominante des problèmes addictifs.

Section 3. Les mineurs

Tableau I.

QUELLES SONT, SELON VOUS, LES PRIORITES ACTUELLES DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL ?	
La prise en charge des mineurs	1.5%

La prise en charge des mineurs n'est pas reconnue comme une priorité majeur par les psychiatres interrogés. Ceci peut s'expliquer en partie par la faible population de mineurs incarcérés mais aussi par le faible engagement des service de pédopsychiatrie auprès de ces mineurs.

Les soins pour les mineurs constituent une prise en charge particulière[110]. Tous les mineurs écroués doivent être accueillis par le psychologue ou par le psychiatre, pour évaluer la souffrance psychique liée à l'arrestation et au choc de l'incarcération, pour dépister les addictions, pour repérer les antécédents psychiatriques, pour diagnostiquer les troubles

[135]Ministère de la Justice, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction Générale de la Santé, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Cahier des charges pour les unités pluridisciplinaires de mobilisation et de préparation à la sortie. 12 mars 2002 : 6.

[136]Ministère de la Justice, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction Générale de la Santé, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Rapport d'activité type sur le fonctionnement des unités pluridisciplinaires de mobilisation et de préparation à la sortie. 12 mars 2002 : 13.

[110]Ibid

mentaux et les détresses psychosociales en évolution, mais aussi pour présenter les modalités d'accès aux soins et les activités thérapeutiques.[63]

La totalité des adolescents incarcérés accepte d'établir avec les soignants de l'équipe psychiatrique une relation à « potentiel thérapeutique » dès lors que le cadre exclusif du soin est clairement défini et protégé. L'appartenance hospitalière permet d'affirmer auprès des mineurs cette identité de soignant bien distincte des missions expertales judiciaires et à fortiori des fonctions éducatives. Mettre en place un dispositif qui, par son mode organisationnel, abaisse les seuils de réticences ou de résistance de cette population et permet une prise en charge par l'équipe psychiatrique, semble être une donnée importante dans le champ de la délinquance juvénile mais aussi de la santé publique.[137]

§1. La clinique des mineurs

Rares sont ceux qui présentent une pathologie psychiatrique, mais la fréquence des troubles du comportement, des intolérances aux frustrations, des difficultés de verbalisation et d'expression en dehors du passage à l'acte, nécessite une attention particulière.[110] Toute crise d'origine juvénile n'est pas nécessairement de l'ordre de la pathologie mentale. Lorsqu'elle s'exprime de manière bruyante par des comportements violents auto ou hétéro-agressifs, des conduites addictives et des transgressions pathologiques incongrues ou traduisant une souffrance psychique (pouvant être par leur intensité et leur durée, lourdes de conséquences, voire déstructurantes) une intervention psychiatrique, le plus souvent pluridisciplinaire, s'impose.

La prise en charge psychiatrique des mineurs incarcérés requiert beaucoup de patience et de rigueur, donc beaucoup de temps et de compétences professionnelles, non seulement parce que la détresse, le désarroi, l'anxiété et la nervosité s'expriment souvent chez les adolescents et les jeunes adultes en difficulté par des passages à l'acte, mais aussi parce qu'elle nécessite souvent des mesures d'aménagement de vie, des interventions dans l'environnement proche, parfois des démarches de résolution de conflits, et donc, des rencontres fréquentes avec la famille, les éducateurs et le personnel de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. De plus, avec

[63]Ibid
[137]Projet du SPAD de la maison d'arrêt de Luynes concernant le quartier mineur, juin 2004.
[110]Ibid

chacun d'entre eux, la relation thérapeutique s'établit lentement. Elle est même souvent impossible sans une médiation appropriée, ou sans un support ludique ou sportif.[63]

Une proportion non négligeable d'adolescents écroués était, avant l'incarcération, placée sous la protection du juge des enfants et bénéficiait d'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO). Ils ont fréquemment subi des maltraitances, des négligences et des carences éducatives.

La plupart des adolescents présentent des troubles anxieux liés à l'écrou et aux conditions carcérales. On y reconnaît parfois de véritables angoisses de séparation, réactivation de vécus analogues de l'enfance. Les troubles du sommeil ne sont pas rares : difficultés d'endormissement, réveils précoces, cauchemars. Ils nécessitent parfois la prescription de sédatifs et d'anxiolytiques et un suivi psychologique. Les troubles du comportement sont très fréquents, de significations et de gravités variables, qu'il s'agit d'irritabilité et de passages à l'acte agressif ou de conduites auto-vulnérantes telles les scarifications. Ces troubles peuvent relever d'une pathologie de l'humeur voire s'inscrire dans le tableau clinique d'une maladie mentale avérée, telle une psychose maniaco-dépressive.

§2. Les familles des mineurs incarcérés

Le développement du travail avec les familles, qui paraît être un élément tout à fait essentiel de la prise en charge, de la prévention et de la réinsertion, justifie une augmentation des moyens spécifiques[84]. Des consultations familiales (mineur et sa famille) ont pu être débutées dans les établissements pénitentiaires grâce à un partenariat avec l'Administration Pénitentiaire, comme à la maison d'arrêt de Bois-d'Arcy, et doivent donner lieu à la signature d'un protocole en 2004[123]. Certaines équipes psychiatriques, comme à la maison d'arrêt de Nanterre[99], développent des projets de thérapies systémiques familiales dans les quartiers des mineurs ; l'objectif étant de valoriser la compétence des familles à s'interroger sur le fonctionnement intra-familial.

[63]Ibid
[84]Ibid
[123]Ibid
[99]Ibid

§3. L'importance du partenariat et du travail en réseau

Le travail pluridisciplinaire est rendu indispensable par la brièveté des incarcérations des mineurs et par l'intrication constante avec la dimension familiale[123]. L'intervention de l'équipe psychiatrique doit se faire en complémentarité avec le travail des éducateurs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse et les acteurs de l'Administration Pénitentiaire auprès des mineurs. Ce réseau de communication doit inclure les intervenants présents au sein de l'établissement pénitentiaire, éducateurs, surveillants, infirmiers, médecins, psychologues, afin de permettre une bonne articulation des pratiques spécifiques de chacun. Les éducateurs et les différents travailleurs sociaux qui ont suivi ou qui seront amenés à suivre le jeune mineur incarcéré ou sa famille à l'extérieur doivent être informés et participer aux réunions décisionnelles.[103] Il est constaté l'absence de l'engagement du secteur de psychiatrie infanto-juvénile dans le réseau de prise en charge des mineurs incarcérés[66]. Il existe de rares exceptions comme au SMPR de la maison d'arrêt de Bois-d'Arcy, où les pédopsychiatres de secteur s'investissent dans ce réseau[123].

L'équipe psychiatrique, dans le respect de l'éthique et de la déontologie de chacun, participe à la réunion avec les enseignants, les éducateurs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation, et les surveillants pénitentiaires du quartier mineur. Il ne s'agit pas de supervision, mais d'informations réciproques sur les activités de chacun : les nouveaux projets et programmes sont brièvement évoqués, les changements dans la situation pénale des jeunes détenus sont communiqués, leurs difficultés en détention analysées, de la cohérence est recherchée dans les interventions des différents partenaires.[63]

L'équipe psychiatrique de la maison d'arrêt de Luynes[137] est clairement investie dans une prise en charge construite à l'égard des mineurs, mais, du point de vue de la relation avec les partenaires, elle a décidé de ne pas participer aux réunions de « suivi individuel » où les données sont partagées avec les magistrats, les éducateurs, les intervenants de l'éducation nationale et le personnel de l'Administration Pénitentiaire. Tous les entretiens avec les tiers se font en présence de l'adolescent et avec son accord : éducateur référent, responsable d'institution, surveillant pénitentiaire. Les projets de réinsertion sont portés exclusivement par les travailleurs sociaux du SPIP en lien avec les éducateurs de la PJJ. Ce choix a pour but de

[123]Ibid
[103]Ibid
[66]Ibid
[123]Ibid
[63]Ibid
[137]Ibid

renforcer l'alliance thérapeutique entre le mineur et l'équipe psychiatrique, mais c'est surtout un rappel aux limites concernant l'intervention de la psychiatrie à l'égard de l'individu et de l'institution.

§4. Le suivi en post-carcéral

Des mineurs, en nombre non négligeable, ont besoin, à leur libération d'un suivi psychologique et éducatif, voire d'un traitement psychiatrique. En attendant le passage de relais à une structure de soins de droit commun, se pose le problème du lieu de suivi post-carcéral. Il est difficile de trouver des structures adéquates pour les accueillir à la sortie, adaptées à ces jeunes trop vite dits « inclassables », structures mêlant en des proportions variables selon les besoins de chacun, le médical, l'éducatif et la formation professionnelle.[63]

§5. Le Programme de Renforcement Educatif et Psychologique Avant la Sortie (PREPAS)

Le Programme de Renforcement Educatif et Psychologique Avant la Sortie met en avant les possibilités d'intégration des thérapeutiques groupales dans des projets de prise en charge très structurés et permettant des objectifs ambitieux. En 1993, le SMPR de Loos-lès-Lille[63] a élaboré et proposé le projet de mise en oeuvre, au bénéfice des personnes incarcérées mineures ou jeunes adultes, après une évaluation pluridisciplinaire polyvalente, approfondie, d'un accompagnement éducatif et d'un suivi psychologique intensif, personnalisés mais en groupe restreint, pendant les deux mois précédant la libération, sous la forme de modules intégrés et coordonnés, animés par une équipe permanente, avec le concours de partenaires institutionnels invités. Le Programme de Renforcement Educatif et Psychologique Avant la Sortie est une initiative utile, voire nécessaire, dont le rapport bénéfice-coût serait très intéressant à court, moyen et même, sans aucun doute, à long terme : renforcer les ressources personnelles des personnes incarcérées, mineurs ou jeunes adultes, permet de réduire le risque d'évolution péjorative de la personnalité et des comportements et donc de prévenir la rechute pathologique et la récidive pénale.

[63]Ibid
[63]Ibid

Ce programme est une action pluridisciplinaire et pluripartenariale. Il vise à donner du sens, à privilégier la construction de liens positifs, à renforcer les ressources personnelles du sujet, à donner une signification à la notion d'autorité, ferme et bienveillante, pour que la volonté d'indiquer les limites et de sanctionner ne se heurte pas à une absence d'introjection, de perspectives et d'espérance.

Les mineurs et les jeunes adultes incarcérés connaissent dans la plupart des cas des échecs multiples précoces. Ils ont connu pour la quasi-totalité d'entre eux des antécédents judiciaires divers, des prises en charge nombreuses et variées et sont passés par différentes institutions d'accueil, en dehors de ceux qui sont écroués pour un acte unique et grave. La détention apparaît souvent comme la décision d'un juge à court de solutions : ultime recours pour marquer des limites et se donner le temps de réponses sociales plus adaptées, plus efficaces et plus durables. Si la loi pénale n'est pas thérapeutique en soi, surtout lorsqu'elle oriente vers les quartiers mineurs de prison, l'incarcération peut être l'occasion d'une action psychologique et éducative cohérente pour aborder le jeune à la fois dans son individualité et dans sa globalité.

Les bénéficiaires du projet sont des mineurs incarcérés ou de jeunes adultes volontaires de préférence, à l'approche de leur libération. Le programme de renforcement éducatif et psychologique varie selon les besoins et les possibilités des personnes incarcérées, de six à huit semaines. Ce programme comprend douze modules intégrés et coordonnés, animés par une équipe permanente (deux psychologues, une infirmière, un travailleur social) avec la participation de partenaires extérieurs au milieu carcéral ou qui y interviennent (SPIP, CSST, SMPR, PJJ, personnels pénitentiaires...).

Les modules sont les suivants :

-- acquisition et développement de l'assertivité ;

-- travail de groupe, dynamique de groupe ;

-- groupe de parole ;

-- atelier « musique, relaxation, expression » ;

-- suivi psychothérapeutique individuel ;

-- séance collective socio-éducative ;

-- promotion de la santé, éducation pour la santé ;

-- sport ;

-- vie sociale, citoyenneté ;

-- jeux de rôle ;

-- atelier d'écriture ;

-- démarche individuelle auprès des structures extérieures.

Ces modules sont complétés par des accueils spécialisés, des bilans d'évaluation orientés vers la réinsertion, des interventions auprès des familles et la préparation éventuelle d'un suivi post-carcéral et du passage de relais aux structures en aval.

Au final, la présence renforcée des psychiatres, dans la réflexion institutionnelle pour donner du sens aussi bien à la signification de la loi qu'aux limites de la prise en charge pédagogique, apparaît intéressante et appréciée[84]. Le dispositif de soins psychiatriques aux personnes incarcérées mineures doit être renforcé quantitativement en terme de personnel et développé dans ses orientations cliniques et thérapeutiques tout en poursuivant une dynamique de recherche [137]. Il est indispensable :

-- d'augmenter la disponibilité des soignants au moment de l'accueil individuel afin de favoriser une rencontre rapide avec chaque arrivant et un temps effectif d'évaluation clinique ;

-- de mettre en place des entretiens familiaux ou des rencontres avec les proches du mineur dans une perspective d'analyse contextuelle de l'incarcération ;

-- de renforcer la prise en charge clinique pendant l'incarcération (consultations plus fréquentes), de développer un travail non rythmé par les manifestations symptomatiques, avec des entretiens formalisés ou des rencontres plus ouvertes ;

-- de mettre en place des activités de groupes : groupe thérapeutique, groupe de parole, groupe d'activités artistiques ou de médiation ;

-- de développer une activité dite « d'équipe mobile » pour le suivi post-pénal au moment de la libération, et d'un accompagnement/étayage extra-carcéral avant la prise en charge par une autre équipe du champ sanitaire.

La psychiatrie auprès des mineurs incarcérés doit tenir sa place, en collaboration autant que possible avec les institutions et les intervenants impliqués dans leur protection judiciaire, dans leur éducation, dans leur insertion socioprofessionnelle, dans le suivi probatoire après leur libération, dans leur orientation et dans leur hébergement selon les cas.[63] Nous espérons que les soignants psychiatriques seront interpellés pour la création des huit futurs Etablissements Pénitentiaires pour Mineurs (EPM) ; une présence renforcée de psychologues, enseignants et éducateurs, des activités encadrées et un contact entre l'administration pénitentiaire et les parents des détenus sont déjà prévus. Les EPM devraient pouvoir répondre aux spécificités de la prise en charge de la population mineure.

---

[84]Ibid
[137]Ibid
[63]Ibid

Section 4. La population carcérale féminine

Les 68 établissements qui accueillent des femmes se composent de 59 maisons d'arrêt, 6 centres de semi-liberté et 3 établissements pour peine. Au 1er janvier 2001, 1738 femmes étaient incarcérées. Le taux de féminité de la population carcérale était de 3,6%.

Nous retrouvons peu d'intérêt accordé à la prise en charge des femmes dans les rapports d'activité des dispositifs de soins en santé mentale en milieu carcéral, ainsi que dans le questionnaire adressé aux psychiatres intervenant en prison.

Pourtant les femmes incarcérées sont en moyenne plus demandeuses de soins psychiatriques que les hommes. Actuellement les femmes incarcérées présentant des troubles psychiatriques souffrent d'une injustice insupportable : les mêmes troubles étant pris en charge dans des conditions nettement meilleures s'ils touchent des hommes emprisonnés ; cette situation devrait susciter la mobilisation de tous ceux qui sont attentifs au respect du droit des femmes et à l'égalité des droits entre hommes et femmes.[63]

Les femmes incarcérées qui se trouvent en état d'aliénation mentale, au sens de l'article D.398 sont, comme les hommes, transférées dans un service hospitalier de psychiatrie générale. Celles qui souffrent de troubles psychiatriques authentiques, mais non assimilables à une aliénation mentale et nécessitant une surveillance, une prise en charge et des soins continus en milieu carcéral, en sont privées ou sont, elles aussi, hospitalisées d'office. Il n'est pas rare qu'elles se retrouvent, faute d'un autre lieu plus adapté, placées dans une cellule de punition, uniquement pour un motif psychiatrique, situation qui devrait émouvoir les décideurs, soucieux du respect des droits humains fondamentaux.

Dans la plupart des lieux de détention pour femmes existent des cellules appropriées pour permettre à des mères de garder leur enfant en bas âge. Cette situation est autorisée et régie par les articles D.400 et D.401 du Code de Procédure Pénale, modifiés par le décret N°98-1099 du 8 décembre 1998, détaillée dans la circulaire JUSE9940062C du 16 août 1999. Il faut préciser que les modes de vie proposés aux enfants sont différents d'un établissement à l'autre: certaines femmes étant encouragées à travailler ou à suivre des activités de formation pendant que leur enfant est pris en charge à l'intérieur ou à l'extérieur de la prison, alors que dans d'autres établissements les détenues sont largement confinées dans leur rôle de mère. 25 établissements pénitentiaires accueillent 66 mères et leur enfant âgé de moins de 18 mois :

[63]Ibid

22 maisons d'arrêt (dont 6 dans les DOM-TOM) et 3 centres de détention. Cette limite d'âge à 18 mois a été adoptée en 1946 ; auparavant, les enfants pouvaient demeurer jusqu'à l'âge de 4 ans auprès de leur mère (décret-loi de 1923). Deux maisons d'arrêt disposent d'une "nursery" : Fleury-Mérogis et Montluc. La nursery de Fleury-Mérogis a été mise en place en 1977. La maison d'arrêt de Fleury-Mérogis a le plus grand nombre de places « mère-enfant » soit 13, devant le centre pénitentiaire des Baumettes qui en possède 8. Le SMPR de Fleury-Mérogis met en place dès 1984 des groupes de paroles avec les jeunes mamans. Le centre pénitentiaire de Marseille comprend un espace "mères-enfants" aménagé pour les visites des enfants à leur mère incarcérée. Cet espace permet aux mères de rencontrer leurs enfants pour des visites d'une durée de 2 h 30, contre une demi-heure dans les parloirs ordinaires. Un travail remarquable mais difficile et complexe est réalisé pour que l'évolution de ces enfants ainsi que la relation mère-enfant se déroulent correctement en milieu carcéral. Il est réalisé par une équipe multipartenariale impliquant l'équipe de soins psychiatriques, les services de pédiatrie, les services sociaux à l'enfance, les services pénitentiaires, et diverses associations auprès des parents incarcérés et des enfants de parents incarcérés. La présence régulière et en nombre de nourrissons auprès de leur mère incarcérée a conduit l'équipe psychiatrique de Marseille à assurer un travail de guidance auprès des mères, à travailler en étroite relation avec le relais enfants-parents et à participer à des réunions multipartenariales bimestrielles[83].

Le milieu carcéral amène l'enfant et la mère à vivre dans un espace restreint et à se côtoyer sans interruption. Pour permettre un bon développement de l'enfant, il est nécessaire qu'il soit pris en charge progressivement en crèche durant la journée. Ces crèches sont souvent situées à l'extérieur de la prison ce qui demande des montages complexes pour l'équipe multipartenariale. Quand l'enfant commence à marcher, le milieu carcéral n'est plus approprié pour lui ; la séparation doit donc se préparer pour éviter une rupture trop brutale entre l'enfant et la mère.

Malheureusement nous constatons qu'aucun des psychiatres interrogés considère la prise en charge psychiatrique des femmes incarcérées comme une des priorités des soins en milieu carcéral. Un effort particulier doit être mené pour développer les soins apportés par le dispositif de soins en santé mentale à la population carcérale féminine.

[83]Ibid

Section 5. Les personnes en crise suicidaire

Tableau I.

QUELLES SONT, SELON VOUS, LES PRIORITES ACTUELLES DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL ?	
La prévention du suicide	36.5%

Les psychiatres interrogés considèrent la prévention du suicide comme une des premières priorités des soins psychiatriques en milieu carcéral. La prévention du suicide est une priorité d'ordre national. Le suicide en prison représente 1% de l'ensemble des décès par suicide. Le nombre de suicides survenus en détention a considérablement augmenté en vingt ans. La mortalité par suicide a été en constante augmentation jusqu'en 1996 où il y eut 138 suicides durant cette année dans les prisons françaises[138]. Les équipes soignantes ont pu mesurer combien elles étaient démunies par rapport à une partie des facteurs suicidogènes qui ne relèvent pas nécessairement de troubles psychiques[100]. Il n'en reste pas moins vrai que la création des SMPR et des UCSA devrait contribuer à abaisser la fréquence du geste suicidaire en milieu carcéral[139].

Plusieurs circulaires ont vu le jour afin d'organiser, sur la base de nombreux rapports, réflexions et études, les axes principaux de la prévention de suicide. Récemment, de nouvelles réflexions ont été engagées, notamment en relation avec « la stratégie nationale d'actions face au suicide pour 2000-2005 » lancée par le Ministère de la Santé. Le Ministère de la Justice et le Ministère de la Santé ont missionné le Pr Jean-Louis Terra, durant l'année 2003 pour évaluer les actions mises en place jusqu'à présent et pour proposer des éléments permettant de conduire le développement d'un programme complet de prévention du suicide en milieu carcéral. Le rapport « Prévention du suicide des personnes détenues, évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention » a été rendu en décembre 2003.

Le taux de suicide en prison a globalement progressé sur les 20 dernières années [104]:

- 10 suicides /10000 détenus en 1980
- 24 suicides /10000 détenus en 1999

[138]Bénézech M. Le suicide et sa prévention dans les prisons françaises. Annales médico-psychologiques 1999 ; 157 : 561-567.
[100]Ibid
[139]Moron P. Le suicide en milieu pénitentiaire. Annales médico-psychologiques 2004 ; 162 ; 8 : 672-675.
[104]Ibid

- 21.6 suicides /10000 détenus en 2001
- 22.8 suicides /10000 détenus en 2002.

Le coefficient de sursuicidité en milieu carcéral, par rapport à la population générale, varie entre 4.1 et 24 en Europe. En France, il est autour de 12. Il y eut 122 suicides en 2002, soit un taux de suicide de 22,8 pour 10 000 personnes incarcérées en 2002, pratiquement le chiffre donné pour la population française à cette époque pour 100 000 habitants (ratio de 10)[139]. Une autopsie est effectuée systématiquement lors de chaque décès en prison. Les statistiques sur le suicide en milieu carcéral sont donc plus fiables que dans la population générale. La prévention du suicide doit prendre en compte la multiplicité des causes, la personnalité des personnes incarcérées et le contexte du milieu carcéral [138]. Le suicide a lieu le plus souvent durant la nuit ou au cours de la promenade, dans la cellule. Si le geste a lieu en présence des co-détenus, c'est essentiellement la nuit, pendant leur sommeil. 10% des suicides ont lieu au quartier disciplinaire (QD). Le placement au QD en prévention et la durée de la sanction supérieure à 30 jours sont des facteurs précipitant le passage à l'acte. Le mode de suicide le plus utilisé est la pendaison (dans 90% des cas). Les intoxications médicamenteuses volontaires diminuent et représentent 3% des suicides (nécessité de précautions pour éviter le stockage). Le taux de suicide croit avec l'âge. Le taux de suicide des moins de 18 ans est élevé, 20 fois supérieur au taux moyen de cette tranche d'âge dans la population générale. Il serait important de savoir si en France les taux de suicide sont aussi proches entre les personnes en liberté surveillée ou affectées aux travaux d'intérêt général et les personnes détenues.

Le taux de suicide des personnes en attente de jugement (les prévenus) s'élève à 33.2/10000 alors qu'il est de 18.3/10000 pour les personnes condamnées. L'imminence et l'appréhension du jugement avec l'incertitude de la durée de la peine sont des facteurs déclenchants du passage à l'acte. Les prévenus en procédure criminelle et les condamnés à une peine supérieure à 20 ans, ou à la réclusion criminelle à perpétuité, ont un risque plus élevé de suicide.

Les situations de fragilité liées aux événements de vie sont :

- Les séparations ;
- L'éloignement familial avec un sentiment d'abandon ;
- L'isolement (absence de visites, absence de correspondance) ;
- La rupture sociale avec le statut antérieur.

---

[139]Ibid
[138]Ibid

Les événements judiciaires et de la vie pénitentiaire majorant le risque de suicide sont :

- L'incarcération avec le « choc carcéral » ;
- La nature de l'infraction ;
- L'approche du jugement ;
- La condamnation avec le « choc de la condamnation » ;
- L'approche de la libération ;
- Les transferts incompris, disciplinaires, ou de « désencombrement » ;
- Le refus d'aménagement de la peine, la résurgence d'une ancienne affaire.

L'emprisonnement réduit dans le même temps les exutoires des détenus à leurs problèmes. Il leur est notamment plus difficile, voire impossible, de se procurer de la drogue ou de l'alcool.
Les questions de l'évaluation de la vulnérabilité des personnes détenues et du repérage du risque suicidaire sont essentielles.
La connaissance du processus suicidaire est importante pour entreprendre la prévention du suicide et construire un dispositif adapté. Plusieurs faits méritent d'être rappelés :

- la crise suicidaire débute lorsque le suicide devient une solution face à la souffrance ;
- la crise a des étapes identifiables qui définissent le degré d'urgence ;
- elle a une durée moyenne de 6 à 8 semaines, elle peut se développer plus rapidement chez les personnes qui sont fragilisées par une maladie mentale et/ou en cas d'antécédents de tentative de suicide ;
- les personnes font en général tout pour éviter d'en arriver jusqu'à l'exécution de leur intention ;
- de ce fait la crise est un équilibre « métastable », réversible jusqu'au dernier instant, les personnes appelant souvent au secours quand leur geste n'est pas immédiatement mortel.

Le repérage suicidaire et l'accompagnement d'un détenu suicidaire sont une œuvre collective.

L'analyse effectuée par le Pr. J-L. Terra aboutit à la rédaction de 17 recommandations pour lutter contre le suicide en milieu carcéral[104] :

1. un objectif national ;
2. la formation à l'intervention de crise ;
3. améliorer le dépistage et le traitement de la dépression ;
4. les personnes détenues en crise suicidaire ne doivent pas être placées au quartier disciplinaire ;

[104]Ibid

5. un système documentaire partagé est à mettre en place pour évaluer le potentiel suicidaire et définir les actions à entreprendre ;
6. la surveillance spéciale pour risque de suicide doit être complétée dans tous les cas d'actions de protection et de soins où le détenu est un acteur de sa protection ;
7. la prévention est une oeuvre collective où chacun peut et doit jouer des rôles différenciés ;
8. mettre en place un cadre de détention qui préserve la dignité du détenu et favorise la détection des personnes suicidaires ;
9. réduire l'accès aux moyens de suicide ;
10. augmenter les possibilités de surveillance ;
11. la période après le suicide : les actions de postvention ;
12. des groupes d'analyse de la morbidité et de la mortalité sont à mettre en place dans les établissements de santé psychiatriques ;
13. améliorer le traitement des troubles psychiques ;
14. introduire une dynamique d'amélioration continue des soins psychiatriques dans les UCSA et les SMPR ;
15. développer la promotion de la santé physique et mentale ;
16. le rôle des médias ;
17. améliorer l'analyse des décès par suicide au niveau des établissements et de la commission centrale de suivi des actes suicidaires en milieu carcéral.

La recommandation n°5 pour laquelle le Pr. J-L. Terra soutient l'intérêt d'un document commun ouvert dès la décision d'incarcération et durant toute l'incarcération de la personne, qui contiendrait l'ensemble des informations récoltées par les différents partenaires sociaux, médicaux, pénitentiaires et judiciaires, n'a pas été retenue ; elle ne respecte pas les problématiques éthiques et déontologiques des soignants, et ne prend pas assez en compte les difficultés du milieu carcéral. la majorité des recommandations concerne directement des actions qui dépendent de l'Administration Pénitentiaire. Les soignants psychiatriques sont des partenaires dans la prévention du suicide mais ils n'en sont pas le pivot central. Selon le nouveau guide méthodologique, toute initiative doit être prise pour aider la personne en crise suicidaire à surmonter cette crise : accompagnement renforcé, parloirs prolongés, assistance socio-éducative, offre d'activités (travail, formation, sport, ateliers culturels, activités socio-éducatives). Ces actions renforcent l'idée que la crise suicidaire ne relève pas tant d'une prise en charge psychiatrique que des actions menées par tous les autres partenaires.

L'ensemble des équipes soignantes en psychiatrie se préoccupe de la problématique du suicide en prison. Chaque équipe s'y investit selon les moyens dont elle dispose. Deux axes d'action se dégagent. Le premier axe est le travail que l'équipe effectue tout d'abord auprès de la personne incarcérée en détectant à l'entrée des facteurs de vulnérabilité, puis dans le suivi apporté auprès des personnes à risque, l'intervention auprès des personnes en crise suicidaire, la prise en charge des pathologies psychiatriques sources de suicide tel les états dépressifs majeurs, les états délirants, les maladies dysthymiques. Il s'agit de permettre aux

personnes repérées comme présentant des conduites auto-agressives ou une crise suicidaire d'accéder au plus vite au dispositif de soins général ou spécialisé. Un suivi de proximité pourra alors être proposé aux patients détenus avec, si besoin, des entretiens de soutien et un traitement quotidien au service médical.[57] Le deuxième axe est l'intégration dans un travail multipartenarial avec l'Administration Pénitentiaire, le SPIP, l'UCSA et les intervenants en milieu carcéral pour un travail de réflexion sur les facteurs suicidogènes en lien avec le milieu en général et sur les personnes repérées comme étant en crise suicidaire, pour permettre la mise en place de protections efficaces. Ce travail doit être effectué dans chaque établissement pénitentiaire depuis la création de la Commission de Prévention du Suicide par la circulaire conjointe du Garde des Sceaux et du Ministre délégué à la Santé du 26 avril 2002. Cette circulaire vient compléter et renforcer la circulaire du 29 mai 1998 sur la question du suicide en prison autour de cinq axes : le développement des actions de formation ciblées, l'amélioration du repérage du risque suicidaire en détention, le soutien aux personnes, l'amélioration des limites des conséquences d'un passage à l'acte et l'amélioration du suivi des actes suicidaires et de l'application du dispositif de prévention du suicide.

Il s'agit pour l'ensemble des partenaires (surveillants et cadres de l'Administration Pénitentiaire, conseillers d'insertion et de probation...) de repérer les facteurs de risques psychosociaux, les moments critiques traversés par la personne incarcérée lors de son incarcération, les événements de vie et tout autre élément pouvant devenir un facteur de risque d'un passage à l'acte suicidaire. L'approche reste centrée sur la personne, mais en étroite relation avec l'analyse des éléments du contexte.[57] Les évaluations doivent donc être rapides, les interventions de crise spécifiques, et la communication fluide entre les services afin de mettre en place des réponses adaptées à chaque niveau : pénitentiaire, sanitaire et social. La grille d'aide au signalement (circulaire du 26 avril 2002) des personnes incarcérées présentant un risque suicidaire est encore trop peu utilisée. Le quartier arrivants à développer dans l'ensemble des établissements pénitentiaires ainsi que la communication et la bonne gestion avec les différents partenaires de la liste des personnes incarcérées placées sous surveillance spéciale pour risque suicidaire sont des outils indispensables dans la prévention du suicide.

La formation des personnels, la sensibilisation des acteurs, les rencontres pluri-professionnelles et les procédures de signalements sont actuellement travaillées dans les différentes maisons d'arrêt et centres de détention afin d'optimiser la prise en charge et la prévention des conduites suicidaires, dans le respect de la spécificité de chaque intervenant.

---

[57]Ibid

[57]Ibid

Conformément aux circulaires Justice/Santé du 26 avril 2002 et Santé des 29 avril 2002 et 16 juillet 2003, les sessions de formations pluridisciplinaires, au repérage et à la gestion de la crise suicidaire, organisées par la DRASS et menées par des binômes de formateurs ont débutées en 2004. Les formateurs recrutés sont des psychiatres, des psychologues des SMPR, des psychologues des SPIP, ayant reçu une formation nationale. L'objectif est de former des personnes ressources sur les plans régional et local.

Le SMPR de Fresnes a mis en place une unité d'accueil et de soins des patients suicidaires, permettant la surveillance vingt-quatre heures sur vingt-quatre des personnes hospitalisées (six lits)[122].

Au SMPR de Bois-d'Arcy, un travail autour de l'amélioration de la prévention du risque suicidaire a été débuté, avec notamment [123]:

-- l'instauration de réunions pluridisciplinaires mensuelles SMPR / UCSA / personnel pénitentiaire ;

-- l'amélioration des signalements aux services médicaux, et en particulier au SMPR, de tout comportement auto-agressif afin qu'une évaluation puisse avoir lieu dans les meilleurs délais.

Au SMPR de Nantes, en cas de suicide, il est fait une proposition systématique d'aide et de soutien aux codétenus dans un objectif de postvention[101].

P. Lamothe, chef du SMPR de Lyon soulève une réflexion difficile sur le respect de la liberté du patient en l'absence de tout trouble psychologique ou psychiatrique qui suppose qu'il ait aussi parfois la liberté de refuser le désir de vivre qu'on a pour lui[84].

La prévention du suicide en milieu carcéral passe d'abord par une logique globale de mise à niveau de l'environnement et des conditions de détention de la personne détenue ; il s'agit de favoriser le maintien de la santé mentale, les actions de promotion de la santé et d'éducation pour la santé initiées par les acteurs sanitaires et pénitentiaires contribuant aussi à la restauration de la santé mentale (Le nouveau guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues officialisé début 2005).

---

[122]Ibid
[123]Ibid
[101]Ibid
[84]Ibid

Chapitre 6. Les SMPR

Section 1. Généralités

Les SMPR représentent la prise en charge de 40% de la population pénale française sur le plan des soins en santé mentale[68].

Leurs missions, définies par l'arrêté du 14 décembre 1986, sont rappelées ici[37] :
-- le dépistage des troubles psychologiques et psychiatriques, la prise en charge des traitements psychiatriques ;
-- les suivis psychiatriques et psychologiques de la population en post-pénal ;
-- la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie ;
-- la coordination des soins vis-à-vis des établissements pénitentiaires qui leur sont rattachés.

Les SMPR sont installés dans 26 établissements pénitentiaires[37] :
-- quatre en région parisienne : Bois d'Arcy, Fleury-Mérogis, Fresnes et la Santé ;
-- dix-neuf à Amiens, Bordeaux, Caen, Châteauroux, Chalons-en-Champagne, Dijon, Grenoble, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Nantes, Nice, Perpignan, Poitiers, Rennes, Rouen, Strasbourg, Toulouse ;
-- trois dans les départements d'outre-mer : la Réunion, la Martinique et la Guadeloupe.
Trois régions sont dépourvues de SMPR [50]: l'Auvergne, la Franche-Comté et le Limousin, ainsi qu'un Département d'Outre-Mer, la Guyane. En Guyane, il existe une "unité de psychiatrie intra-carcérale"[140]. Au centre pénitentiaire de Nouméa fonctionne une Unité Médico-Psychologique (UMP) équivalant à un SMPR métropolitain[95].
Cinq SMPR disposent de quatre-vingt treize places d'hospitalisation de jour. Onze SMPR comptent une ou plusieurs antennes implantées dans d'autres établissements de la région pénitentiaire. Enfin, dix-sept ont mis en place un Centre Spécialisé de Soins aux

[68]Ibid
[37]Ibid
[37]Ibid
[50]Ibid
[140]David M. La place des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) dans le dispositif de soins aux détenus : leur application en Guadeloupe. L'Information Psychiatrique avril 2004 ; 80 ;4 : 295-301.
[95]Ibid

Toxicomanes.[64]

Les locaux des SMPR sont relativement individualisés et séparés des lieux habituels de détention. Ils sont souvent à proximité de l'UCSA, et partagent parfois une partie des locaux. Les SMPR situés en centre pénitentiaire ou dans des maisons d'arrêt récentes disposent de structures de soins nettement plus confortables et utilisables que les SMPR situés dans des maisons d'arrêt exiguës et anciennes. Pour un SMPR de 22 lits (11 cellules), comme le SMPR de Loos-lès-Lille[21], il existe deux chambres dites de sécurité, une salle de soins, trois salles d'activité, le secrétariat et les bureaux du chef de service et des psychiatres, des psychologues, de l'assistante sociale et du cadre infirmier. Le SMPR partage sa salle de soins avec l'infirmerie.

Section 2. L'hospitalisation en SMPR

La question de l'hospitalisation psychiatrique des personnes incarcérées apparaît particulièrement cruciale. L'hospitalisation est un outil de soins pertinent, étant bien entendu, qu'elle ne représente qu'un aspect de la prise en charge psychiatrique et que, à cet égard, le développement des soins ambulatoires est un corollaire indispensable à toute évolution du dispositif. Même s'il est évident qu'un consentement se travaille, la notion de consentement requis est un axe éthique majeur du travail en prison et l'hospitalisation en SMPR se doit d'être librement consentie par le patient.[55]
De grandes divergences existent dans les critères et modalités d'admission et de fonctionnement laissés à la libre appréciation clinique des psychiatres des SMPR[141].

§1. Le nombre de lits

La capacité des 26 SMPR est de 412 lits installés[68]. Le nombre de places dans les SMPR est dramatiquement insuffisant, d'autant que les places théoriques sont calculées avec un ratio de

[64]Ibid
[21]Ibid
[55]Ibid
[141]Bénézech M, Lamothe P, Senon J-L. Psychiatrie en milieu carcéral. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, psychiatrie 1990 ; 37 889 A 10,11 : 6.

cellules occupées par deux patients qui ne peut pas toujours être respecté. Quand les nécessités de la prise en compte de l'agressivité, du caractère envahissant et pénible de tel ou tel patient ou de la nécessité de son isolement judiciaire du fait de la nature de son crime amènent à isoler des patients, la capacité pratique des SMPR chute et de fait, tout au long de l'année, il y a pratiquement nécessité de faire sortir un patient pour en admettre un autre.[84]

Le nombre de lits par SMPR varie de 0 à 43 [68]:

-- 4 SMPR n'ont aucun lit ;
-- 1 SMPR a 5 lits ;
-- 1 SMPR a 6 lits ;
-- 2 SMPR ont 8 lits ;
-- 2 SMPR ont 12 lits ;
-- 1 SMPR a 13 lits ;
-- 2 SMPR ont 15 lits ;
-- 1 SMPR a 16 lits ;
-- 1 SMPR a 18 lits ;
-- 3 SMPR ont 20 lits ;
-- 1 SMPR a 22 lits ;
-- 2 SMPR ont 24 lits ;
-- 2 SMPR ont 25 lits ;
-- 1 SMPR a 29 lits ;
-- 1 SMPR a 32 lits ;
-- 1 SMPR a 43 lits.

§2. Le délai avant l'hospitalisation

Les équipes soignantes des SMPR essaient d'assurer l'accueil des patients nécessitant une hospitalisation dans leur structure le plus rapidement possible. Ce délai varie de 24 heures à quelques jours. Souvent il dépend plus de l'Administration Pénitentiaire que du SMPR : les accueils de personnes incarcérées dans un établissement différent nécessitent l'organisation

[68]Ibid
[84]Ibid
[68]Ibid

d'un transfert entre deux établissements pénitentiaires. Un tel transfert peut être délicat du fait de son organisation, du statut de la personne incarcérée, et de l'accord du juge d'instruction si la personne est en cours d'instruction… L'hospitalisation d'une personne incarcérée dans l'établissement où se situe le SMPR se fera bien plus rapidement. Le SMPR de Nantes[101] parvient à hospitaliser immédiatement une personne provenant de son établissement et nécessitant une hospitalisation urgente ; l'Administration Pénitentiaire locale facilite l'exécution de cette décision médicale.

§3. Le taux d'occupation des lits

En 2001, le taux d'occupation moyen des lits de SMPR était de 69%. Ce taux d'occupation moyen recouvre d'importantes disparités allant de 0 à 100%.[68]

En 2003, le taux d'occupation selon les SMPR est de :

- 62% à Grenoble[67] ;
- 74,49% à Marseille[83] ;
- 85% à Fresnes[142] ;
- 85% à Toulouse[111] ;
- 85% à Nantes[101] ;
- 88,15% à Lyon[84].

La moyenne des taux d'occupation de ces six SMPR est de 80% en 2003. Le fonctionnement de l'hospitalisation de ces SMPR ne pose pas de problème actuellement. Ceci écarte les SMPR qui n'ont pas de lit, ou ceux qui ont des lits mais dont le fonctionnement de l'hospitalisation est problématique ou impossible du fait de problèmes soit en lien avec l'établissement pénitentiaire soit en lien avec une restructuration de l'équipe soignante.

---

[101]Ibid
[68]Ibid
[67]Ibid
[83]Ibid
[142]Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Fresnes 2003.
[111]Ibid
[101]Ibid
[84]Ibid

En réalité, il faut considérer que les SMPR n'ayant pas de difficulté pour les hospitalisations, approchent les 100% de taux d'occupation à l'année car une partie importante des personnes incarcérées hospitalisées nécessitent l'occupation seule d'une cellule à deux lits.

§4. Le temps d'hospitalisation

La durée moyenne de séjour est très variable d'un SMPR à l'autre et peu représentative des entrées et des sorties de patients des SMPR. Certains patients ne séjournent que quelques jours à quelques semaines dans un contexte de crise aiguë, d'autres peuvent séjourner des mois, voire plus d'un an, lorsqu'il s'agit de pathologies psychiatriques graves mal stabilisées ou non stabilisables.

En 2003, la durée moyenne de séjour a été de :

- 34 jours à Marseille[83] ;
- 54 jours à Bordeaux[110] ;
- 75 jours à Toulouse[111] ;
- 80,5 jours à Fresnes[142] ;
- 178 jours à Grenoble[67].

Pour ces 5 établissements, la durée moyenne de séjour en SMPR est de 84,3 jours.

§5. La provenance des personnes « hospitalisées en SMPR »

Le recrutement régional des SMPR, déjà limité, régresse : le nombre total de transfert de personnes incarcérées vers leur SMPR de rattachement est ainsi passé de 579 en 1997 à 417 en 1998 et à 317 en 1999 ; nombre très faible si on le rapproche du pourcentage de personnes incarcérées présentant des troubles mentaux dans les établissements dépourvus de SMPR.

---

[83]Ibid
[110]Ibid
[111]Ibid
[142]Ibid
[67]Ibid

Certains SMPR essaient de jouer leur rôle d'accueil régional : les SMPR des Baumettes, de Lyon, de Caen ou de Fresnes accueillent des personnes incarcérées malades des maisons d'arrêt ou des centres de détention de la région, dans la limite de leurs possibilités. Mais le SMPR de Bordeaux, par exemple, revendique le droit de ne pas accepter de malades mentaux venant d'autres établissements au motif de ne pas stresser davantage les malades en les coupant de leurs liens familiaux.[50]

La part de la population prise en charge en hospitalisation en SMPR en provenance de l'établissement où se situe le SMPR est de :

- 15,5% en 2001 puis 30% en 2002 au SMPR de Nantes[143] ;
- 44% au SMPR de Grenoble en 2003[67] ;
- 64% au SMPR de Marseille en 2003[83];
- 90% au SMPR de Dijon en 2003[144] ;
- 92% au SMPR de Bordeaux en 2003[110].

On peut penser que l'Administration Pénitentiaire affecte de façon dirigée dans les établissements pénitentiaires où se situent les SMPR des personnes incarcérées en grande difficulté et cela afin qu'elles soient prises en charge par l'équipe du SMPR. Ceci a été noté par le SMPR de Poitiers et semble être de plus en plus fréquent[62].

Dans les faits, les établissements dépourvus de SMPR se plaignent d'être peu aidés. Selon les responsables de ces établissements, le SMPR de rattachement de la maison centrale de Poissy, Bois-d'Arcy, n'a jamais assuré de prestations pour les malades mentaux de cet établissement ; le SMPR d'Amiens n'apporte pas d'aide à Château Thierry ; le SMPR de Nice est trop éloigné de la maison d'arrêt de Borgo ou du centre de détention de Casabianda (Corse) pour leur apporter un réel soutien.[50]
Les SMPR prennent d'abord en charge les personnes incarcérées malades de leur établissement, aux dépens de celles des autres établissements.

---

[50]Ibid
[143]Rapport d'activité du SMPR du centre pénitentiaire de Nantes 2001/2002.
[67]Ibid
[83]Ibid
[144]Rapport du SMPR de la maison d'arrêt de Dijon 2003.
[110]Ibid
[62]Ibid
[50]Ibid

§6. L'illusion de l'hospitalisation à temps complet

Le SMPR est une enclave dans la détention où se côtoient personnel soignant et personnel pénitentiaire et où se décline un projet de soins dans un régime de vie pénitentiaire, pour des détenus patients (détenus avant d'être patients)[145]. Les hospitalisations en SMPR ne sont pas des hospitalisations au sens sanitaire habituel du terme : il s'agit d'un hébergement spécifique dans des locaux individualisés au sein de la prison avec une prise en charge sanitaire effectuée par une équipe psychiatrique pluridisciplinaire présente à temps partiel, rarement à temps plein (Marseille et Fresnes) [55]. Les dites « chambres » sont analogues aux cellules de détention[101]. Il n'y a pas d'agent de service hospitalier[50]. Curieusement, le forfait hospitalier s'y applique, alors que l'Administration Pénitentiaire fournit chichement gîte et couvert. On comprendra facilement que les conditions matérielles et réglementaires pèsent lourdement sur la qualité et la nature de la prestation psychiatrique.[145]

Les SMPR ne correspondent pas aux impératifs d'un soin intensif : surveillance clinique 24 heures sur 24, traitement médicamenteux intensif avec surveillance clinique rapprochée[104]. La permanence soignante de nuit n'existe que dans deux établissements, et encore sans accès direct aux patients, et en journée les détenus passent la plus grande partie de leur temps en cellule au SMPR[42]. L'accès au détenu n'est pas constant en raison des charges qui incombent aux surveillants[104]. Il est indirect et suppose l'ouverture de la cellule par un surveillant pénitentiaire[55]. La gestion du risque suicidaire est donc peu compatible avec ce mode de prise en charge du fait de l'insuffisance de surveillances soignante et pénitentiaire la nuit et de l'isolement prolongé en cellule en journée[42]. La nuit, l'accès à un patient au SMPR en cas d'urgence demande 15 à 20 minutes au minimum, ce qui est un délai trop élevé en cas de détresse vitale[104]. Il nécessite l'intervention d'un surveillant "gradé"[145].

Devant l'augmentation spectaculaire du nombre de suicides en quelques années et la

---

[145]Beloncle M, Demeillers T, Garnier G, Giron O. L'hospitalisation psychiatrique des patients détenus : historique, enjeux et perspectives. L'Information Psychiatrique avril 2004 ; 80 ; 4 : 281-284.
[55]Ibid
[101]Ibid
[50]Ibid
[145]Ibid
[104]Ibid
[42]Ibid
[104]Ibid
[55]Ibid
[42]Ibid
[104]Ibid
[145]Ibid

médiatisation qui en a découlé, le risque suicidaire est devenu une classique contre-indication à la prise en charge en "lits" SMPR, du fait de l'impossibilité de garantir une surveillance constante.

Le terme "d'hébergement spécifique" devrait plutôt être utilisé, l'effet thérapeutique résidant surtout dans l'isolement du reste de la détention, et dans la possibilité de contacts plus fréquents et plus rapides avec l'équipe pluridisciplinaire. Ce bénéfice thérapeutique est cependant non négligeable, la détention classique restant particulièrement pathogène, notamment pour des sujets psychologiquement fragiles.

Des SMPR comme ceux de Bordeaux[110] et de Rouen[102] déplorent des difficultés en lien avec l'absence d'affectation de personnel de surveillance pénitentiaire. Les équipes de surveillance fonctionnent en effectif réduit, peuvent être absentes à certains moments de la journée, la nuit et le week-end. De telles conditions ne garantissent plus la sécurité des détenus.

A Bordeaux[110], les détenus admis pour une pathologie liée ou révélée par l'enfermement, ou peu compatible avec celui-ci, sont confinés dans leur cellule, faute d'espace approprié et pensé pour le soin. L'absence de cour de promenade, voire même de tour de promenade réservé pour les détenus admis au SMPR renforce ce confinement.

Pour remédier à l'absence de continuité des soins 24 heures sur 24, les SMPR mettent en place une astreinte médicale réalisée par les psychiatres du service. L'effectif réduit de médecins rend difficile son application. Cette astreinte ne se substitue pas bien sûr à la prise en charge des urgences gérées par le service des urgences hospitalier mais de nombreuses situations sont mieux prises en compte et apaisées par le déplacement du médecin déjà en charge des soins et qui reste juge de l'opportunité de l'intervention du service des urgences[84].

Au SMPR de Marseille[83], la permanence médicale psychiatrique pour l'unité d'hospitalisation est assurée :

-- de 8 h 30 à 18 h 30 du lundi au vendredi et de 8 h 30 à 13 h le samedi par les médecins du service ;

-- la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, par le dispositif de garde psychiatrique de l'hôpital local. Le personnel infirmier assure une permanence soignante auprès des patients hospitalisés 24 heures sur 24, 365 jours par an.

---

[110]Ibid
[102]Ibid
[110]Ibid
[84]Ibid
[83]Ibid

Pour un fonctionnement à temps complet de l'hospitalisation en SMPR, il faut repenser le soin aux personnes incarcérées par [110]:

-- une augmentation de la capacité d'accueil des lits d'hospitalisation pour répondre à la demande de l'ensemble de la région pénitentiaire dépendant du SMPR ;

-- un renforcement de l'équipe soignante avec une permanence infirmière 24 heures sur 24 ;

-- un réaménagement des locaux avec séparation du lieu d'hospitalisation et de celui de l'activité ambulatoire, ainsi qu'une adaptation des cellules à une prise en charge psychiatrique;

-- une présence de surveillants de l'Administration Pénitentiaire tous les jours de la semaine et la nuit, avec une amélioration de l'accès à la personne incarcérée en nocturne.

Section 3. La nécessité de l'organisation en Unités Fonctionnelles

Alors que les plus anciens des SMPR ont atteint l'âge de raison et que certains sont encore dans les limbes, ils apparaissent tous avoir leur originalité et leurs modalités propres d'exercice, liées aux demandes et traditions locales[146]. Mais selon le Code de la Santé Publique, l'organisation des SMPR devrait se développer en Unités fonctionnelles. L'article L.6146-1 définit les unités fonctionnelles comme les structures élémentaires de prise en charge des malades par une équipe soignante ; elles sont identifiées par leur fonction et leur organisation ; les services sont constitués d'unités fonctionnelles de même discipline, chaque unité possédant un responsable médical clairement nommé. En 2002 seuls quatorze SMPR sont constitués en unités fonctionnelles[64] ; parmi ces SMPR organisés en unités fonctionnelles, des différences notables dans le nombre d'unités et le choix de leurs fonctions existent.

Pour certains SMPR l'organisation reste simple.

A Fresnes[142], elle se fait en quatre unités :

- une unité psychiatrique de consultation (UPC) ;
- une unité psychiatrique d'hospitalisation (UPH) ;

[110]Ibid

[146]Lamothe P. A propos de l'institution idéale pour aliéné délinquant. L'information Psychiatrique février 1983 ; 59 ; 2 : 169-172.

[64]Ibid

[142]Ibid

- une unité de psychiatrie de liaison (UPL) auprès des détenus hospitalisés pour des troubles somatiques divers à l'hôpital pénitentiaire de Fresnes et auprès des urgences médico-psychologiques en détention ;
- un Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST).

Il en est de même au SMPR de Bois-d'Arcy avec quatre unités mais qui ont des fonctions différentes[123] :

- une unité « auteurs d'agressions sexuelles » ;
- une unité mineur ;
- une unité d'addictologie ;
- une unité de psychiatrie générale.

A Amiens, elle se complexifie avec sept unités[66] :

- une unité de consultation polyvalente ;
- une unité de dépistage systématique et de signalement ;
- une unité d'addiction ;
- une unité d'activités thérapeutiques ;
- une unité pour agresseurs sexuels ;
- une unité de prise en charge des mineurs ;
- une unité de consultation post-pénale.

C'est au SMPR de Loos-lès-Lille que l'on retrouve l'organisation la plus complexe, où E. Archer a développé huit unités fonctionnelles elles-mêmes découpées en unités d'activité médicale[63] :

- une unité fonctionnelle d'accueil, de consultation et de soins ambulatoires pour les hommes, composée :
  - -- d'une unité d'activité médicale (UAM) « auteurs d'agressions sexuelles » ;
  - -- d'une unité d'activité médicale d'accueil et de prévention ;
  - -- d'une unité d'activité médicale d'addictologie ;
  - -- d'une unité d'activité médicale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé ;

[123]Ibid
[66]Ibid
[63]Ibid

-- d'une unité d'activité médicale de psychiatrie générale.

- une unité fonctionnelle d'hospitalisation pour les hommes composée :

  -- d'une unité d'activité médicale « auteurs d'agressions sexuelles » ;

  -- d'une unité d'activité médicale d'addictologie ;

  -- d'une unité d'activité médicale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé ;

  -- d'une unité d'activité médicale de psychiatrie générale.

- une unité fonctionnelle de dispositif de soins psychiatriques pour les mineurs composée :

  -- d'une unité d'activité médicale « auteurs d'agressions sexuelles » ;

  -- d'une unité d'activité médicale d'accueil et de prévention ;

  -- d'une unité d'activité médicale d'addictologie ;

  -- d'une unité d'activité médicale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé ;

  -- d'une unité d'activité médicale de psychiatrie générale ;

  -- d'une unité d'activité médicale de prévention et de soins pour les enfants gardés avec leur mère incarcérée.

- une unité fonctionnelle de dispositif de soins psychiatriques pour les femmes, composée :

  -- d'une unité d'activité médicale « auteurs d'agressions sexuelles » ;

  -- d'une unité d'activité médicale d'accueil et de prévention ;

  -- d'une unité d'activité médicale d'addictologie ;

  -- d'une unité activité médicale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé ;

  -- d'une unité d'activité médicale de psychiatrie générale ;

  -- d'une unité d'activité médicale de prévention et de soins pour les enfants gardés avec leur mère incarcérée.

- une unité fonctionnelle antenne du SMPR au centre de détention de Loos, composée :

  -- d'une unité d'activité médicale « auteurs d'agressions sexuelles » ;

  -- d'une unité d'activité médicale d'accueil et de prévention ;

  -- d'une unité d'activité médicale d'addictologie ;

  -- d'une unité d'activité médicale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé ;

  -- d'une unité d'activité médicale de psychiatrie générale.

- une unité fonctionnelle Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes en milieu pénitentiaire, composée :
  - -- d'une unité d'activité médicale de promotion de la santé et d'éducation de la santé ;
  - -- d'une unité d'activité médicale de psychiatrie générale.
- une unité fonctionnelle de recherche, composée :
  - -- d'une unité d'activité médicale « auteurs d'agressions sexuelles » ;
  - -- d'une unité d'activité médicale d'accueil et de prévention ;
  - -- d'une unité d'activité médicale d'addictologie ;
  - -- d'une unité d'activité médicale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé ;
  - -- d'une unité d'activité médicale de psychiatrie générale ;
  - -- d'une unité d'activité médicale de prévention et de soins pour les enfants gardés avec leur mère incarcérée.
- une unité fonctionnelle de préparation à la sortie (UPS), composée :
  - -- d'une unité d'activité médicale d'addictologie ;
  - -- d'une unité d'activité médicale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé ;
  - -- d'une unité d'activité médicale de psychiatrie générale.

Chaque unité fonctionnelle est bien sûr dotée d'un responsable médical, chaque unité d'activité médicale l'est également.

Cette organisation en unités fonctionnelles s'impose naturellement du fait de la répartition des personnes prises en charge, des compétences particulières des professionnels en regard de la diversité des activités, mais aussi grâce aux structures administratives responsables notamment de l'origine des budgets et des cahiers des charges.

La diversité d'organisation s'explique par les choix politiques en santé mentale de chaque chef de SMPR. Ces choix sont en lien avec les objectifs du dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral sur le plan national, mais ils prennent aussi en compte les caractéristiques de la population carcérale locale de chaque établissement pénitentiaire et les possibilités selon les moyens de chaque équipe psychiatrique.

Section 4. La coordination régionale effectuée par les SMPR

Les SMPR doivent assurer un rôle de coordination régionale proposée aux équipes de psychiatrie qui interviennent dans les établissements de leur région pénitentiaire[55]. Depuis 2000 les rapports nationaux sur les soins en santé mentale en milieu carcéral reprochent à quelques SMPR de limiter leurs activités à leur établissement pénitentiaire d'implantation. Cela ne résulte pas, en général, d'un choix idéologique, d'un parti pris, ou d'une négligence, mais de nécessités de fait, liées aux ressources disponibles. Le responsable du SMPR n'oublie jamais que le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire a pour vocation principale de coordonner les prestations de santé mentale dans les dispositifs de soins en psychiatrie du secteur, de promouvoir toute réflexion et d'animer toute réunion permettant de confronter les expériences, de participer aux actions de formation et de recherche auprès des dispositifs de soins en psychiatrie du secteur et d'exercer sa double mission de coordination et de conseil technique.[63] Ce travail de coordination régionale des prestations psychiatriques délivrées à la population pénale consiste en [83]:

-- un rôle de conseiller technique auprès des équipes psychiatriques des établissements pénitentiaires de la région avec la tenue de réunions de travail périodiques ;

-- une participation active au comité de liaison où siègent les instances locales de l'établissement pénitentiaire et de l'hôpital de rattachement ;

-- une participation active au comité de coordination, lorsqu'il existe, où siègent les instances locales, départementales et régionales.

Il s'agit généralement :

-- d'évoquer les difficultés rencontrées pour aider à trouver des solutions concertées ;

-- d'aider les équipes psychiatriques à voir leurs moyens attribués et consolidés ;

-- d'harmoniser les pratiques avec l'idée d'optimiser l'accès aux soins.

Cette coordination régionale devrait prendre la forme de temps de réflexion sur les pratiques soignantes en milieu carcéral, ainsi que de rencontres de travail avec les partenaires sociaux et judiciaires[62].

Le SMPR de Toulouse[111] remplit cette mission en organisant trois réunions par an entre les équipes des Dispositifs de Soins en Psychiatrie de la région Midi-Pyrénées. Le SMPR de

[55]Ibid
[63]Ibid
[83]Ibid
[62]Ibid

Nantes organise aussi plusieurs réunions par an avec les différentes équipes des Dispositifs de Soins en Psychiatrie.
Les SMPR de Bordeaux[110] et de Rouen[147] en revanche reconnaissent leur impossibilité à pouvoir remplir cette mission.

Dans la pratique, l'action régionale des SMPR est surtout liée à l'hospitalisation des personnes incarcérées venant des établissements pénitentiaires de leur région pénitentiaire[62]. Même cette action est insuffisante. A Nantes, la prise en charge des personnes incarcérées en provenance d'établissements pénitentiaires répartis sur l'ensemble de la région Pays de Loire se fait dans un souci constant d'articulation avec les équipes psychiatriques intervenant dans ces établissements[44].

L'action de coordination et d'aide au développement du SMPR de Poitiers dans la région Poitou-Charente et la région du Limousin est un exemple intéressant. Le SMPR de la petite maison d'arrêt de Poitiers s'est d'emblée affirmé comme ayant une vocation interrégionale. Sa compétence s'étend sur une dizaine d'établissements pénitentiaires.[40] Les psychiatres du SMPR y ont favorisé le développement des consultations dans les huit maisons d'arrêt. Très vite, les secteurs d'implantation de ces établissements ont été convaincus de l'utilité de relais par leur propre équipe interdisciplinaire en application de l'article D.395 du Code de Procédure Pénale. C'est ainsi qu'en 1990, la plupart de ces établissements avaient établi des conventions avec les hôpitaux psychiatriques départementaux à l'instigation des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales de Poitiers et de Limoges, très impliquées dans un travail accompagné par les deux Ministères de la Santé et de la Justice. De la même façon, des relations étroites se sont développées avec les centres de détention de Bédenac, Mauzac et Eysses et le centre pénitentiaire de Saint-Martin de Ré.[2]

---

[111]Ibid
[110]Ibid
[147]Rapport d'activité de l'antenne du SMPR du centre de détention national du Val-de-Reuil 2003.
[62]Ibid
[44]Ibid
[40]Ibid
[2]Ibid

Chapitre 7. Des organisations différentes de Dispositif de Soins en Psychiatrie

Dans les établissements non dotés de SMPR, les situations sont encore moins homogènes, voire même très variables d'un établissement à l'autre, souvent tributaires de l'investissement des secteurs de rattachement. Le personnel intervenant dans l'établissement pénitentiaire émane d'un secteur de psychiatrie classique. Les temps médicaux et soignants sont moins importants qu'en SMPR et la permanence de soins plus limitée. Les équipes de soins psychiatriques coexistent en général avec les équipes de soins somatiques, rendant l'organisation générale des soins nettement plus fluide et moins territoriale. De plus, l'unicité des locaux est garante de la confidentialité des soins fort appréciée des patients, en particulier des toxicomanes et des délinquants sexuels.[42]

La limitation des moyens et la co-organisation des soins psychiatriques et somatiques aboutissent quelquefois à une "optimisation" intéressante des potentiels de chacun avec une recherche plus active de complémentarité. L'intervention importante de partenaires extérieurs, fréquemment rencontrés, est aussi garante de la richesse et de la polyvalence des interventions. L'empreinte "hiérarchique" institutionnelle est également moins présente. Ces dispositifs sont néanmoins fragiles car moins "fléchés" dans l'attribution des moyens, et la vacance des postes médicaux a souvent des conséquences graves sur le fonctionnement de ces structures en termes d'accès aux soins.

Section 1. L'absence de Dispositif de Soins en Psychiatrie

La petite taille de l'établissement ou l'absence d'engagement de l'hôpital psychiatrique peut être à l'origine de l'absence de Dispositif de Soins en Psychiatrie. L'unique intervention d'un psychiatre pour de maigres consultations comme à la maison d'arrêt de Béziers[148] ou de Melun[149] ne peut pas être reconnue comme étant un Dispositif de Soins en Psychiatrie à part entière.

[42]Ibid
[148]Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Béziers 2003.
[149]Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Melun 2003.

Un Dispositif de Soins en Psychiatrie existe à partir du moment où il y a une équipe soignante avec un temps de présence suffisant sur l'établissement.

Section 2. Le regroupement pour lutter contre l'insuffisance

§1. L'intersectorialité psychiatrique

Une des solutions pour permettre la constitution d'un Dispositif de Soins en Psychiatrie est l'utilisation des moyens de différents secteurs de psychiatrie générale. Elle n'occasionne pas de déficit important pour le personnel dans un secteur. Elle investit plusieurs secteurs. Elle est à l'origine d'une meilleure connaissance et acceptation de la psychiatrie en milieu carcéral de la part de l'ensemble des secteurs de l'hôpital psychiatrique local.
Le centre de santé mentale de Sainte Gemmes sur Loire a choisi cette organisation intersectorielle pour répondre à la mise en place et aux exigences du dispositif de soins psychiatriques à la maison d'arrêt d'Angers[65].

§2. Le fédéralisme des Dispositifs de Soins en Psychiatrie

Dans l'Oise, la solution face à la pénurie de moyens a été le fédéralisme des Dispositifs de Soins en Psychiatrie[103]. La mise en place de la Fédération des Soins aux Détenus date du 20 septembre 2001. Cette création est le fruit de la volonté des secteurs et de leurs chefs de service. Elle s'appuie sur le texte relatif aux fédérations : article L.6146.4 du Code de la Santé Publique.
Elle optimise ses moyens avec :
-- 2 temps pleins de psychiatre ;
-- 4 temps pleins de psychologue ;
-- 3 temps pleins d'infirmier ;
-- 1 temps plein de secrétaire.

[65]Ibid
[103]Ibid

Elle permet une uniformisation et une amélioration des pratiques sur le centre de détention de Liancourt, la maison d'arrêt de Compiègne et la maison d'arrêt de Beauvais. Elle intervient en étroite collaboration avec les équipes des Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires implantées dans les établissements pénitentiaires. Elle a donc pour mission d'assurer les soins psychiatriques et psychologiques dans les trois établissements pénitentiaires du département.
Elle se doit de travailler également en étroite articulation avec les établissements pénitentiaires, les directions, les équipes de surveillance et les services pénitentiaires d'insertion et de probation.
Elle participe à des groupes de recherche et de réflexion départementaux, régionaux et nationaux principalement sur les questions de la prévention du suicide, de la toxicomanie et des soins médico-psychologiques aux auteurs d'agressions sexuelles.

§3. La fusion Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires / Dispositif de Soins en Psychiatrie

La fusion des équipes de soins somatiques et de soins psychiatriques est une organisation exceptionnelle. Elle pose des problèmes d'entente manifeste sur l'identité des soignants, les choix politiques en santé en milieu carcéral, le statut même du personnel soignant et la répartition des moyens. Elle nécessite une forte volonté des décideurs psychiatriques et médicaux ainsi que des administrations hospitalières locales.

Cette organisation a été possible à la maison d'arrêt de Mulhouse[121]. Ceci s'explique peut-être par le fait qu'elle concerne l'administration d'un unique hôpital général. Le chef du service de psychiatrie de l'hôpital général en a la responsabilité. Il a la gestion de la pluridisciplinarité des soins somatiques et psychiques dans une unité unique.

[121] Ibid

Section 3. L'intrication du Dispositif de Soins en Psychiatrie avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

Le Dispositif de Soins en Psychiatrie de la maison d'arrêt de Nancy a fait le choix d'une intrication avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation de l'établissement pénitentiaire et se nomme « Unité Fonctionnelle de Psychiatrie Pénitentiaire et de Probation » (UFPPP)[150].

L'équipe psychiatrique constate de nombreuses dérives et la perte de son identité de soignant ainsi que de l'efficacité des soins. Elle est de plus en plus interpellée par l'Administration Pénitentiaire pour faire régner l'ordre dans les cellules : soit par une médication à visée sédative des détenus trop agités (y compris pour des agitations non psychiatriques), soit par une sortie de l'établissement sous forme d'hospitalisation d'office ou d'hospitalisation en SMPR. Le délai moyen d'attente pour un rendez-vous auprès de l'antenne « toxicomanie » est de 2,5 mois, d'où des difficultés, voire une impossibilité d'organiser la sortie et le travail en réseau. L'intrication entre soignants et Administration Pénitentiaire est à l'origine d'une convention avec l'administration régionale pénitentiaire permettant un co-financement pour un groupe de parole. Les interventions au centre de semi-liberté deviennent maintenant très fréquentes, pour un public parfois instable et non inséré. Ici aussi, le recours à l'obligation de soins est quasi-systématique.

L'intrication du Dispositif de Soins en Psychiatrie avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation de l'établissement pénitentiaire semble être le choix organisationnel le plus catastrophique…

[150]Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Nancy 2003.

Chapitre 8. La maison centrale de Château Thierry

En 1989, A. Martorell écrivait que la maison centrale de Château Thierry, sans être tout à fait différente de Gaillon, correspondait en quelque sorte à un asile de criminels aliénés, sans identité médicale reconnue par les autorités pénitentiaire et sanitaire[6]. La centrale était devenue progressivement l'endroit pour condamnés aliénés, lieu de passage obligé pour la plupart des longues peines présentant une pathologie psychiatrique d'importance dans les prisons françaises. L'établissement, à la fin du XX^{ième} siècle, fonctionnait en moyenne à 50% de sa capacité d'affectation, soit 54 détenus pour 114 places au 1er janvier 1999.

Section 1. Evolution et statut actuel

La note ministérielle du 5 mars 2001, par M. Viallet, directrice de l'Administration Pénitentiaire par délégation pour le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, annule enfin la reconnaissance officieuse de Château Thierry comme lieu sanitaire : « en raison de la prise en charge des soins en milieu pénitentiaire par le service public hospitalier, la maison centrale de Château Thierry a perdu sa qualification de structure sanitaire. ».[151]

La maison centrale de Château Thierry est avant tout un lieu d'affectation. Ce lieu est destiné à permettre à un détenu qui rencontre de sérieuses difficultés à s'intégrer dans un régime de détention classique ou qui est resté longtemps à l'isolement, de restaurer des liens sociaux et de se réadapter à la détention ordinaire après un séjour temporaire dans l'établissement. Il permet au détenu de vivre, pendant un temps, une détention avec un encadrement différent et un suivi personnalisé, cette structure bénéficiant de moyens pénitentiaires sanitaires renforcés.

Les critères d'orientation vers l'établissement sont les suivants :

- le condamné doit avoir un reliquat de peine supérieur ou égal à dix-huit mois ;
- il ne relève, au moment de la demande, ni d'une hospitalisation en Service Médico-Psychologique Régional, ni d'une hospitalisation d'office, mais il ne peut pas intégrer un régime de détention classique.

Les demandes d'affectation à la maison centrale de Château Thierry ne sont plus

[6]Ibid

[151]Serio G, Aigrot S, Longuet N, Daumal J, Rivals-Hauller D. Prise en charge des psychopathes graves au quartier de la maison centrale de Château Thierry. Forensic avril - mai - juin 2003 ; 14 : 17-26.

subordonnées à l'existence d'un avis favorable du psychiatre de l'établissement pénitentiaire d'origine. La demande d'affectation est faite par le directeur de l'établissement pénitentiaire où est incarcéré le détenu, soit de sa propre initiative, soit sur l'initiative du psychiatre de cet établissement.
Le directeur de l'établissement remplit de façon exhaustive l'imprimé de proposition d'affectation. Cet imprimé est transmis au bureau de gestion de la détention par l'intermédiaire de la direction régionale. Dans les deux cas, concomitamment, le psychiatre de l'établissement d'origine, après concertation avec le médecin chef du SMPR dont dépend l'établissement pénitentiaire, atteste que l'intéressé ne relève ni d'une hospitalisation en SMPR, ni d'une hospitalisation d'office. À cette fin, il remplit un formulaire spécial qu'il transmet au chef d'établissement pour être intégré au dossier d'orientation. Ce médecin en adresse également une copie pour information au psychiatre hospitalier responsable de l'équipe de secteur psychiatrique intervenant à la maison centrale de Château Thierry. Ce formulaire et la demande d'orientation sont transmis au bureau de gestion de la détention qui apprécie l'opportunité de prendre une décision d'affectation à l'établissement pénitentiaire de Château Thierry.

Dès lors, il n'est plus opportun de parler d'établissement pénitentiaire spécialisé mais plutôt de service médico-psychologique à part entière dont la seule spécificité est d'accueillir des détenus malades mentaux des établissements de longues peines dans un fonctionnement inter-régional avec, de ce fait, un profil légèrement différent par rapport aux détenus soignés dans les 26 SMPR implantés en maisons d'arrêt et centres pénitentiaires.

Les protocoles thérapeutiques mis en oeuvre ne diffèrent qualitativement en rien des soins psychiatriques habituels tels que ceux pratiqués en SMPR, à savoir qu'ils supposent le consentement libre et éclairé du sujet. Il s'agit concrètement d'un Service Médico-Psychologique InterRégional (SMPIR). La seule spécificité de Château Thierry est la volonté d'ouverture et de dialogue que manifeste le personnel de direction pénitentiaire avec l'unité de soins psychiatriques.[70] Ce dialogue instauré dans le cadre d'une réunion institutionnelle multidisciplinaire soulève deux objections [151]:
-- la nécessité de préserver le secret médical, qui est une obligation éthique et déontologique incontournable. C'est à cette condition qu'une amorce de travail thérapeutique peut être

[70]Ibid
[151]Ibid

envisagée ;

-- la nécessité de résister à la demande pénitentiaire de soins sous contrainte ou obligés qui ne peuvent pas se faire, bien entendu, en dehors de l'application de l'article D.398. L'élaboration de la demande de soins avec les patients psychopathes opposants peut se faire par la recherche d'une alliance thérapeutique avec la famille, mais lorsque le délire est partagé entre la personne incarcérée et ses proches ceci présage d'un mauvais pronostic. La canalisation vers des démarches procédurières itératives peut toutefois être considérée comme une évolution positive dans un premier temps, dans la mesure où elle s'accompagne d'une sédation des comportements violents directs.

Section 2. Population prise en charge

La population accueillie à Château Thierry ne correspond pas à celle prévisible eu égard aux critères de sélection cités, à savoir, implicitement, les personnes psychopathes et perverses indisciplinées, perturbées et perturbateurs, mais en grande majorité en accord avec ces mêmes critères des personnes présentant une psychose chronique grave ou un état apparenté.

La population est donc composée par[70] :

- Les personnes psychotiques chroniques condamnées à de longues peines :

La principale demande (soit 60 %) est constituée par des psychiatres qui cherchent un lieu adapté au long cours pour des patients psychotiques chroniques instables et condamnés à de longues peines (schizophrènes, psychotiques paranoïaques, héboïdophrènes).

- Les personnes présentant des troubles graves de la personnalité (agresseurs sexuels violents) :

Le deuxième pourcentage de demande (25 %) est moins homogène et concerne les troubles graves de la personnalité, les états limites, les pathologies narcissiques graves ou les perversions sexuelles. Il s'agit bien souvent d'agresseurs sexuels violents qu'il faut différencier des problématiques des pédophiles et des pères incestueux. C'est le plus souvent le fait d'un repli sur soi durable et inquiétant, avec refus de contact médical, qui alerte. Le sujet se coupe de la famille et cherche à se protéger de l'environnement carcéral en ne quittant plus sa cellule. Du fait de l'ambivalence ou de l'incapacité des sujets à formuler une demande de soins, l'incitation au transfert est parfois d'origine pénitentiaire ce qui correspond aux

[70]Ibid

clivages et aux mécanismes projectifs réalisés par le sujet en régression. Ceci est d'autant plus marqué dans les prisons sans SMPR, et partout où l'absence de travail d'équipe psychiatrique ne permet pas le repérage, le diagnostic et le suivi. C'est le cas en particulier dans des UCSA où la psychiatrie est reléguée à un rôle d'urgence, ce qui ne permet aucune prise en charge organisée. Le résultat est, comme il a été observé chez ces sujets en régression, souvent eux-mêmes victimes d'agressions en détention, fruits de leurs déni, clivage et projection, un mutisme hostile avec des auto-mutilations comme signe d'appel ou un passage à l'acte suicidaire. Ils apparaissent bien évidemment non demandeurs de soins à un examen psychiatrique superficiel, jusqu'à l'éclosion parfois d'une psychose réactionnelle.

Dans les prisons mal pourvues et/ou aux intervenants psychiatriques mal préparés, on observe des transferts délirants érotomaniaques avec émergence de conduites à risque à l'égard (ou de la part) des soignants. La demande d'admission à Château Thierry est vécue par le sujet comme un abandon (persécuté et ruminant parfois durablement des idées de vengeance).

- Les personnes psychopathes :

Le troisième type de demande d'admission sur Château Thierry (15 %) est représenté par les psychopathes. Le motif de la demande est dans la majorité des cas le rejet. Dans les UCSA sans SMPR, le seul recours en cas de troubles florides est l'hospitalisation où le sujet ne reste que quelques jours. S'il est opposant à une prise en charge volontaire en SMPR, la situation est bloquée. Il s'en suit une escalade de violence symétrique envers la pénitentiaire dans laquelle le psychopathe est toujours perdant. Ses troubles cycliques, répétitifs, multipliant les passages à l'acte, finissent par épuiser les ressources loco-régionales. Pourtant lorsque le sujet a été condamné à une longue peine, il est parfois susceptible, après quelques années, de faire l'expérience du temps des retrouvailles et de la maturation progressive auprès des équipes où il aura su s'investir sans laisser trop de mauvais souvenirs.

- Les problèmes disciplinaires :

Un faible nombre de demandes (5%) est le fait de problèmes disciplinaires. Il s'agit là, malgré l'extrême précaution dans les procédures d'admission, d'erreur d'orientation. Une sortie à trois mois, délai minimum de l'affectation, est aussitôt demandée.

Chapitre 9. La prise en charge actuelle de la personne incarcérée en hospitalisation selon l'article du Code de Procédure Pénale D.398

Tableau I.

QUELLES SONT, SELON VOUS, LES PRIORITES ACTUELLES DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL ?	
Améliorer les possibilités d'hospitalisation selon l'article D.398	10.5%

Tableau IV.

DES SITUATIONS PARTICULIERES DE PRISE EN CHARGE DE PATIENTS OU DE RAPPORT AVEC LE CADRE PENITENTIAIRE, VOUS ONT-ELLES POSE DES QUESTIONS ETHIQUES ET DEONTOLOGIQUES, POUVEZ-VOUS LES EXPOSER ?	
Les difficultés en lien avec les hospitalisations D.398.	4.5%

Les psychiatres interrogés, constatant des difficultés à mettre en place les hospitalisations en hôpital psychiatrique des personnes incarcérées, considèrent que l'amélioration des possibilités de ce type d'hospitalisation est une priorité des soins psychiatriques en milieu carcéral.

Mais les problèmes posés par les hospitalisations psychiatriques des personnes incarcérées ne semblent pas une priorité si l'on considère leur aspect purement quantitatif : 500 000 hospitalisations psychiatriques par an en France, 50 000 hospitalisations à la demande de tiers, 10 000 hospitalisations d'office dont 1400 hospitalisations de personnes incarcérées. Mais la façon dont est traitée l'exception renseigne toujours sur le dispositif général.[55]

L'institution psychiatrique a évolué vers une prise en charge qui s'inspire davantage du modèle de la névrose que des autres maladies, avec une sacralisation du concept de "demande" et un refus affiché de participer à toute "défense sociale". Elle s'est félicitée volontiers et à juste titre du faible taux des malades hospitalisés sans leur consentement, de l'ouverture de toutes les portes dans la majorité des services, de la féminisation considérable

[55]Ibid

de son personnel soignant au demeurant non pléthorique.[152]

Section 1. De l'intérêt de l'hospitalisation en hôpital psychiatrique

Le psychiatre du SMPR ne peut concevoir l'hospitalisation dans son service à la même place que celle de la psychiatrie générale. La prison n'est pas l'hôpital et tous les soins ne sont pas possibles, et ce, d'autant que la population concernée a grandement changé. En effet, s'il apparaissait une relative pertinence à proposer, dans un cadre qui rappelle constamment à la loi, des soins auprès des personnalités limites ou psychopathiques présentant des décompensations dépressives ou psychotiques aiguës, il en va tout autrement des soins aux malades mentaux avérés et psychotiques chroniques.[145]

Si le renforcement des dispositifs psychiatriques en milieu pénitentiaire améliore considérablement la prise en charge des personnes incarcérées malades mentales, il ne doit pas conduire à méconnaître cette incompatibilité pour des raisons humanitaires et pénologiques, et à l'encontre de laquelle ne doit pas aller le développement des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Les psychiatres prendraient la lourde responsabilité de cautionner une régression majeure en acceptant l'idée d'une capacité à traiter en prison des personnes atteintes de troubles psychiatriques graves décompensés.[153] La généralisation du repérage précoce des troubles mentaux des personnes incarcérées, associée aux difficultés à prendre en charge en milieu carcéral une population psychotique en hausse, explique l'augmentation très sensible des mesures d'hospitalisation des personnes incarcérées, devenues patients détenus, à l'hôpital psychiatrique du secteur, le plus souvent, et plus rarement en Unité pour Malades Difficiles (UMD)[145]. Les quatre UMD existantes ne suffisent pas pour répondre aux demandes des secteurs de psychiatrie générale et des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire ; une cinquième UMD doit être créée en Bretagne.

Les modalités actuelles d'application permettent la proximité et la continuité des soins. La prison est un temps nécessairement limité dans la vie d'un sujet, avec un avant et un après. L'articulation des soins avec les structures existantes à l'extérieur est fondamentale pour le

[152]Archer E. A propos de l'article D.398 du Code de Procédure Pénale. L'Information Psychiatrique avril 1991 ; 4 : 309-315.
[145]Ibid
[153]Archer E. L'hospitalisation des détenus dans les services de psychiatrie générale. L'Information Psychiatrique janvier 1996 ; 1 : 53-62.
[145]Ibid

suivi au long cours de ces patients.[34]

Section 2. Des difficultés pour les structures hospitalières psychiatriques

Au fil des années, les conditions d'accueil se sont dégradées. La logique d'accueil sectoriel qui prévalait au début des années 1990 était possible parce que le nombre d'hospitalisations d'office était réduit, les services architecturalement contenants, le personnel en nombre et les questions de responsabilité moins présentes. Avec l'augmentation du nombre d'hospitalisations, s'est posé avec acuité le problème de garde des personnes incarcérées hospitalisées par du personnel sanitaire, dans des services ordinaires de plus en plus ouverts et de moins en moins pourvus en lits et en personnel.[55] L'évolution des hôpitaux psychiatriques rend les unités de soins inadaptées à l'accueil, à la surveillance et au traitement des malades qui présentent un risque de sortie sans autorisation, peuvent accomplir des actes violents et ont du mal à respecter les règles élémentaires de la vie sociale[152]. Au Sénat, en 2003, il est rappelé que les centres hospitaliers disposent de moins en moins de services fermés et qu'ils ne sont plus dès lors en mesure d'assurer de façon efficiente la garde des personnes incarcérées hospitalisées[154]. Ainsi on constate non seulement de grandes réticences à accepter des personnes incarcérées, mais aussi leur retour souvent prématuré dans le milieu carcéral[152].
Certains psychiatres de secteur font preuve d'indifférence, voire de désinvolture, face à cette situation, considérant que la garde de ces malades ne leur incombe pas. Les évasions de personnes incarcérées lors d'hospitalisations d'office peuvent en être une conséquence. Les évasions à partir de l'hôpital psychiatrique sont d'autant plus préoccupantes qu'il ne s'agit pas d'évasions complexes ou spectaculaires ; le plus souvent la personne incarcérée s'en va par la porte, ou par une issue d'accès facile. Le taux d'évasions à partir de l'hôpital psychiatrique est environ cent fois plus élevé que le taux d'évasions à l'hôpital général.[50] Il est nécessaire de rappeler l'absence de personnel policier lors des hospitalisations d'office en psychiatrie de personnes incarcérées (note DH/EO4 n°990273 du 26 juillet 1999).
Ces difficultés sont aussi liées aux conditions actuelles, plus générales, des services de secteur, c'est-à-dire la diminution du nombre de lits, la diminution des effectifs infirmiers et la

[34]Ibid
[55]Ibid
[152]Ibid
[154]Othily G. Justice : Administration Pénitentiaire. Sénat, N°73, tome V, session Ordinaire de 2002-2003.
[152]Ibid
[50]Ibid

féminisation des équipes. Tous ces éléments participent au rejet par les soignants de cette population réputée difficile et dont la prise en charge peut sembler parfois loin des préoccupations principales des soignants de secteur.[34]

Les réticences du personnel hospitalier à accueillir une personne incarcérée en hospitalisation d'office sont complexes. Les équipes sont peu habituées à recevoir des personnes incarcérées et cette situation inhabituelle génère des inquiétudes. Elles sont liées à la crainte, parfois disproportionnée, que suscitent ces patients : crainte du passage à l'acte, de l'évasion, de la simulation. Le patient est parfois davantage perçu par les équipes comme l'auteur de l'infraction qui a déterminé son incarcération que comme souffrant d'un trouble mental qui détermine son hospitalisation.

Il est nécessaire que les équipes psychiatriques en milieu carcéral se rendent à l'hôpital pour s'entretenir avec la personne incarcérée hospitalisée et faire le point avec l'équipe du secteur, pour permettre de lutter contre ces réticences et inquiétudes.

Section 3. Les conditions d'hospitalisation des personnes incarcérées

La procédure d'hospitalisation d'office selon l'article D.398 du Code de Procédure Pénale est lourde et doit aussi tenir compte du statut judiciaire des patients, puisque la personne incarcérée hospitalisée reste écrouée (le temps d'hospitalisation compte alors en temps de peine)[34]. A Nantes, le délai est de deux jours en moyenne, au maximum de trois jours, suite à la demande[101]. Dans certains établissements hospitaliers psychiatriques, les conditions d'hospitalisation des personnes incarcérées se révèlent être beaucoup plus dures que celles en prison : dans certains cas, la personne se retrouve entravée en permanence à son lit, interdite de visite et de promenade, privée d'accès à la cantine et à la télévision ou reléguée dans une cellule d'isolement inadaptée[63]. Alors que le soin psychiatrique s'inscrit habituellement dans la durée et la continuité, le séjour d'une personne incarcérée hospitalisée en milieu psychiatrique reste très court, de l'ordre de 8 jours[155]. A Angers, en 2003, la durée moyenne des hospitalisations d'office pénitentiaire était de 12,78 jours[65].

[34]Ibid
[34]Ibid
[101]Ibid
[63]Ibid
[155]Marie B. L'accueil des détenus dans les services de psychiatrie. Soins Psychiatrie mai-juin 2004 ; 232 : 24-27.
[65]Ibid

Indéniablement, la personne incarcérée renvoie l'hôpital psychiatrique à sa tradition asilaire : l'enfermement et la contention des malades mentaux pour garantir l'ordre public[155]. L'Inspection Générale aux Affaires Sanitaires et Sociales concluait en 2001 que les conditions d'hospitalisation des personnes incarcérées étaient déplorablement inacceptables et dangereuses[50]. A ce jour, aucune directive, circulaire, recommandation de la part du Ministère de la Santé à l'égard des hôpitaux psychiatriques ne sont venues modifier ces conditions.

[155]Ibid
[50]Ibid

Chapitre 10. Les interventions en milieu libre du dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral

Tableau I.

QUELLES SONT, SELON VOUS, LES PRIORITES ACTUELLES DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL ?	
La continuité des soins post-carcéraux et la préparation à la sortie	19.5%

Les psychiatres interrogés ont conscience de l'importance de la continuité des soins post-carcéraux et de la préparation à la sortie. L'expérience des différents dispositifs de soins en santé mentale en milieu carcéral montre que l'on se heurte à des difficultés de suivi extérieur : est-ce lié à la confusion entre le système pénitentiaire et le milieu de soins, ou à l'authenticité de la demande ?[156] Au centre pénitentiaire de Clairvaux, afin de mieux préparer les sorties avec les soignants, l'Administration Pénitentiaire propose de fournir au début de chaque mois la liste des détenus libérables au cours de ce mois[105]. Il s'agit de poursuivre les soins, sans rupture préjudiciable, pour des personnes démunies, sans domicile légal, sans secteur psychiatrique, sans ancrage social[122]. Il s'agit également de répondre à la demande des services socio-judiciaires dans le cadre des obligations ou des injonctions de soins concernant les toxicomanes, les alcoolo-dépendants et les auteurs d'agressions sexuelles.

Il semble important de développer la prise en charge[123] :

- des justiciables soumis à une obligation de soins, en coordination avec les magistrats de l'application des peines et le service pénitentiaire d'insertion et de probation ;
- des familles ou des couples pour lesquels des violences habituelles ou occasionnelles ont pu conduire l'un des protagonistes à être incarcéré, afin que la situation post-carcérale s'améliore avec une disparition des violences.

[156]Galinier A. Les services médico-psychologiques régionaux : soins psychiatriques au détenu et milieu pénitentiaire. Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale 1991 ; 3 : 19-23.
[105]Ibid
[122]Ibid
[123]Ibid

Plusieurs SMPR ont développé une activité de consultations post-incarcération, soit dans des lieux spécifiques identifiés comme appartenant au SMPR, soit en utilisant les structures de Centres Médico-Psychologiques sectoriels ou inter-sectoriels :

- SMPR de Fresnes[142] ;
- SMPR de Poitiers[62] ;
- SMPR de Lyon[84] ;
- SMPR d'Amiens[66] ;
- SMPR de Nantes[101] ;
- SMPR de Bois d'Arcy[123] ;
- SMPR de Marseille[83] ;
- SMPR de Loos-lès-Lille[63].

Des Dispositifs de Soins en Psychiatrie essaient aussi de mettre en place le suivi post-pénal mais ils sont peu nombreux et se confrontent au manque d'effectif médical. Ils doivent s'appuyer nécessairement sur le personnel médical de secteur. Le suivi post-pénal devient aléatoire et peu structuré.

Au centre pénitentiaire de Majicavo[125], un véritable travail entre le DSP et les secteurs est effectué. Quand une personne incarcérée suivie en psychiatrie est libérée, elle a avec elle les traitements nécessaires jusqu'au rendez-vous pris depuis l'établissement pénitentiaire, au centre de santé mentale. Le dossier, avec l'accord de la personne, est transmis au médecin qui va la rencontrer en consultation.

Le dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral généralise une activité minimale de suivi post-carcéral. Mais celle-ci doit rester limitée pour éviter une perte de moyens en personnel au détriment de l'activité intra-carcérale. Elle a pour but de permettre obligatoirement le relais auprès du secteur de psychiatrie générale dont dépend la personne libérée.

---

[142]Ibid
[62]Ibid
[84]Ibid
[66]Ibid
[101]Ibid
[123]Ibid
[83]Ibid
[63]Ibid
[125]Ibid

Chapitre 11. L'état actuel du travail en partenariat

Les SMPR ont une plus longue expérience du travail avec des partenaires en milieu carcéral que les DSP dont la création est plus récente. Une part très importante et essentielle du travail de l'équipe du SMPR/DSP consiste en des actions de coordination et de concertation avec les autorités pénitentiaires et avec les différents intervenants de l'établissement pénitentiaire. Elle se fait surtout par des réunions.[45] Bien que de nombreux points restent à régler pour arriver à une organisation institutionnelle tout à fait fonctionnelle, on peut considérer que les SMPR/DSP montrent une volonté d'améliorer et de clarifier les relations tant avec l'UCSA qu'avec l'Administration Pénitentiaire, dans le respect de la loi et dans le respect des missions respectives, pour la meilleure prise en compte possible du soin des pathologies psychiatriques des personnes incarcérées et de leur souffrance psychique.[124]

Les équipes des dispositifs de soins en santé mentale organisent des réunions de coordination avec [101]:

-- l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires ;

-- les secteurs de psychiatrie générale, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile concernés ;

-- le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation ;

-- le juge d'application des peines ;

-- d'autres intervenants en milieu pénitentiaire.

Elles participent aux réunions institutionnelles des établissements pénitentiaires.

Les rencontres avec les UCSA peuvent être formelles et protocolisées, ou le plus souvent informelles et quotidiennes du fait de la proximité habituelle des deux structures. Elles permettent des échanges à propos des signalements, des traitements et des modalités de prises en charge. De nombreux problèmes sont à traiter en matière de répartition des missions, des responsabilités et des soins.[122] Un important travail de réflexion peut permettre d'organiser la coordination des soins entre les deux équipes en respectant les prérogatives de chacune. Un protocole de fonctionnement coordonné est souvent élaboré. Ce protocole organise en particulier trois points complexes des soins[124] :

-- l'examen des détenus entrants ;

-- la gestion des urgences ;

---

[45]Ibid
[124]Ibid
[101]Ibid
[122]Ibid
[124]Ibid

-- le soin des toxicomanes et la gestion des traitements.

La mise en place effective de ce protocole permet d'apporter une vraie complémentarité dans l'intervention des équipes et une meilleure compréhension de leurs actions réciproques. Cela nécessite encore des ajustements fonctionnels de la part des deux équipes.

Le partenariat avec les secteurs de psychiatrie est souvent difficile, d'autant que la gestion des hospitalisations d'office vient compliquer les rapports. Dans l'ensemble, ce partenariat reste à améliorer. Le SMPR de Poitiers semble être une exception[40] puisqu'il travaille étroitement avec le centre hospitalier psychiatrique auquel il est rattaché. Il est soutenu par la commission médicale d'établissement et par la direction de l'hôpital, remarquablement attentives et ouvertes tout au long du développement de son activité.

Les relations, déjà étroites, entre les dispositifs de soins en santé mentale et les services sociaux, tendent à se développer depuis la création des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation. Des objectifs et des actions communes se dessinent, en particulier à propos de la préparation à la sortie des personnes incarcérées. Le point de discorde reste souvent la question du secret médical, dans certaines situations. Ces rencontres avec les services sociaux facilitent l'élaboration de projets pour les personnes incarcérées et apportent un éclairage sur la situation des patients suivis par les soignants.[142]

Les réunions organisées avec l'Administration Pénitentiaire permettent une meilleure compréhension de l'action de chacun et un échange sur les difficultés inhérentes aux problématiques carcérales. La mise en place de protocoles d'action, de communication et de prise de décisions, est élaborée en coordination avec la direction de l'Administration Pénitentiaire. Ces protocoles permettent d'améliorer la prise en charge des personnes incarcérées. Incontestablement, la communication inter-institutionnelle s'en trouve grandement facilitée.[124] Les relations sont cordiales, témoignant d'une évidente estime mutuelle et d'intention d'échanges et de coopération réciproque.[122]

Les relations avec les juges d'application des peines varient par contre d'un dispositif à l'autre selon les positions des psychiatres et des juges. Lorsqu'il n'y a pas d'échange possible, c'est

[40]Ibid
[142]Ibid
[124]Ibid
[122]Ibid

le plus souvent à cause d'une position intolérante et rigide d'un des deux ou des deux partenaires. Au SMPR de Fresnes, les relations avec le juge d'application des peines sont excellentes, compte tenu de la participation du SMPR au projet de sortie ou d'alternative à l'incarcération[142]. Les SMPR de Rouen[102] et de Nantes[101], en revanche, n'ont pas de relation avec le juge d'application des peines.

De plus en plus, les problématiques à prendre en charge nécessitent des réunions où l'ensemble des partenaires doit être présent. En 2003, au SMPR de Marseille, a été posé le principe d'instaurer des commissions santé dans chaque bâtiment de détention, avec le SMPR, l'UCSA, le SPIP et l'Administration Pénitentiaire, qui intègrent les stratégies de prévention du suicide mais ne s'y limitent pas[83].

Les SMPR et les DSP, interviennent dans la formation professionnelle de nombreux partenaires pour informer sur les soins en santé mentale en milieu carcéral :

- les instituts de formation spécialisée en soins infirmiers ;
- le personnel surveillant pénitentiaire ;
- les conseillers de probation ;
- l'école de la magistrature ;
- la faculté de médecine ;
- l'université de psychologie ;
- l'école nationale de l'Administration Pénitentiaire ;
- les secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile…

Ces relations partenariales sont plus complexes à mettre en place pour les Dispositifs de Soins en Psychiatrie que pour les SMPR. En effet leur identité n'est pas clairement identifiée par rapport à l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires. De plus, les limites et le respect à l'égard des prérogatives des soignants psychiatriques sont plus difficiles à imposer. Deux positions extrêmes des soignants peuvent alors se retrouver : soit une position paranoïaque, soit une position fusionnelle, à l'égard des partenaires socio-juridico-pénitentiaires. Ces deux situations ne sont pas représentatives de la majorité des liens partenariaux corrects développés par les Dispositifs de Soins en Psychiatrie, mais elles sont des dérives à ne pas minimiser. Les DSP reprennent, en accord avec leurs moyens, les missions de travail en partenariat avec l'UCSA, la pénitentiaire, le SPIP et la mission de formation et d'information.

---

[142]Ibid
[102]Ibid
[101]Ibid
[83]Ibid

Chapitre 12. Les inadaptations du dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral

Ces cinq dernières années, de nombreux rapports ont souligné l'ampleur des besoins et l'inadaptation de la réponse psychiatrique en milieu carcéral, notamment [55]:

-- le rapport du Dr. Pradier sur « La gestion de la santé dans les établissements du programme 13 000 » en septembre 1999 ;

-- le rapport du Sénat : « Prisons : une humiliation pour la République » juin - juillet 2000 ;

-- le rapport de l'Assemblée Nationale : « la France face à ses prisons » juin - juillet 2000 ;

-- le rapport d'évaluation de l'IGAS et de l'IGSJ : « L'organisation des soins aux détenus » juin 2001 ;

-- le rapport des Drs. Piel et Rolandt : « De la psychiatrie à la santé mentale » juillet 2001 ;

-- le rapport du Pr. J-L. Terra : « Prévention du suicide des personnes détenues, évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention » décembre 2003 .

Ils mettent notamment en évidence[68] :

- une insuffisance globale et une répartition déséquilibrée des moyens ;
- une hospitalisation en SMPR limitée en pratique à l'hospitalisation de jour, du fait des difficultés d'accès aux personnes détenues la nuit ;
- des réticences des établissements de santé à recevoir des personnes détenues en hospitalisation d'office, en l'absence de garde par les forces de l'ordre ; cette situation se traduisant par un nombre élevé d'évasions, des séjours prolongés en chambre d'isolement au détriment de la qualité des soins, des hospitalisations écourtées, voire différées ;
- l'absence de dispositions relatives aux personnes détenues relevant d'une indication d'hospitalisation sur demande d'un tiers (c'est-à-dire lorsqu'elles refusent des soins alors qu'elles sont dangereuses pour elles-mêmes).

Le choix de l'implantation des SMPR s'est fait au détriment des établissements pour peine et des petites maisons d'arrêt. Le caractère régional du fonctionnement des SMPR, qui pouvait

[55]Ibid
[68]Ibid

compenser ces faiblesses, régresse.[50] La saturation des SMPR limite trop souvent leur action au seul établissement pénitentiaire de leur implantation.[157]

Il existe une grande disparité des moyens psychiatriques affectés à des établissements de même catégorie sans que cela ne soit corrélé à une disparité des besoins[50]. Les régions les plus dotées sont la Bourgogne et la région Rhône-Alpes. Les régions les plus démunies sont la Guyane, la Corse, l'Auvergne, les régions Centre et Champagne-Ardenne. Par ailleurs, les modes de fonctionnement d'un SMPR à l'autre, d'un secteur à l'autre, sont différents, selon la personnalité et les méthodes des responsables, l'entente des équipes, le partage du travail à l'intérieur du service et avec l'UCSA, la fréquence des réunions internes, la présence effective et le temps de travail réel des professionnels (parfois très restreint).

Il faut aujourd'hui différencier trois situations : les établissements dotés d'un SMPR, les établissements pénitentiaires où les prestations psychiatriques sont effectuées par un Dispositif de Soins en Psychiatrie, et les établissements où existe uniquement une consultation psychiatrique sporadique et/ou irrégulière. La situation actuelle est caractérisée par sa disparité car les moyens de la psychiatrie sont extrêmement différents dans les trois cas.

Nombre d'équipes de secteur sont très peu dotées en moyens pour leur intervention dans la prison et se contentent de vacations épisodiques[47]. Un centre de détention comme Uzerche n'a plus aucun intervenant psychiatrique depuis juillet 2001 alors qu'il s'agit d'un établissement important de 600 détenus, parmi lesquels il existe un nombre important de patients addictifs et d'auteurs d'agressions sexuelles[62].

La situation des SMPR est tout aussi préoccupante avec de nombreuses équipes réduites au strict minimum, même dans de grandes agglomérations[47].

Il faut noter l'absence de secrétariat spécifique dont souffrent de nombreux DSP. Si les conventions évoquent superficiellement la mise à disposition du secrétariat des UCSA pour les DSP, l'activité sur chaque site montre bien la convenance de cette annonce du fait de l'impossibilité même pour les secrétariats des UCSA de répondre à leurs propres besoins. Cette absence de secrétariat est une très lourde entrave au fonctionnement du service et doit impérativement être résolue par un financement spécifique. On constate une inadéquation absolue des locaux à l'exercice de la mission de soins en santé mentale, majoritairement dans

---

[50]Ibid
[157]Senon J-L. Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. Annales médico-psychologiques 2004 ; 162 ; 8 : 646-652.
[50]Ibid
[47]Ibid
[62]Ibid
[47]Ibid

les DSP : l'insuffisance du nombre de bureaux obligeant parfois à consulter dans les couloirs ou sur les tables de radiologie, l'absence de confidentialité, des conditions inacceptables en salle d'attente. Les efforts mis en place par les DSP et consentis au quotidien par le personnel soignant sont en permanence battus en brèche par des conditions d'exercice déplorables.[57] Les SMPR peuvent aussi souffrir des problèmes de locaux inadaptés comme au SMPR de Poitiers[62] où, malgré la signature du protocole entre le centre hospitalier et la maison d'arrêt, les locaux du service ne répondent aucunement aux normes hospitalières en matière d'hygiène et de sécurité sanitaire et où on attend toujours la mise en oeuvre de travaux de mise en conformité. De nombreux établissements sont surpeuplés, vétustes au point que la maintenance la plus élémentaire devient délicate et critique, et que les projets thérapeutiques ne peuvent s'y épanouir, d'autant que les inadaptations structurelles sont très coûteuses en temps de personnel soignant[84].

L'accès aux soins est très problématique. On constate encore des pratiques qui ne sont ni normales, ni décentes. Trop de détenus ont à choisir entre se faire soigner, aller en promenade ou au parloir, ou tout simplement travailler. La circulation des détenus vers les unités de soins reste difficile. Il n'existe pas de lien patient-soignant qui ne passe pas par le personnel de l'Administration Pénitentiaire.[77]

Il existe une augmentation de la demande de soins en santé mentale en prison, à laquelle le dispositif actuel n'est pas en mesure de répondre, aussi bien à l'intérieur de la prison qu'à l'extérieur[50]. La montée du nombre d'incarcérations pour divers petits délits (mais parfois pour des crimes commis sous l'empire de l'alcool d'une population très désocialisée) chez des personnes du quart monde vivant dans un état de très grand dénuement relationnel et social, met très régulièrement les équipes de soins psychiatriques en situation d'intervention pour des soins qui sont aux confins de l'hygiène, de la réhabilitation somatique et identitaire[84].

Pour des personnes qui sont dans une telle fragilité, dans une telle absence de contact avec les lieux de soins antérieurement à leur incarcération, il est évident que, pour les prendre en charge, pour définir avec elles un projet de soins, il faut que les équipes psychiatriques soient nettement renforcées[77]. D'autre part le dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral

[57]Ibid
[62]Ibid
[84]Ibid
[77]Ibid
[50]Ibid
[84]Ibid
[77]Ibid

n'est pas équipé pour gérer des psychoses graves ou des décompensations aiguës. Les prisons ne sont pas faites pour accueillir et soigner ces personnes[158]. Malgré la diversification des modalités d'accueil et de soins proposés aux détenus, l'amélioration des outils de travail et de l'organisation, le dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral reste en-dessous de ce qu'il faudrait proposer au vu de la population rencontrée[65]. Tout concourt alors à déborder la capacité d'accueil soignante des dispositifs de soins en psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire, et de celle plus étoffée et variée des SMPR[145].

La réponse à ces problèmes n'est pas simple et interfère avec de nombreuses données institutionnelles et sociales : incompatibilité avec la législation, avec les habitudes de la psychiatrie civile, avec les contraintes budgétaires, avec la démographie médicale...

Face à toutes ces difficultés, la psychiatrie en milieu pénitentiaire doit poursuivre la mise en oeuvre des normes hospitalières dans l'esprit de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, à savoir l'établissement du dossier standardisé d'hospitalisation et de soins, l'amélioration de la transmission des données cliniques psychiatriques accessibles aux autres spécialités et notamment aux UCSA, l'amélioration du passage de relais avec le secteur ou les structures sociales à la sortie... La démarche d'Accréditation voire bientôt de certification Hospitalière par la nouvelle Haute Autorité de Santé devrait, à terme, marquer ces nouvelles exigences dues à la société, à l'institution et aux personnes incarcérées. Le nouveau guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues (Ministère de la Santé et de la protection sociale et Ministère de la Justice) officialisé début 2005 fixe les axes d'amélioration suivants dans le domaine de la santé mentale :

-- l'augmentation et la diversification des activités ambulatoires ;

-- la meilleure prise en compte des besoins d'hospitalisation pour motif psychiatrique ;

-- l'amélioration de la coordination des équipes psychiatriques avec les UCSA ;

-- le développement de la prise en charge pluridisciplinaire, notamment des personnes détenues présentant un risque suicidaire, des personnes détenues auteurs d'infraction à caractère sexuel atteintes de troubles mentaux en lien avec l'infraction commise et de celles présentant des comportements addictifs.

---

[158]Canetti C. Vers la pénalisation de la maladie mentale. In : Dedans/Dehors :" prison asile : le dépotoir de la psychiatrie", Observatoire international des prisons Section Française mars 2002 ; 30 : 24-25.

[65]Ibid

[145]Ibid

Titre II. REFLEXIONS SUR L'INTERVENTION PSYCHIATRIQUE DES STRUCTURES DE SOINS EN MILIEU CARCERAL

Dans la continuité du siècle précédent, l'intervention psychiatrique en milieu carcéral est vouée à des évolutions importantes en lien avec les évolutions de l'institution pénitentiaire, de la psychiatrie publique et de la société. Les points forts des structures de soins psychiatriques en milieu carcéral sont à développer. Les points faibles doivent aboutir à une évolution indispensable des structures actuelles ou à la création de structures répondant aux besoins. L'importance du développement des réseaux dans les prises en charge sanitaires est à prendre en compte en psychiatrie en milieu carcéral pour permettre une amélioration de l'intervention des soignants. Le suivi post-carcéral est une priorité pour la continuité des soins. L'ensemble de ces interventions par les soignants psychiatriques peut s'ancrer dans les concepts de psychiatrie de liaison, eux-mêmes, en accord avec la notion de réseaux de soins. Pour compléter le dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral et surtout suppléer aux difficultés d'hospitalisation des personnes incarcérées, la création réfléchie des Unités d'Hospitalisation Spécialisées Aménagées pourrait être la solution. Parallèlement à cette création, les SMPR et les DSP évolueront.

Chapitre 1. Le travail en réseau

Une approche authentiquement thérapeutique ne peut se mettre en place en l'absence de relations harmonieuses entre les différentes instances qui interviennent dans la vie de la personne incarcérée au quotidien[1]. La création d'une dynamique intérieure et extérieure à la prison, permettant de parler des problèmes rencontrés, de faire des analyses de cas, mais aussi une analyse institutionnelle, est primordiale. Cette dynamique s'alimente du rapprochement de partenaires très divers avec une volonté de décloisonnement : avocats, magistrats, criminologues, animateurs, éducateurs...[40]

Une part importante de l'action des soignants vise à donner une réalité au concept de secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire : nécessité de la cohérence des interventions psychiatriques, entente et collaboration étroite avec les psychiatres de secteur, écoute attentive des responsables de l'Administration Pénitentiaire quant aux questions concernant la psychiatrie, dans le respect de l'éthique et des attributions de chacun, concertation avec les équipes socio-éducatives des établissements et les autres intervenants socio-sanitaires, actions d'information et de partenariat auprès des autorités sanitaires des départements concernés, implication des familles.[21]

Le concept de travail en réseau répond à cette nécessité d'évolution vers un travail multipartenarial et multiprofessionnel. Il rompt la situation d'isolement de chaque intervenant en milieu carcéral et en premier lieu la situation d'isolement de la personne incarcérée. Il débute par la construction d'un réseau entre soignants. Puis il est nécessaire qu'il s'élargisse par une mise en lien des réseaux des différentes catégories professionnelles. Il doit inclure le réseau propre à la personne incarcérée constitué en général par sa famille. La reconnaissance de l'importance des associations d'aide aux personnes incarcérées et leur intégration dans un travail multipartenarial sont à développer.

Section 1. Les différents soignants

Le réseau ne peut se construire correctement que si le travail du dispositif de soins en santé mentale s'inscrit dans des espaces de rencontres et d'échanges institutionnels, de synthèses

[1]Ibid
[40]Ibid
[21]Ibid

cliniques et de supervisions.[159] De même que pour l'hospitalisation psychiatrique de la personne incarcérée, le lien avec les Centres Médico-Psychologiques doit être établi afin de favoriser l'inscription des personnes incarcérées dans le dispositif des structures psychiatriques extérieures au moment de la sortie de la détention. Au-delà des rencontres motivées par des prises en charge spécifiques, des réunions institutionnelles régulières permettent une meilleure connaissance des dispositifs de soins mutuels, des problèmes propres aux Centres Médico-Psychologiques et des « cultures » psychiatriques de chaque service.[57] Ce travail d'échange doit également se faire entre soignants psychiatriques et soignants somaticiens, ces relations restant malheureusement marquées par des logiques de territoire [50]:

- La communication de l'information est généralement défaillante ;
- Il est constaté des difficultés pour élaborer un dossier médical commun, l'absence de staffs médicaux, la faiblesse des échanges sur l'état de santé des patients suivis ;
- Certains dossiers présentent des désaccords majeurs : gestion de l'urgence psychiatrique, prise en charge des toxicomanes, prescriptions et distributions des médicaments.

Psychiatres et somaticiens peinent à définir une doctrine commune.

Une organisation des soignants en milieu carcéral en diverses associations nationales participe à la construction du réseau soignant[160].

Le Collège des Soignants Intervenant en Prison (CSIP) (Président Dr P. Griguère) regroupe les associations suivantes :

1. L'Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison (APSEP) (Président Dr P-Y. Robert) . cette association a pour objet :

   -- d'aider et de favoriser la réflexion des personnels exerçant en milieu pénitentiaire ;

   -- de développer la formation continue centrée sur les particularités et les difficultés liées à l'exercice de la médecine en prison ;

   -- de favoriser et d'harmoniser les échanges professionnels entre les personnels de santé des différents établissements pénitentiaires ;

---

[159]Savin B. A l'ombre... vers la lumière : quels dispositifs de soin "psy" en prison ? DIALOGUE-Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille 4° trimestre 2003 ; 162 : 59-70.
[57]Ibid
[50]Ibid
[160]Site www.penitentaire.com

-- d'organiser les thèmes pour des réunions scientifiques réunissant l'ensemble des catégories professionnelles afin d'assurer la pérennité de l'expérience.

Elle a pour vocation de représenter les professionnels de santé exerçant en prison auprès des instances administratives hospitalière et pénitentiaire.

2. L'Association pour la Promotion de la Médecine en Milieu Pénitentiaire (APMMP).

Cette association a pour but la promotion de la médecine en milieu pénitentiaire et s'attache notamment à développer :

-- la communication et l'information concernant la pratique des soins en milieu pénitentiaire ;

-- l'information de ces pratiques ;

-- des programmes de santé destinés à la population carcérale ;

-- les recherches clinique et épidémiologique des problèmes de santé publique en milieu pénitentiaire.

3. L'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP) (Présidente F. Dr Huck).

Le développement d'associations comme l'Association de Recherche et de Traitement des Auteurs d'Agressions Sexuelles (ARTAAS) répond à la nécessité de création de réseaux spécifiques de prise en charge de populations ciblées. En 1991 se crée un comité Santé/Justice à l'initiative des deux Ministères concernés. En 1993 débute une recherche pour analyser la population d'auteurs d'agressions sexuelles en détention sous forme de questionnaires, sous l'égide du Dr. C. Balier, chef de service du SMPR de Varces, dirigée par M. Kahyat et A. Ciavaldini. Douze équipes médicales intervenant en milieu carcéral ont participé à cette recherche, regroupant psychiatres et psychologues, de septembre 1994 à juillet 1995. À l'issue de cette recherche, la majorité des participants décide de poursuivre leur réflexion et crée l'ARTAAS. Cette association se propose d'être le lieu d'échanges et de réflexion entre professionnels soignants, mais aussi une instance de formation. Actuellement elle est à l'origine de rencontres régionales et nationales. Elle s'intègre parfaitement dans la notion de travail en réseau ; elle est constituée de soignants en milieu carcéral et en milieu libre et de travailleurs sociaux.

Section 2. Les administrations pénitentiaire et judiciaire

Déjà en 1978, P. Hivert pensait que le psychiatre devait susciter des instances de dialogue administrative et clinicienne pour aborder les problèmes et les tensions existantes entre les soignants et l'Administration Pénitentiaire, et pour rechercher des solutions[19].

Une équipe de soins ne peut travailler en prison au-delà des limites de tolérance de la surveillance. C'est dire, ici, l'intérêt des initiatives de formation et d'information réalisées au profit des fonctionnaires de l'Administration Pénitentiaire. C'est toutefois l'apprentissage d'un travail en commun avec l'Administration Pénitentiaire, le personnel de direction et le personnel surveillant, qui est la condition essentielle d'une pratique psychiatrique sereine.[141]

Il est difficilement imaginable que le soignant se place en situation permanente d'opposition vis-à-vis de la justice ou de la pénitentiaire ; cette position caractérielle de rivalité narcissique risquerait de ruiner par ailleurs les intérêts du patient. Soigner en milieu carcéral suppose de travailler avec une institution qui préexiste, la prison, avec tous ses défauts, comme dans n'importe quelle autre institution humaine d'ailleurs.[1] La cohabitation quotidienne des intervenants psychiatriques et du personnel de surveillance rend les relations obligatoires entre les deux catégories. La qualité et l'intensité de ces relations sont extrêmement variables suivant les endroits et dépendent largement de la manière dont les soignants savent se faire accepter par le personnel pénitentiaire.[52]

Malheureusement, les relations entre les services médicaux et l'Administration Pénitentiaire peuvent être marquées par la méfiance[50] :

-- pour forger leur identité, préserver leurs compétences, beaucoup de structures de soins se sont construites dans l'opposition vis-à-vis de l'Administration Pénitentiaire ;

-- la confrontation des contraintes pénitentiaires et médicales génère de l'incompréhension relative, notamment, à la séparation des fonctions entre médecin soignant et expert et aux conditions de vie en milieu carcéral ;

-- le travail avec l'Administration Pénitentiaire notamment le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation, se heurte à une difficile définition d'un secret professionnel partagé.

Les relations entre psychiatre traitant et juge d'instruction sont rares. Elles sont encore

---

[19]Ibid
[141]Ibid
[1]Ibid
[52]Ibid
[50]Ibid

entachées d'une grande défiance réciproque. Le respect individuel, corollaire de soins, n'implique pas une allégeance systématiquement protectrice et anti-judiciaire comme certains juges l'imaginent de la part des soignants.[37] Pour quelques magistrats, confrontés à l'incarcération et au maintien de certaines personnes incarcérées psychopathes en milieu carcéral, le recours au SMPR intervient dans leur décision, sur le mode de fantasmes déculpabilisants, et réconforte leurs initiatives pouvant en effet leur apparaître compensées par des perspectives thérapeutiques nées de la présence des équipes soignantes en milieu carcéral.[33]

Pourtant, les administrations pénitentiaire et judiciaire peuvent théoriquement participer à améliorer les prises en charge psychiatriques car [2]:

-- le chef d'établissement est tenu depuis 1995 de signaler les personnes incarcérées ayant commis certains types de crimes et de faciliter l'accès aux données psychologiques et psychiatriques des expertises ;

-- les travailleurs sociaux, au terme d'un premier entretien avec la personne incarcérée, peuvent signaler les cas les plus urgents, de même que les sujets à risque :l'alcoolique risquant un pré-délirium tremens, le toxicomane en manque, une personnalité dépressive, vulnérable et fragile…;

-- le juge d'instruction mentionne l'utilité d'un premier entretien rapide sur la notice accompagnant le mandat d'écrou (annexe 5).

Il est donc indispensable que les relations entre les soignants et les administrations pénitentiaire et judiciaire dépassent le stade d'une simple bonne entente pour évoluer vers un travail en partenariat s'intégrant dans un système de fonctionnement en réseau. L'institution pénitentiaire, l'institution judiciaire et les soignants, conscients de cette nécessité, développent de nombreuses instances de rencontre officielles.

Section 3. Les associations

Le dispositif de soins en santé mentale doit s'intéresser aux différentes associations intervenant pour l'amélioration des conditions de vie des personnes incarcérées et pour l'aide à la resocialisation à la sortie de prison. Ces associations ont entièrement leur place dans le

[37]Ibid
[33]Ibid
[2]Ibid

réseau qui se tisse pour aider la personne incarcérée atteinte de troubles psychiatriques pendant et après l'incarcération.

- L'Association Nationale des Visiteurs de Prison (ANVP, www.anvp.org)

Les visiteurs de prison de l'ANVP sont des personnes bénévoles disponibles pour rencontrer des personnes incarcérées, particulièrement celles qui sont isolées et leur apporter un réconfort moral, une écoute, des connaissances ou un savoir-faire, voire les aider dans leur projet de sortie. Ils peuvent intervenir auprès de toute personne incarcérée, homme ou femme, majeur ou mineur, condamné ou prévenu. Les visites se déroulent dans les parloirs des avocats. Les personnes incarcérées, que les visiteurs sont amenés à rencontrer, sont désignées par le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation. L'association regroupe plus de 2000 visiteurs de prison ainsi que 300 adhérents non visiteurs, présents dans 156 établissements, tant en Métropole que dans les Départements et Territoires d'Outre-Mer.

- La Fédération des Associations « Réflexion -- Action Prison Et Justice » (FARAPEJ, perso.wanadoo.fr/farapej/accueil.htm)

La FARAPEJ regroupe 43 associations composées de 2000 adhérents, 150 salariés et 700 bénévoles. Ces associations développent des activités diverses auprès des personnes sortant de prison, des personnes incarcérées et de leur famille et également de nombreuses interventions auprès des collectivités locales afin de faciliter la mise en oeuvre des sanctions pénales alternatives à l'incarcération.

- La Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réadaptation Sociale (FNARS, www.fnars.org)

La FNARS rassemble plus de 700 associations et organismes publics ; elle regroupe 70 % des centres d'hébergement et de réadaptation sociale et un quart des associations de contrôle judiciaire. Elle offre 16 000 places réparties entre l'hébergement collectif et l'hébergement individuel. Elle propose également des outils personnalisés, adaptés aux besoins spécifiques des personnes en grande difficulté ou en voie de précarisation. Elle est le premier partenaire des services de l'Administration Pénitentiaire pour l'hébergement des personnes sous-main de justice.

- Le Groupement Etudiant National pour l'Enseignement aux Personnes Incarcérées (GENEPI, www.genepi.asso.fr)

Le GENEPI a été créé après les graves mutineries de 1974, par les plus hautes instances de l'Etat, les grandes Ecoles et les Universités, dans un souci de développer en prison les actions de réinsertion (enseignement et animation éducative) et dans le but de décloisonner l'univers carcéral. Cette association est très structurée (bureau national, responsables permanents

régionaux et permanence technique). Elle est composée de 850 membres qui appartiennent à tous les secteurs d'études supérieures et qui interviennent sur l'année universitaire.

- L'association « Le courrier de Bovet » (perso.club-internet.fr/cdbovet)

« Le courrier de Bovet » est une association nationale de correspondance qui permet aux personnes incarcérées de correspondre avec une personne adhérente. En 2003, elle comptait 1080 adhérents qui correspondaient avec 1160 personnes incarcérées.

- Les autres associations (www.croix-rouge.fr,www.secours-catholique.asso.fr, www.armeedusalut.fr/home.html)

La Croix-Rouge, le Secours Catholique et l'Armée du Salut ont développé de nombreuses actions en direction des personnes incarcérées. Ces associations prêtent une attention particulière à l'accueil des personnes en grande difficulté à la sortie de prison. La Croix-Rouge Française a signé avec l'Administration Pénitentiaire, le 6 décembre 1999, une convention dont l'objectif est de développer les actions d'aide et de soutien envers les personnes détenues les plus défavorisées.

L'ensemble de ces associations est source d'un réseau souvent bien structuré. Les soignants psychiatriques ont en pratique peu de contacts avec elles ; soit ils n'en connaissent pas l'existence, soit ils ne comprennent pas encore l'intérêt à travailler avec elles pour la prise en charge de personnes incarcérées présentant des troubles psychiatriques. Il est indispensable de modifier ces rapports avec ces associations.

Section 4. Les familles

Le maintien des liens familiaux est un axe important pour préserver l'insertion des personnes détenues. Les parloirs font partie des grands moments de la vie de la personne incarcérée. Le premier parloir est longtemps attendu après l'écrou. Les prévenus peuvent avoir trois parloirs hebdomadaires et le condamné un par semaine.[104] Depuis 1984, le centre de détention de Casabianda met des « chambres conjugales » à la disposition des détenus pour les visites de leur famille. En 2004, une Unité Expérimentale de Visite Familiale (UEVF) a ouvert au centre pénitentiaire pour femmes de Rennes. Des UEVF sont en cours de création aux maisons centrales de Poissy et de Saint-Martin-de-Ré. Il existe 134 structures d'accueil aux abords des

[104]Ibid

établissements pénitentiaires ; parfois de simple abris et d'autres fois de véritables centres d'hébergement pour les familles. L'Administration Pénitentiaire œuvre donc pour le maintien des liens familiaux, participant à la resocialisation de la personne incarcérée.

Le dispositif de soins en santé mentale a conscience, lui aussi, de l'intérêt d'allier la famille dans ses objectifs propres de soins. Les soins psychiatriques s'appuient, notamment en maison d'arrêt, sur la connaissance que le secteur peut avoir du milieu du sujet, en particulier si le secteur connaît déjà des membres de sa famille. Le secteur peut aisément recevoir les familles dans le Centre Médico-Psychologique proche du domicile. Cette prise en charge des familles peut être particulièrement utile en ce qui concerne l'alcoolisme, les toxicomanies, ou certains cas de criminalité sexuelle où l'équipe adulte peut travailler en coordination, avec prudence, avec l'équipe de pédopsychiatrie qui reçoit la victime dans les cas d'inceste.[2]

Des équipes de psychiatrie ont su obtenir la mise en place d'entretiens familiaux en présence de la personne incarcérée. Cette possibilité apparaît comme essentielle pour l'exercice de la psychiatrie en milieu carcéral. Chacun peut entendre la même chose au cours de cet entretien.[104] Le SMPR de Marseille[83] dispose depuis octobre 2001 d'un « espace médiation familiale » où l'équipe psychiatrique peut travailler avec les patients détenus (prévenu et condamné), leurs proches (y compris les enfants) ainsi que les professionnels appelés à intervenir auprès d'eux durant l'incarcération et après leur libération. Les impératifs d'espace, de confidentialité et de temps accordé suffisant y sont parfaitement respectés. L'utilisation en est encore très modeste mais prometteuse. Pour l'heure, il s'agit surtout de mieux préparer la sortie des patients et de mieux comprendre et accompagner les interactions familiales. Ce type d'action devrait se développer progressivement avec l'aide et la compréhension de l'Administration Pénitentiaire. La recherche de la confiance et de l'alliance des proches dans la prise en charge psychiatrique d'une personne incarcérée est souvent nécessaire, face à un détenu ayant une demande de soins relative et pouvant être méfiant à l'égard des soignants dans le contexte de l'incarcération.

[2]Ibid
[104]Ibid
[83]Ibid

Chapitre 2. La continuité des soins après la libération

Le plus souvent, le travail de type psychothérapique prend fin avec la levée d'écrou et la cessation de l'incarcération[161]. Une meilleure articulation avec le dispositif général de soins psychiatriques permettrait d'assurer la continuité des soins avant, pendant et après l'incarcération[55].

Après sa sortie, le détenu souffrant de troubles mentaux doit pouvoir continuer à être suivi. C'est en principe la mission du secteur psychiatrique de son lieu de résidence. Mais certains secteurs (notamment dans les grandes villes et en région parisienne) font preuve d'une réticence manifeste pour la prise en charge de cette population aux antécédents carcéraux.[50]

L'arrêté du 15 décembre 1986 a rendu réglementaire les pratiques de plusieurs SMPR qui prolongent leur travail par un suivi ambulatoire post-pénal réalisé sur un Centre Médico-Psychologique, en concertation avec les secteurs de psychiatrie générale du département. Il s'agit là de poursuivre des prises en charge psychothérapiques difficiles à relayer vers d'autres Centres Médico-Psychologiques de secteur et de profiter de la relation thérapeutique instaurée au cours de la détention.[2]

Pour améliorer le suivi post-carcéral il serait nécessaire [50]:

- d'adresser, après la sortie de prison, la personne au secteur de psychiatrie de l'hôpital psychiatrique de rattachement qui se désignerait comme volontaire, en tenant compte de ce volontariat dans l'attribution des moyens ;
- d'attribuer aux SMPR/DSP des locaux et des moyens extra-pénitentiaires, leur permettant de suivre des personnes après leur sortie, jusqu'à ce que le relais puisse se faire avec le secteur psychiatrique concerné.

Lorsque la personne incarcérée n'est pas du département, sa sortie doit être préparée et il faut trouver des relais dans les secteurs de psychiatrie concernés même s'il n'est pas certain que la personne libérée se rende au rendez-vous fixé[105]. Malgré les efforts locaux des SMPR/DSP, des décisions ministérielles pour l'amélioration du suivi post-carcéral sont nécessaires.

Devant les défaillances actuelles de la continuité des soins à la sortie de prison en partie en lien avec l'absence de protocolisation de l'action du psychiatre dans cette situation, les

[161]Legendre C. Un lieu paradoxal d'effets thérapeutiques : le milieu pénitentiaire. L'Evolution Psychiatrique 1989 ; 54 ; 2 : 321-331.
[55]Ibid
[50]Ibid
[2]Ibid
[50]Ibid
[105]Ibid

Ministères de la Santé et de la justice ont détaillé la conduite médicale indispensable dans le nouveau «guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues officialisé début 2005. Avant sa libération, la personne incarcérée qui fait l'objet d'un suivi, est reçue par un médecin du DSP/SMPR. Celui-ci rédige une lettre pour le médecin de son choix (hospitalier ou libéral), comportant le nom et les coordonnées du médecin traitant en milieu pénitentiaire. Les éléments du dossier médical nécessaires au suivi du patient sont transmis à ce médecin, conformément aux dispositions de l'article R. 1112-6 du Code de la Santé Publique. Le cas échéant, une ordonnance ainsi que des médicaments sont délivrés au patient, afin d'assurer la continuité des soins et des traitements. L'ensemble de ces éléments est placé sous pli confidentiel dans une enveloppe cachetée déposée par le DSP/SMPR au greffe de l'établissement. Les agents du greffe sont chargés de la remettre à la personne détenue au moment de sa levée d'écrou. Les documents qui lui sont remis par le médecin, y compris les résultats d'examens complémentaires, ne font apparaître que le rattachement hospitalier, à l'exclusion de toute mention relative au DSP/SMPR et à l'établissement pénitentiaire. Dans le cadre de la préparation à la sortie pour la poursuite des soins, il est proposé des permissions de sortie accordées en fin de peine afin de favoriser un contact direct avec le secteur de prise en charge psychiatrique. Pour la personne soumise à une injonction de soins, le médecin coordonnateur peut la rencontrer avant sa libération pour aider à la mise en place de la poursuite des soins.

Chapitre 3. Le concept de Psychiatrie de Liaison en milieu carcéral

Section 1. Introduction

S-M. Consoli pose ces questions : « *Peut-on être psychiatre sans être psychiatre de liaison ? En d'autres termes la liaison ne fait-elle pas partie intégrante de notre façon de penser la souffrance, de penser l'individu dans sa globalité, en tant que sujet doté d'un corps et d'un esprit, sujet inscrit dans un tissu social dans lequel il évolue ?* ».[162]

L'évolution actuelle de la psychiatrie traduit non plus une référence à une logique institutionnelle de sectorisation mais une référence à une logique centrée sur le statut du patient[42]. Cette évolution concerne également la psychiatrie en milieu carcéral. La psychiatrie de secteur en milieu pénitentiaire a besoin d'un modèle dans les stratégies d'intervention face à des patients qui ne sont pas initialement demandeurs et dont la pathologie ou l'aggravation de la maladie est en grande partie liée au milieu qui les détient. Pour éviter les risques inhérents à la surspécialisation, la psychiatrie en milieu pénitentiaire doit se développer à l'image de la psychiatrie de liaison telle qu'elle est réalisée par les équipes psychiatriques à l'hôpital général. Ce modèle d'intervention clinique devrait pouvoir limiter les risques éthiques et de cloisonnement propres à l'exercice en milieu pénitentiaire. Il est nécessaire que les équipes intervenant en milieu pénitentiaire ne soient pas isolées au sein de la psychiatrie publique.[48]

Nous voudrions rappeler d'emblée quelques principes[163] :

-- comme la psychiatrie de secteur, la psychiatrie de liaison est en opposition avec l'habitude de confondre institutions et murs : la psychiatrie de liaison se doit d'être mobilisée et ubiquitaire ; elle ne saurait cependant se confondre avec la psychiatrie d'urgence ;

-- la psychiatrie de liaison se doit d'être une psychiatrie de suivi, car il ne s'agit pas uniquement de résoudre des difficultés cliniques, thérapeutiques ou institutionnelles, mais de

[162]Consoli S-M. La psychiatrie de liaison, de ses définitions à la diversité de ses pratiques : quelles perspectives ? Nervure septembre 2000 ; tome XIII ; 6 : 15-22.
[42]Ibid
[48]Ibid
[163]Kipman S-D. Psychiatrie de liaison. Nervure septembre 2000 ; tome XIII ; 6 : 11-14.

tenter d'amorcer une prise en charge des problèmes et des dysfonctionnements psychiques, qu'ils soient ceux des intervenants ou ceux des malades ;
-- on a cru que la psychiatrie de liaison se référait essentiellement au comportementalisme, alors que la référence relationnelle met directement en cause le transfert des patients et le contre-transfert des soignants et de l'institution : c'est la connaissance des mouvements inconscients qui est le gage et le support principal de l'utilité et de l'efficacité de la psychiatrie de liaison ;
-- c'est un travail médical, visant à soigner, y compris par le biais de ses actions pédagogiques ;
-- ce travail se fait non pas sur des lieux spécifiques mais au plus près de la souffrance (ce qui est aussi le fondement de la doctrine de secteur) ;
-- la psychiatrie de liaison permet un accès direct et facile à une forme de soins relationnels qui exige une formation particulière : elle associe, à une action sur la pathologie du patient, une action sur son environnement, ce qui est la forme la plus élaborée du travail en réseau ;
-- c'est donc un travail à la fois en équipe et sur le milieu, associant relations interindividuelles soignantes, travail en réseau et formation des équipes.

Les deux fondements des actions de liaison sont la prise en charge individuelle des pathologies spécifiques au milieu et l'action sur l'institution accueillante. Ces différents concepts sont entièrement applicables à la psychiatrie en milieu carcéral.[48]
La psychiatrie de liaison réalise ainsi un abord dynamique sur le lieu même de prise en charge institutionnelle des patients[164]. Au-delà de la vision statique et limitée d'une simple consultation, son objet concerne le domaine relationnel où elle peut resituer le patient en tant que sujet.
Pour L. Morasz, l'utilité de la psychiatrie de liaison peut se décliner selon les quatre axes[165] :

-- les patients ;
-- les soignants ;
-- la psychiatrie ;
-- le corps social.

[48]Ibid
[164]Chauvot B. Psychiatrie de liaison en institutions. Psychologie médicale 1994 ; 26 ; 9 : 938-940.
[165]Morasz L, Dalery J. De l'intégration du psychiatre de liaison. Annales de Psychiatrie 1999 ; 14 ; 2 : 81-84.

J-L. Senon constate que la psychiatrie pratiquée dans la prison est effectivement bien proche de la psychiatrie de liaison à l'hôpital général [48]:

-- elle s'exerce dans un lieu qui ne lui appartient pas et où elle n'a aucun pouvoir institutionnel ;

-- elle doit, au quotidien, constamment renégocier son instrument de soins et son champ d'intervention, qui dépendent en grande partie de la qualité des relations entretenues avec l'institution accueillante ;

-- les risques d'exclusion et de cloisonnement sont aussi grands avec le milieu accueillant, la prison, qu'avec son milieu d'origine, le secteur de psychiatrie ;

-- elle doit être attentive à conserver son identité comme son éthique ;

-- elle est à l'origine d'une nouvelle clinique, à distance de l'enseignement classique et d'une recherche thérapeutique ;

-- elle se rend sur le champ social et développe ses relations avec les intervenants de médecine somatique, le corps est pris en compte : mutilé, enfermé et livré, il est au centre de la relation thérapeutique ;

-- elle soigne des pathologies sécrétées par le milieu et ses spécificités qui sont souvent de l'ordre de la régression et de la mise à jour de défenses archaïques ;

-- elle traite du passage à l'acte : celui du malade comme celui de l'institution ;

-- elle prend en compte tout autant les aspects institutionnels qu'individuels en restaurant la communication autour du malade ;

-- elle doit permettre à ses intervenants d'assumer un face-à-face singulier avec la souffrance et la mort livrées, avec une acuité particulière, par les malades qu'elle prend en charge.

Section 2. L'identité de la psychiatrie de liaison en milieu carcéral

Une équipe de psychiatrie de liaison, comprend, en plus du psychiatre, des psychologues, des infirmiers, une assistante sociale... L'intervention en psychiatrie de liaison a tout intérêt à exploiter la multidisciplinarité des formations et des compétences en santé mentale. Or il faut impérativement que la liaison soit bonne entre ces différents intervenants à l'intérieur de l'équipe, pour qu'elle puisse être productive et efficace à l'égard des interlocuteurs extérieurs.[162]

---

[48] Ibid

[162] Ibid

L'identité de cette équipe est remise en cause à chaque tension institutionnelle, au moindre incident, à chaque mutation de responsables, comme à chaque mouvement de grève pénitentiaire. Il est nécessaire de rappeler les limites de l'action thérapeutique des soignants, de justifier leurs exigences éthiques et déontologiques, de rassurer sur leur capacité à faire face aux tensions, mais aussi d'expliciter leurs prises de position.[48] L'équipe aura à relever le double défi de son intégration, d'abord, et du maintien de sa différence ensuite[165]. Elle est toujours susceptible de rejet. Elle doit faire l'objet d'un travail d'élaboration sur les enjeux de pouvoir qui passent par la nécessité de conforter son identité de soignant comme de respecter l'identité des pénitentiaires[48]. Pour affirmer son identité, elle doit pouvoir disposer de structures et de moyens identifiés comme tels.

Section 3. Le psychiatre de liaison en milieu carcéral

Le psychiatre est comme les autres intervenants ; il sait ou croit savoir et, avec une grande volonté, il peut réussir ou échouer. Il n'y a de psychiatrie de liaison que dans une certaine humilité.[166] Selon J-B. Garré, les qualités requises, dont la réunion fait le psychiatre de liaison idéal, sont : la modestie, la disponibilité, la diplomatie, l'aptitude à communiquer dans la clarté, l'ouverture d'esprit, la connaissance et le savoir-faire psychiatrique éprouvés, l'expérience en psychologie médicale, une solide culture médicale et la curiosité intellectuelle.[167]

S-M. Consoli a énoncé les dix commandements du psychiatre de liaison. Ces dix commandements peuvent être adaptés au milieu carcéral (tableau XV).

[48]Ibid
[165]Ibid
[48]Ibid
[166]Guillibert E, Granger B. Psychiatrie de liaison en médecine d'adultes : émergence du concept et réalités actuelles. In : Rapport d'assistance : Psychiatrie de liaison, le concept et la réalité. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française (Montréal) 3-9 juillet 1989 ; tome III : 65-78.
[167]Garré J-B. Psychiatrie de liaison : introduction. Annales de Psychiatrie 1997 ; 12 ; 1 : 5-7.

Tableau XV. Les dix commandements du psychiatre de liaison de S-M. Consoli[168], adaptés au milieu carcéral.

Ne pas attendre passivement l'expression d'une demande d'aide ou de soutien psychologique de la part du patient. Être capable de devancer une telle demande. Savoir proposer ses services à des patients qui n'auraient pas consulté spontanément de psychiatre, par ignorance de ce qu'ils pourraient en attendre, par pudeur, par crainte du qu'en dira-t-on, en raison de préjugés culturels, ou bien à la suite d'expérience antérieure décevante, en l'absence de reconnaissance de troubles. Ne pas hésiter à adopter, si besoin, une position pédagogique, en expliquant les effets attendus d'un traitement psychotrope ou les principes d'un traitement psychothérapique.
Ne pas dissimuler ou déguiser auprès du patient la nature psychiatrique de la consultation, ni la spécialité médicale du médecin consultant, quitte à adapter le vocabulaire utilisé à chaque cas particulier et parler de consultation psychologique ou de bilan sur le moral ou d'entretien sur la façon dont sont vécus par le patient ses problèmes de santé. Ne pas dissimuler la provenance de la demande d'une consultation avec le psychiatre.
Respecter la confidentialité des propos intimes tenus par le patient au cours de l'entretien psychiatrique. Rassurer si besoin le patient sur le devoir de discrétion auquel est astreint le psychiatre.
Éviter de confronter le patient à toute forme d'interprétation brutale concernant sa vie psychique ou à une mobilisation affective entraînant un afflux massif d'excitation, car de telles expériences peuvent être vécues par le patient comme une blessure narcissique ou un véritable traumatisme psychique, et induire une résistance éventuelle à un travail psychique ultérieur.
S'efforcer d'actualiser en permanence, non seulement ses propres connaissances en monographie psychiatrique ou en psychopharmacologie, mais aussi un niveau minimal de connaissances médicales et techniques, juridico-pénitentiaires, afin de pouvoir se repérer dans les intrications entre l'individu et l'institution pénitentiaire, de mieux comprendre les contraintes auxquelles ont à faire les personnes en milieu carcéral.
Avoir le souci de transmettre aux équipes soignantes des UCSA, d'échanger les informations nécessaires pour une meilleure compréhension de la pathologie, de la souffrance morale, mais aussi du contexte de vie en détention et des conditions sociales du patient. Compléter toujours les échanges oraux par un compte-rendu écrit rédigé dans le dossier médical commun et/ou le dossier de soins infirmiers, en prenant garde à ne pas utiliser des termes ayant une connotation péjorative, ou des descriptions à caractère purement anecdotique, pouvant desservir le patient, voire permettre à certains soignants non formés ou peu scrupuleux de tourner en dérision ou de rejeter le patient.
Ne pas oublier qu'à côté de la souffrance du patient, la maladie ou le comportement de ce dernier peuvent être à l'origine d'une souffrance de l'entourage familial ou relationnel, mais aussi d'un embarras et d'une souffrance des équipes soignantes, des équipes pénitentiaires. Le psychiatre de liaison se doit d'être à leur service, tout autant au service du patient. Éviter d'être le défenseur ou le complice de l'un ou des uns, au détriment des autres. Promouvoir la mise en place d'une alliance entre le patient, son entourage et l'équipe soignante, autour du projet de soins. Dialoguer avec l'équipe pénitentiaire, si cela est nécessaire à l'amélioration de la prise en charge et de l'état du patient.
Avoir présent à l'esprit que bien souvent les symptômes présentés par le patient ont une finalité défensive ou adaptative. À ce titre, ils ne doivent pas être considérés comme le résultat d'une défaillance ou comme un échec, mais comme l'expression des potentialités dont disposent le patient et comme le témoignage de ses efforts pour maîtriser ce qui a pu le déborder, le prendre de court ou l'agresser. D'une manière générale, il importe que l'intervention psychiatrique puisse être présentée comme pouvant permettre au patient de mieux « contrôler » ce qui lui arrive et de prendre une position active face à ses problèmes de santé et/ou des événements personnels subis passivement.
Ne pas se contenter d'une position d'observateur neutre, analysant finement une situation clinique mais s'interdisant d'intervenir dans le concret. Le patient et/ou les soignants et/ou l'équipe pénitentiaire attendent généralement une réponse pragmatique : Que faire ? Comment modifier une situation ? Comment évaluer l'efficacité d'une action entreprise ?
Ne jamais sous-estimer l'importance de l'investissement dont le psychiatre consultant peut être l'objet de la part du patient, même à l'occasion d'une rencontre unique. Une relation initialement méfiante, sceptique, distante, peut vite basculer dans une dépendance sans nuance. Il importe de savoir gérer les risques d'une telle dépendance, en se situant d'emblée comme l'un des éléments du réseau thérapeutique du patient, en évitant des entretiens trop longs ou répétés avec des patients dont on sait qu'on ne pourra les suivre, et en s'arrangeant pour garder le contact avec un patient adressé, à sa sortie de la prison, à un psychiatre ou psychothérapeute extérieur, afin d'éviter tout sentiment préjudiciable d'abandon.

[168]Consoli S-M. Psychiatrie à l'hôpital général. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie 1998 ; 37-958-A-10 : 11.

Section 4. Le rapport au lieu d'intervention : la prison

Il y a une notion « d'extra-territorialité » qui est très importante dans la définition de la psychiatrie de liaison. L'essentiel du travail psychiatrique se fait ici « hors » des murs, les murs habituels et sécurisants des structures de santé mentale. Le psychiatre de liaison s'occupe ainsi de santé mentale et, d'une manière générale, de psychologie individuelle ou collective, ailleurs que dans son univers traditionnel.[162] Pour le psychiatre et son équipe, le travail réalisé ainsi sous le regard des autres et l'absence de territoire personnel constituent des handicaps mais aussi des stimulants non négligeables. Toute institution recèle une part de non-dit nécessaire à son fonctionnement. Cela pourrait choquer mais il serait tout à fait irréaliste d'engager le psychiatre dans un rôle de dévoilement systématique, quand la nécessité ne s'en fait pas pleinement sentir.[166]

Les exigences spécifiques du milieu carcéral sont à prendre en compte par le psychiatre[2] (circulaire du 8 décembre 1994) :

-- prendre en compte la spécificité du lieu et les contraintes liées à l'organisation de la vie en détention ;

-- élaborer un projet thérapeutique prenant en considération les aléas de la durée de l'incarcération ;

-- travailler dans la perspective de passer le relais à une autre équipe de soins ;

-- délimiter les champs d'intervention respectifs du soin et de l'exécution de la peine.

En prenant en compte ces exigences, l'équipe psychiatrique peut développer différents types de relation à l'institution carcérale. Selon L. Morasz[165], il existe trois niveaux d'intégration à l'institution, qui ne sont pas nécessairement chronologiques :

-- la coexistence technique où les soignants psychiatriques et l'Administration Pénitentiaire, qui se pensent contraires, tentent de cohabiter : l'opposition ;

-- la reconnaissance mutuelle où les soignants psychiatriques finissent par faire alliance avec le milieu carcéral dans lequel ils évoluent : la confusion ;

-- l'alliance collaboratrice née du désir de chacun de fonctionner et d'apprendre ensemble (ultime niveau), toujours remise en question : la collaboration professionnelle.

---

[162]Ibid
[166]Ibid
[2]Ibid
[165]Ibid

Section 5. Les différentes réponses possibles à apporter aux demandes

Il faut s'interdire de classer les demandes qui sont faites par les différents interlocuteurs en demandes bonnes ou mauvaises, pertinentes ou déplacées, valorisantes ou humiliantes. Toute demande est bonne à prendre. Toute demande est à entendre comme l'expression d'une souffrance du patient, ou de l'institution, ou comme l'aveu d'un embarras, d'une impuissance.[162] Il y a, par contre, dans la pratique de la liaison des appels programmables, un travail au quotidien, et des interventions nécessitant une mobilisation immédiate, à partir du moment où le dispositif a été conçu pour répondre à une telle éventualité.

On peut classer les interventions thérapeutiques pratiquées en psychiatrie de liaison selon différents critères : l'interlocuteur auquel l'intervention s'adresse, la nature de l'intervention, l'identité de l'intervenant. En cas d'intervention comprenant plusieurs volets ou plusieurs intervenants, il faut se mettre d'accord sur les rôles respectifs de chacun.[169]

Tableau XVI. Classification des interventions thérapeutiques en psychiatrie de liaison selon Zumbrunnen R.[169], adaptée au milieu carcéral.

A. Selon l'interlocuteur auquel l'intervention s'adresse 1. Le patient (le plus souvent) 2. L'équipe soignante psychiatrique et/ou somatique 3. Autres : équipe pénitentiaire, juge d'instruction, SPIP...
B. Selon la nature de l'intervention 1. Pharmacologique 2. Psychologique 3. Autres : modification de l'environnement, transfert en milieu psychiatrique, etc.… L'intervention peut associer fréquemment ces trois domaines simultanément, ou successivement au cours de la prise en charge.
C. Selon l'identité de l'intervenant 1. Le médecin de l'UCSA 2. Les infirmiers UCSA ou SMPR/DSP 3. Le personnel para-médical (assistante sociale, psychologue...) 4. Le psychiatre consultant 5. Autres (famille, association...)

[162] Ibid
[169] Zumbrunnen R. Psychiatrie de liaison. Editions Masson, collection médecine psychothérapie 1992 : 230.
[169] Ibid

Il importe que la personne incarcérée dans l'établissement voit ses troubles du comportement diurnes ou nocturnes ou son anxiété dépressive traités de façon à assurer aussi bien son confort personnel que de permettre sa tolérance dans l'institution puis son insertion dans cette dernière. La psychiatrie de liaison devra donc tenter d'aborder le système des interactions dans le cadre de l'institution carcérale.[164]

Section 6. Le concept de réseau en psychiatrie de liaison

Soigner c'est lier et rapprocher toutes les institutions de soins pouvant apporter une réponse thérapeutique à la personne incarcérée malade en évitant soigneusement l'isolement et le travail en vase clos[30]. La psychiatrie de liaison nous confronte aux questions du secret, des confidences et des responsabilités, au travers de ce qui fait son essence et sans quoi elle n'aurait véritablement pas d'âme : sa mission de transmission[170]. Il existe une bipolarité foncière de toute intervention en psychiatrie de liaison : les activités de consultation, certes, mais, bien plus, les activités de liaison, visant la cohérence d'une approche multidisciplinaire de l'individu, promouvant une prise en considération globale[168]. Il est nécessaire de prendre en compte le tiers dans la relation traditionnelle patient/consultant spécialisé : ce tiers est représenté par l'équipe soignante, la famille, la société et l'institution[167]. Le travail du psychiatre de liaison sera attentif à respecter et à conforter le rôle des pénitentiaires tout comme celui de l'équipe médicale : ce n'est pas en déstabilisant l'institution ou en la disqualifiant que l'on permet une évolution favorable du détenu malade[48]. Le psychiatre est, selon S-M. Consoli, davantage du côté de l'institutionnel, donc au service des équipes, qu'au service des malades, et davantage dans une visée à long terme qu'à très court terme, avec l'espoir de pouvoir favoriser chez les différents partenaires des attitudes de prévention, non seulement secondaires mais aussi primaires[162]. C. Manzarena considère que la psychiatrie de liaison intègre les particularités liées au milieu d'exercice carcéral, à la multiplicité des

[164]Ibid
[30]Ibid
[170]Consoli S-M. Transmettre sans trahir : une impérieuse nécessité pour la psychiatrie de liaison. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale mai 2003 ; tome VII ; 66 : 7-14.
[168]Ibid
[167]Ibid
[48]Ibid
[162]Ibid

intervenants du monde pénitentiaire et aux pathologies spécifiques. Elle permet la prise en charge multidisciplinaire de ces personnes incarcérées-patients.[30]

Le travail de la psychiatrie de liaison doit dépasser les murs de la prison, la liaison est nécessaire avec l'équipe de psychiatrie du secteur concerné lorsque le patient est libéré pour permettre la poursuite des soins[164].

Plus largement, il est essentiel que l'on travaille en permanence en articulation les uns avec les autres, dans un esprit de réseau qui intègre les structures publiques, les structures privées, les praticiens libéraux et les moyens associatifs. On ne peut, par définition, se suffire à soi-même quand on fait de la psychiatrie de liaison : on ne peut être qu'une pièce du puzzle.[162] Il est essentiel de maintenir un rattachement à la psychiatrie sectorielle pour lutter contre toute hyperspécialisation, source de cloisonnement[171].

[30]Ibid
[164]Ibid
[162]Ibid
[171]Giravalli P, Lançon C, Pin M. Aspects actuels de la psychiatrie de liaison. Annale Psychiatrique 1992 ; 7 : 190-194.

Chapitre 4. La renaissance de « l'Asile-Prison » à travers la Loi Perben : les Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées

Tableau V.

QUELLES SERAIENT, SELON VOUS, LES DERIVES POSSIBLES DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL ?	
Une dérive vers « l'Asile-Prison », et un désinvestissement de la psychiatrie sectorielle.	20%

Parmi les psychiatres interrogés, 20% s'inquiètent de la création de structures hospitalo-pénitentiaires psychiatriques, et d'une fracture du lien fragile existant entre la psychiatrie en milieu carcéral et la psychiatrie de sectorielle. Le divorce entre la psychiatrie en milieu pénitentiaire et la psychiatrie générale de secteur a été négocié sur des différends administratifs acutisés ces dernières années. Les psychiatres intervenant en milieu carcéral ont refusé d'entendre les difficultés de leurs collègues hospitaliers sur la gestion de patients étiquetés « difficiles » au sens administratif du terme (responsabilité des évasions des détenus hospitalisés en centre hospitalier, courrier, téléphone, visite des familles, parloir avocats et autres spécificités habituellement dévolues à l'Administration Pénitentiaire...). Les psychiatres des secteurs de psychiatrie générale, submergés par ces mêmes craintes, refusèrent d'entendre les plaintes de leurs collègues du milieu carcéral quant à l'aménagement et à l'évolution des soins psychiatriques aux personnes incarcérées. L'hospitalisation des personnes incarcérées présentant des troubles psychiatriques est devenue une problématique centrale dans le dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral. Le résultat est la naissance du concept « des Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées » (UHSA), réponse de la loi Perben du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice.[112] Cette loi pose le principe que les hospitalisations des personnes incarcérées, avec ou sans consentement, sont réalisées dans les établissements de santé au sein d'unités spécialement aménagées, sortant ainsi de l'organisation sectorielle de la psychiatrie[56]. Les détenus se voient, en outre, reconnaître les mêmes droits que toute personne hospitalisée. Elle modifie les critères de l'hospitalisation sous contrainte des détenus jusqu'alors alignés sur ceux de l'hospitalisation d'office.[172]

[112]Ibid
[56]Ibid
[172]Elguiz F. De nouveaux droits pour les détenus; loi d'orientation et de programmation pour la justice (Titre V

Section 1. La loi d'orientation et de programmation pour la justice

Le 7 avril 2002, les Ministères de l'Emploi et de la Solidarité et de la Justice ont présenté un programme national pour l'amélioration de la prévention de la prise en charge sanitaire des personnes incarcérées, qui fait suite au rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sanitaires et Sociales et de l'Inspection Générale des Services Judiciaires, de juin 2001, sur l'organisation des soins aux détenus.[173] La loi d'orientation et de programmation pour la justice a été votée par le Parlement en août 2002 ; elle concerne notamment les personnes incarcérées atteintes de troubles mentaux. Son article 48 prévoit que les personnes incarcérées présentant des troubles mentaux pourraient bénéficier d'hospitalisation, avec ou sans consentement, dans des unités spécialement aménagées (annexe 6).[174] Le Sénat[154] constate que la présence de plus en plus importante de personnes incarcérées atteintes de troubles mentaux pose des difficultés à l'Administration Pénitentiaire ; les dispositions de la loi devraient permettre d'améliorer la prise en charge de ces personnes, grâce notamment à la création de ces unités.

La loi modifie les critères de recours à l'hospitalisation sous contrainte des détenus. Le décret du 8 décembre 1998 avait aligné les critères d'admission en hospitalisation sous contrainte des détenus sur ceux définis par l'hospitalisation d'office. Ces critères pouvaient être jugés trop restrictifs et le législateur a entendu assouplir les conditions d'accès à l'hospitalisation sous contrainte des détenus.[175] Conformément aux recommandations du Conseil de l'Europe et aux conclusions de la commission Strohl, les deux régimes d'hospitalisation sous contrainte (d'office et à la demande d'un tiers) doivent en effet être fusionnés[172]. Le législateur s'inscrit dans la lignée des projets de réforme de la loi du 27 juin 1990, qui prônent la nécessité de soins, comme seul critère de l'indication de l'hospitalisation sous contrainte[175].

---

de la loi N°2002-1138 du 9 septembre 2002,J.O du 10-09-02). Actualités Sociales Hebdomadaires 25 octobre 2002 ; 2282 : 13-18.

[173]Alméras C. Améliorer la prise en charge de la santé mentale des détenus. Soins Psychiatrie mai 2002 ; 220 : 13.

[174]Rossinelli G. Hospitalisation des détenus : vers de nouvelles orientations ? L'Information Psychiatrique avril 2004 ; 80 ; 4 : 303-306.

[154]Ibid

[175]Viaules E. Loi Perben, la réforme de la psychiatrie pénitentiaire. Soins Psychiatrie janvier et février 2003 ; 224 : 10-12.

[172]Ibid

[175]Ibid

L'hospitalisation doit désormais répondre à une triple condition[172] :

-- le détenu nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier ;

-- ses troubles mentaux constituent un danger pour lui-même ou pour autrui ;

-- les troubles doivent également rendre impossible son consentement.

Une procédure identique à celle de l'hospitalisation d'office des malades mentaux est mise en place (tableau XVII).

Tableau XVII. Comparaison des procédures d'hospitalisation d'office de droit commun et d'hospitalisation sous contrainte des détenus[175].

Procédure d'hospitalisation		
	Hospitalisation d'office de droit commun	Hospitalisation sous contrainte des détenus
Indication	Les troubles compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes.	État nécessitant des soins immédiats et une hospitalisation constante en milieu hospitalier ; troubles mentaux présentant un danger pour le détenu ou pour autrui ; troubles rendant impossible son consentement.
Procédure : conditions	-- arrêté motivé du préfet du département (préfet de police à Paris). -- certificat circonstancié établi par un médecin extérieur. -- admission désignée pour une durée limitée à un mois.	
Certificats médicaux de contrôle et de renouvellement	-- certificat établi par un médecin du service attestant de la nécessité de la mesure. -- certificat de contrôle et de renouvellement : dans les jours et le mois suivant l'hospitalisation, tous les mois, constatant l'état du patient, l'évolution des troubles, le renouvellement ou non de la mesure.	
Faits générateurs de la levée de l'hospitalisation	-- par arrêté préfectoral après certificat motivé d'un médecin qualifié interne ou externe. -- absence d'un arrêté de renouvellement. -- sur intervention judiciaire de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP).	

Le nouvel article L.3014-2 du Code de la Santé Publique pose un principe général : les droits reconnus aux détenus hospitalisés pour troubles mentaux s'appliquent sous réserve des restrictions rendues nécessaires par sa qualité de détenu ou, s'agissant des hospitalisations

[172]Ibid
[175]Ibid

sans consentement, par son état de santé[172].

Section 2. Les réticences à l'égard des UHSA

La pression de la société et de ses responsables ne contraint-elle pas à revenir en arrière sur les acquis obtenus pour les patients ? La "re"création des asiles par le biais de l'instrumentalisation de la psychiatrie n'est-elle pas à l'œuvre, quand sont institués ces nouveaux lieux de soins spécialisés pour malades mentaux incarcérés ?[112]

§1. Le problème de la proximité

L'hospitalisation sous contrainte, en application des dispositions de l'article D.398 du Code de Procédure Pénale, ne se conçoit que dans un véritable service de psychiatrie générale et non dans un quartier spécifique de détention, créé dans l'enceinte d'une prison ou d'un hôpital. Au regard d'une logique de proximité et de continuité des soins, la personne incarcérée malade mentale hospitalisée doit être incluse dans le dispositif sanitaire commun. Elle peut être accueillie en hospitalisation dans l'hôpital de rattachement du dispositif de soins psychiatriques de la prison, mais elle devrait l'être plutôt, en priorité, dans le secteur psychiatrique d'origine ou celui qui est appelé à assurer la continuité des soins après la libération.[176]

M. Beloncle alerte sur des UHSA qui apparaîtraient comme un modèle très opératoire qui nierait les questions essentielles comme la proximité, le lien et la continuité des soins, surtout s'il prétendait avec le seul SMPR, et sans recours au secteur de psychiatrie générale pour certains cas et aux UMD pour d'autres, répondre à l'ensemble des situations psychiatriques rencontrées[145].

Le risque est de compromettre la réinsertion socio-familiale, en raison de l'éloignement[177].

---

[172]Ibid
[112]Ibid
[176]Archer E. Contribution de l'ASPMP et des UMD aux débats actuels sur les soins en prison. Forensic avril, mais, juin 2001 ; 6 : 13-14.
[145]Ibid
[177]Raynal F. La prison, une annexe de la psychiatrie ? Actualités Sociales Hebdomadaires 13 juin 2003 ; 2315 : 27-30.

§2. Le problème de la ségrégation

Selon E. Archer, ce type d'unité est stigmatisant et il rappelle que tous les malades mentaux, qu'ils aient commis ou non une infraction pénale, doivent bénéficier des mêmes soins. Globalement, ceux qui sont incarcérés ne sont pas plus dangereux que ceux pris en charge par la psychiatrie générale. Avec les unités spécialement aménagées, l'étiquette "détenu" restera et compliquera le relais avec les services de psychiatrie classique, visant à la continuité des soins. Cela risque de limiter les chances de réinsertion professionnelle de la personne et de nuire à la continuité des soins avec les services psychiatriques classiques.[177]

Certains psychiatres de secteur sont favorables aux UHSA, puisqu'elles leur permettraient de ne plus prendre en charge ces malades encombrants. Plus on développera des soins en prison, moins les services hospitaliers extérieurs se sentiront obligés d'accueillir ces personnes présentant des pathologies lourdes.[158]

Ce n'est pas le cas de E. Archer[176] qui pense que la psychiatrie intersectorielle peut s'adapter. Les futures unité intersectorielles fermées pourront accueillir en hospitalisation psychiatrique sous contrainte, dans des conditions architecturales et humaines satisfaisantes, les patients, détenus ou non, qui nécessitent une surveillance particulière et des soins attentifs en milieu hospitalier. Ces unités constituent, si elles sont en lien avec les secteurs psychiatriques d'origine ou de destination, une solution cohérente aux difficultés que rencontrent aujourd'hui nombre d'équipes de secteur. Pour certains patients encore plus difficiles, sous écrou ou non, le recours à l'UMD dans les conditions réglementaires continue à être pertinent.

§3. L'insuffisance de moyens

Pour J-M. Chabannes, ces UHSA vont nécessiter des moyens sous peine de devenir des asiles de patients "dangereux sociaux"[112]. F. Raynal pense que ce ne sera qu'un "pansement sur une jambe de bois" éludant une véritable réflexion sur la politique de prise en charge des malades mentaux dans notre société[177]. Leur création irait à contre-courant des difficultés de

[177]Ibid
[158]Ibid
[176]Ibid
[112]Ibid
[177]Ibid

démographie médicale que connaît la psychiatrie publique. Les moyens financiers accordés ne seraient pas par ailleurs à la hauteur des besoins.

§4. L'hyperspécialisation et le rapprochement du judiciaire

J-M.Chabannes[112] s'inquiète d'une dérive où hyperspécialisation et rapprochement du judiciaire aboutiraient à l'instrumentalisation de la psychiatrie avec la création, par exemple, d'unités spéciales pour délinquants sexuels. Les UHSA pourraient être la première étape dans cette direction.

D'autre part E. Archer rappelle que si elles sont installées dans l'enceinte de l'hôpital, ces unités spécialement aménagées n'en sont pas moins des quartiers de détention où s'appliquent les règles pénitentiaires avec des surveillants[177]. Or, si des soins sans consentement sont possibles à l'hôpital, ce n'est normalement pas le cas en prison. Ce système pourrait ainsi autoriser l'entrée en prison des soins obligés, avec les risques que cela comporte et que condamne le Conseil de l'Europe.

§5. Le risque d'augmentation de la population carcérale présentant des troubles psychiatriques

Tableau V.

QUELLES SERAIENT, SELON VOUS, LES DERIVES POSSIBLES DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL ?	
L'aggravation du problème expertal avec une augmentation de prononciations d'irresponsabilité partielle au détriment de l'irresponsabilité totale.	6%

Il est étonnant de constater que seulement 6% des psychiatres interrogés s'inquiètent de l'évolution des expertises psychiatriques, alors que de nombreux auteurs rendent en partie responsable les experts et leurs décisions de l'augmentation du nombre de personnes incarcérées psychotiques en milieu carcéral. La reconnaissance systématique de la

[112]Ibid
[177]Ibid

responsabilité pénale des personnes souffrant de troubles mentaux (et d'abrogation pure et simple de l'article 122-1 du Code Pénal) aggraverait l'augmentation de la population carcérale présentant des troubles psychiatriques. Les experts auprès des tribunaux n'hésiteront plus à déclarer responsable pénalement la personne souffrant de troubles psychiatriques car ils auront la certitude que celle-ci bénéficiera d'une prise en charge adaptée dans le cadre carcéral. La criminalisation des troubles mentaux permettra d'évacuer la difficulté à soigner les patients les plus difficiles. L'alternative à l'hospitalisation sera la prison[55]. Ce serait un recul énorme de l'humanisme de la psychiatrie[177]. Il est nécessaire d'engager une réflexion sur l'expertise psychiatrique : ses missions, sa technicité, sa finalité, ses moyens de fonctionnement ; ce qui implique un questionnement de la société sur les soins psychiatriques et sur la place à donner aux malades mentaux délinquants[140]. Cette réflexion pourrait être réalisée de façon officiel au cours d'un travail d'élaboration d'un consensus sur l'expertise psychiatrique par la Haute Autorité de Santé. Elle est indispensable pour éviter des dérives dans les fonctions des futures UHSA.

Section 3. Les arguments pour la création des UHSA

Tableau I.

QUELLES SONT, SELON VOUS, LES PRIORITES ACTUELLES DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL ?	
La création des Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées	9%

Malheureusement, seul 9% des psychiatres interrogés envisagent la création des Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées comme une priorité des soins en milieu carcéral. Pourtant de multiples arguments soutiennent leur création.

§1. Une meilleure organisation

Avec la création des UHSA, les soins et la garde sont clairement dissociés et les rôles sont clarifiés.

[55]Ibid
[177]Ibid
[140]Ibid

La localisation hospitalière de ces unités et la tutelle de santé clairement prééminente permettent d'envisager un soin psychiatrique intensif de qualité.[55] A terme, cela devrait faire disparaître les SMPR, lieux considérés par J-L. Terra comme non sanitaires.[104]

Après que le personnel soignant soit allé en prison, le personnel pénitentiaire va venir à l'hôpital psychiatrique[140]. Il connaît très mal le milieu psychiatrique. Les UHSA, du fait de l'obligation de présence de personnel pénitentiaire, permettraient à l'Administration Pénitentiaire de mieux percevoir les problématiques psychiatriques et d'augmenter sa sensibilisation à ces problèmes.

La présence du personnel pénitentiaire dans les UHSA règle le problème de la responsabilité de la surveillance (évasion) des personnes incarcérées hospitalisées en psychiatrie.

§2. La diversité des modes d'hospitalisation

Dans les UHSA seraient admises les personnes incarcérées pour des soins acceptés ou obligatoires, de courte ou de plus longue durée. Cela réglerait donc efficacement les problèmes organisationnels et permettrait une plus grand souplesse de fonctionnement et une diversité des modes d'hospitalisation.[34] La tutelle ne s'y est pas trompée, puisqu'elle étend dans la loi "Perben" les circonstances de l'hospitalisation d'office D.398 du Code de Procédure Pénale aux conditions habituellement rencontrées en milieu libre pour l'hospitalisation à la demande d'un tiers (danger pour soi-même ou pour autrui). Un détenu présentant un risque suicidaire peut maintenant justifier d'une hospitalisation d'office en milieu psychiatrique[42]. L'hospitalisation avec le consentement de la personne incarcérée sera recherchée. Ceci permettra à la personne incarcérée présentant des troubles psychiatriques de discuter une demande d'hospitalisation auprès de son psychiatre traitant comme en milieu libre[145]. Le psychiatre ne sera plus obligé d'attendre que le personnel pénitentiaire constate que le comportement de la personne malade psychiatrique rend impossible son maintien en détention. L'indication d'hospitalisation répondra mieux à la nécessité première de soins psychiatriques pour la personne.

---

[55]Ibid
[104]Ibid
[140]Ibid
[34]Ibid
[42]Ibid
[145]Ibid

§3. L'adaptation à une population spécifique

L'évolution du dispositif de soins en santé mentale aux personnes incarcérées va, comme beaucoup d'autres dispositifs, vers la spécificité, c'est-à-dire théoriquement vers une meilleure connaissance des problèmes et une meilleure efficacité[55]. L'UHSA permettrait de répondre aux conditions obligatoires, en lien avec le statut des personnes incarcérées (sécurité, parloir)[34]. La reconnaissance de la nécessité d'une prise en charge spécifique à travers la création des UHSA pourrait potentiellement constituer une avancée devant le non-dit des difficultés actuelles[174]. Les équipes soignantes formées aux problématiques de la population carcérale devraient éviter de se retrouver dans le même désarroi que les équipes soignantes de secteur[140]. Elles apporteraient des prises en charge plus efficaces.

§4. La possibilité de l'adjonction d'un objectif judiciaire

G. Rossinelli pense que les unités à venir, recevant dans le cadre hospitalier les personnes incarcérées présentant des troubles mentaux, pourraient aussi être utilisées pour l'observation expertale pendant les phases d'instruction de la procédure judiciaire, permettant ainsi, par des contrats clairement définis, un temps d'approfondissement et d'observation dans le champ expertal, justifiant de manière plus éclairée la punissabilité et l'accessibilité à la sanction pénale des personnes sous main de justice[178].

§5. Des craintes injustifiées

Toutes les craintes des détracteurs du volet psychiatrique de la loi Perben ne sont pas justifiées[179]. Les risques liés au double marquage détenu/malade mental semblent notamment artificiels. Il n'existe pas de risque de limiter la réinsertion professionnelle de la personne

[55]Ibid
[34]Ibid
[174]Ibid
[140]Ibid
[178]Rossinelli G. Loi Perben II : paradoxes et évolutivité de la psychiatrie légale. L'Information Psychiatrique avril 2004 ; 80 ; 4 : 271-278.
[179]Viaules E. Vers une prise en charge sanitaire adaptée pour les détenus. Soins Psychiatrie mai-juin 2004 ; 232 : 16-18.

incarcérée du fait d'une hospitalisation en unité spécialement aménagée. S'il est vrai qu'un futur employeur pourrait avoir connaissance d'une condamnation via l'extrait du casier judiciaire, aucun moyen ne lui permettrait d'obtenir des informations sur le passé médical, ou psychiatrique de la personne. Les problèmes de la continuité des soins et de l'insertion dans la cité des malades mentaux aux antécédents d'incarcération, sont surtout le reflet d'une stigmatisation par les professionnels de la psychiatrie. La réinsertion sociale et familiale de la personne incarcérée parait davantage menacée, par l'absence de proximité et de maintien des liens avec l'extérieur, notamment familiaux, facteurs clés de son succès. La reconnaissance systématique de la responsabilité pénale des personnes souffrant de troubles mentaux, reviendrait également à nier la réalité de la maladie mentale. Le procès pénal et la sanction supposent un acteur capable de discernement. Sinon, que peut-on en attendre ? Enfin, la mise en place des UHSA n'exclut pas une réflexion nationale sur l'avenir de la psychiatrie et sur l'évolution de la santé mentale.

Section 4. Réflexions sur le fonctionnement et la mise en place des UHSA

La tentation de notre société est grande de mettre en place des structures pour tenter de répondre à certains problèmes sans se donner les moyens d'en permettre le fonctionnement[140]. Le premier projet envisagé au Sénat[154] sous-estimait clairement les moyens nécessaires pour le bon fonctionnement des futures UHSA. Dix unités d'hospitalisation sécurisées de psychiatrie devaient être créées pour une capacité de 244 lits. Le coût en investissement de sécurisation de ces dix unités a été évalué à 11,5 millions d'euros. Pour assurer les fonctions pénitentiaires de sécurité, de suivi, de coordination et de maintien des liens familiaux, 140 emplois de personnel de surveillance devaient être créés.

Les débats qui ont alimenté la réflexion du groupe de travail des Ministères Justice/Santé en charge de proposer des mesures concrètes visant l'article 48 de la loi d'orientation et de programmation pour la justice et, la création des unités spécialement aménagées pour l'hospitalisation psychiatrique des personnes détenues ont porté sur trois thèmes[55] :

-- l'estimation du besoin en lits d'hospitalisation psychiatrique pour les personnes détenues ;

[140]Ibid
[154]Ibid
[55]Ibid

-- la configuration du schéma d'hospitalisation psychiatrique des personnes détenues ; elle devrait répondre à une logique de continuité des soins et de proximité ;

-- les conditions de fonctionnement des unités spécialement aménagées.

Les réponses à ces différentes questions furent apportées par le groupe de travail des Ministères Justice/Santé en juillet 2003 dans leur rapport.

Il est important de calibrer, de la façon la plus adéquate possible, le nombre de lits nécessaires pour les UHSA, afin d'éviter deux écueils[68] :

-- une sous-estimation, qui entraînerait une asphyxie très rapide des UHSA ;

-- une surestimation : l'offre créant la demande, il y aurait risque de transfert et de chronicisation, en établissements de santé, de personnes détenues qui n'en relèveraient pas.

Le nombre total de lits devrait être compris dans une fourchette nationale allant de 654 à 829 lits. La taille optimale des unités d'hospitalisation est entre 15 et 20 lits, la direction de l'Administration Pénitentiaire privilégiant le chiffre maximum. Deux à trois unités pourraient être rassemblées dans une même enceinte, formant une seule UHSA, sans toutefois dépasser le seuil de 45 à 60 lits par UHSA.

Dans le rapport du groupe de travail interministériel, il est envisagé 27 à 30 UHSA pour 695 à 830 lits, selon la répartition du tableau suivant XVIII[68].

[68]Ibid
[68]Ibid

Tableau XVIII. Répartition des UHSA par région avec nombre de lits selon le travail interministériel de réflexion sur la mise en place des UHSA.

Régions	Nombre de lits	Nombre d'UHSA
Alsace	20	1
Aquitaine	30 à 35	1
Auvergne	10 à15	1
Basse-Normandie	20	1
Bourgogne-Franche-Comté	30	1
Bretagne	20	1
Centre	30	1
Champagne-Ardenne	15 à 20	1
Corse	10 à 15	1
Haute-Normandie	30	1
Île de France	125 à 160	3 à 4
Languedoc-Roussillon	30	1
Lorraine	30 à 40	1
Midi-Pyrénées	30	1
Nord-Pas-de-Calais	50 à 65	1 à 2
Région PACA	65 à 75	2
Pays de Loire	20	1
Picardie	20	1
Poitou-Charentes – Limousin	20 à 30	1
Rhône-Alpes	45 à 60	1 à 2
Guadeloupe	10 à 15	1
Guyane	10 à 15	1
Martinique	10 à 15	1
Réunion	15 à 20	1
Total	**695 à 830**	**27 à 30**

Il semble difficile de maintenir l'hospitalisation de proximité dans la mesure où, d'une part les secteurs refusent de continuer à assumer une mission de sécurité liée à l'exécution de la peine qui n'est pas de leur ressort, et d'autre part les critères d'une telle hospitalisation sont difficiles à cerner.

Par contre, il semble capital de :

-- faire en sorte que les UHSA soient installées au meilleur niveau de proximité possible ; qu'une coordination soit assurée entre les différentes équipes concernées afin de permettre la continuité des soins, et que la question des transports soit soigneusement étudiée ;

-- favoriser des mesures d'aménagement de peine permettant l'hospitalisation de personnes détenues, sous réserve de l'accord du responsable du service d'accueil, sans avoir besoin d'appliquer des mesures particulières de surveillance. La seule obligation faite alors à l'établissement de santé serait d'informer l'autorité judiciaire et le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation en cas de manquement aux obligations fixées dans le cas de l'aménagement de peine.

Il serait souhaitable de confier au directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation, le soin de fixer le nombre de lits et d'UHSA, en concertation avec le directeur régional des services pénitentiaires, les médecins responsables des SMPR et les équipes de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire.

Les critères de localisation et de rattachement des UHSA pourraient être :

-- l'accessibilité ; il est impératif que les UHSA soient situées dans un lieu bien desservi par les transports en commun ;

-- la proximité d'une Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale ou, à défaut, d'un établissement de santé de rattachement d'une Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires ;

-- une superficie suffisante pour implanter l'UHSA ;

-- l'attractivité et la motivation de l'établissement de santé.

Il est logique que les UHSA soient rattachées aux SMPR en tant qu'unité fonctionnelle. Toutefois, cela ne serait possible que si le SMPR joue véritablement ses rôles de coordination régionale et d'animation du réseau de soins psychiatriques au bénéfice des personnes détenues, en lien avec le dispositif général de soins psychiatriques.

Il faut insister sur la nécessité d'éviter les filières ségrégatives, la personne détenue devant intégrer le dispositif ordinaire à sa sortie de prison[55].

---

[55]Ibid

Il convient de souligner que les UHSA ne peuvent être créées par simple redéploiement des moyens existants dans les SMPR[68]. À l'instar des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI) prévues pour la prise en charge hospitalière somatique des personnes détenues, elles devront bénéficier d'une allocation de moyens.

Concernant l'articulation sanitaire et pénitentiaire, deux principes fondamentaux sont posés :
-- la clarté des rôles des personnels pénitentiaire et sanitaire, fondamentale pour les malades détenus, pour éviter toute confusion ;
-- l'UHSA est un lieu où doit s'exercer la primauté du soin, même si les personnes détenues demeurent sous écrou pendant leur hospitalisation et sont notamment soumises à des règles particulières restreignant leur liberté d'aller et venir et de communiquer.
Le personnel soignant doit être en nombre suffisant, fortement motivé, particulièrement formé et sans réticence ni peur pour exercer dans un milieu ressenti comme dangereux. Le recrutement de ce personnel devrait faire l'objet d'une procédure rigoureuse. Tout agent souffrant d'un sentiment d'insécurité personnelle, le mettant en danger ainsi que le reste de l'équipe, ne devrait pas y exercer.[140] De même, le personnel pénitentiaire sera en nombre suffisant, stable, spécifiquement formé au travail dans ce contexte particulier où sa mission de sécurité s'exercera de manière adaptée au milieu hospitalier et dans la mesure où il aura une relation à la personne détenue différente de celle qui est habituellement la sienne[68].
Une collaboration étroite entre les personnels sanitaire et pénitentiaire concourt à la sécurité de l'unité avec des rôles différents. Cette collaboration implique une définition précise de leur mission, de leur zone de compétences et de leur articulation. Elle doit reposer sur des échanges fréquents et formalisés, dans le respect de leurs compétences et de leur déontologie respectives. Certaines situations, comme l'intervention du personnel pénitentiaire en cas d'événements graves, devront donner lieu à une protocolisation. En tout état de cause, les personnels sanitaire et pénitentiaire devront avoir une préoccupation partagée en matière de prévention des incidents et de sécurité.

La mise en oeuvre du règlement intérieur et l'organisation des soins relèvent du directeur de l'établissement de santé et du responsable médical de l'unité. La gestion des incidents est de leur seule responsabilité et ils les traiteront comme dans tout autre service hospitalier. Il n'y

[68]Ibid
[140]Ibid
[68]Ibid

aura pas de notion de faute disciplinaire. Par contre, lors de la survenue éventuelle d'une infraction pénale, le directeur de l'établissement de santé saisira l'autorité judiciaire. L'indication de l'hospitalisation de la personne incarcérée s'établira d'un commun accord entre le psychiatre de l'établissement où elle est incarcérée et le psychiatre responsable de l'UHSA. Le directeur de l'établissement pénitentiaire exécutera le transfert, après avoir recueilli les avis nécessaires. L'admission sera prononcée par le directeur de l'établissement de santé.
La sortie de l'UHSA sera, en règle générale, consécutive à une décision prise par un médecin de l'UHSA. Toutefois, lorsque la fin de peine interviendra pendant le séjour à l'UHSA ou lorsqu'une irresponsabilité pénale sera prononcée, la personne détenue devra être immédiatement transférée dans un autre service d'hospitalisation, dans le respect des règles de la sectorisation psychiatrique.[68]

Dans l'attente d'une validation définitive de ce projet, rapporté par le groupe de travail Santé/Justice, Mr Y. Feuillerat de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) du Ministère de la Santé pense que la procédure de choix des sites pourrait dès maintenant être initiée sur la base de l'hypothèse plus réaliste de 19 UHSA pour une capacité totale de 705 lits, sur la base d'un calendrier de déploiement sur six ans.
La réflexion doit s'engager sur la mise en place d'une UHSA dédiée exclusivement aux personnes détenues incarcérées dans les neuf maisons centrales, du fait des énormes difficultés rencontrées actuellement pour leur hospitalisation dans le cadre de l'article D.398 du Code de Procédure Pénale.
Concernant le choix de l'implantation des UHSA, le Ministère de la Santé propose deux possibilités :
-- soit les 26 régions sanitaires seraient sollicitées pour un ou plusieurs sites, avec l'avantage de solliciter l'ensemble des régions qui pourraient se déterminer par rapport à leurs besoins et leur situation locale, mais avec l'inconvénient de ne pas avoir de garantie quant au nombre de dossiers proposés, et avec le problème de la question de l'arbitrage national des propositions en tenant compte de leur pertinence ;
-- soit la sollicitation des acteurs régionaux se ferait sur la base d'un premier découpage territorial national validé par les cabinets santé et justice, avec l'avantage d'éviter d'emblée la gestion au niveau central des arbitrages entre régions, puisque les intérêts régionaux ainsi définis sont sollicités sur la base d'une étude des besoins, permettant une mutualisation des

[68]Ibid

moyens et des compétences à l'échelon interrégional, mais avec l'inconvénient du renforcement de la centralisation de cette procédure d'implantation.

Actuellement aucune Unité d'Hospitalisation de Soins Aménagée n'est créée. Le problème du financement et l'absence d'une volonté médicale affirmée sont des freins puissants à la réalisation de ce projet. L'Administration Pénitentiaire ne semble pas non plus soutenir explicitement ce projet.

D. Perben, Ministre de la Justice, Garde des sceaux et P. Douste-Blazy, Ministre de la Santé et de la Protection Sociale, ont procédé le 22 juillet 2004 à l'installation de la commission Santé-Justice présidée par J-F. Burgelin, procureur général de la Cour de Cassation. Cette commission se penche sur la création d'un hôpital-prison, conformément aux vœux du Premier ministre J-P Raffarin. La mise en place des futures Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) doit également être étudiée.

La première UHSA ne serait pas prévue avant 2007. Les résultats de l'expérience actuelle de la seule Unité d'Hospitalisation Spécialisée Inter-régionale (UHSI) de Nancy, équivalent des UHSA sur le versant des soins somatiques, sont très mitigés et ne viennent pas argumenter une mise en place rapide des UHSA. Les médecins de cette UHSI constatent des difficultés majeurs de fonctionnement, et ils sont soulagés de ne pas avoir à gérer les hospitalisations psychiatriques qui leur semblent source d'encore plus grandes difficultés.

Dans l'attente, il convient de veiller au maintien des capacités d'accueil en SMPR, à la qualité des hospitalisations d'office (y compris en unité pour malades difficiles, pour les pathologies qui relèvent de cette indication) et de développer les moyens de prise en charge en milieu pénitentiaire (Le nouveau guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues officialisé début 2005).

Chapitre 5. Le devenir des SMPR

Tableau I.

QUELLES SONT, SELON VOUS, LES PRIORITES ACTUELLES DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL ?	
L'évolution des SMPR vers un fonctionnement comme les Centres Médico-Psychologiques (Hôpital de Jour, Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel)	6%

L'évolution des SMPR vers un fonctionnement comme des Centres Médico-Psychologiques (Hôpital de Jour, Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel) n'est pas reconnue comme une priorité majeur par les psychiatres interrogés. Cette évolution semble pourtant incontournable face aux constatations du fonctionnement actuel des SMPR.

Les SMPR ont démontré, avec les spécificités locales de chacun, que l'on pouvait parler de thérapeutique en prison. Pratiquement toutes les formes de thérapie librement consentie par les personnes incarcérées sont possibles.[141] Avec le développement des Unités d'hospitalisation Spécialement Aménagées se pose la question du devenir des SMPR. Ces structures devront s'adapter à un nouveau schéma de la prise en charge de la santé mentale de la population carcérale. Les Ministères de la Santé et de la Justice ont associé au nouveau « guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues » (2005) un modèle de protocole concernant « les prestations psychiatriques dispensées aux personnes détenues d'un établissement pénitentiaire siège d'un Service Médico-Psychologique Régional » en 11 articles (annexe 7).

Section 1. La disparition de l'hospitalisation à temps complet

Du fait de la création des UHSA, l'Administration Pénitentiaire estime qu'il n'y a plus lieu de maintenir un lieu d'hébergement doté d'un statut spécifique, dans la mesure où elle souhaite éviter un regroupement systématique de personnes atteintes de troubles mentaux. La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins et la Direction de l'Administration

[141] Ibid

Pénitentiaire souhaitent une réelle évolution du fonctionnement des SMPR.[68] Selon l'IGAS et l'IGSJ[50], les SMPR ne devraient plus réaliser d'hospitalisation complète. Au cas où une personne incarcérée malade d'un autre établissement pénitentiaire aurait besoin d'un type de soins non dispensés dans son établissement, elle pourrait être transférée dans l'établissement où siège le SMPR. En revanche une personne incarcérée malade ayant besoin d'une surveillance médicale constante serait adressée, pour hospitalisation complète, à l'hôpital.

Section 2. L'évolution vers un renforcement des moyens pour la prise en charge en hôpital de jour

Les SMPR seront progressivement recentrés sur les soins ambulatoires diversifiés, incluant les hospitalisations de jour et davantage d'activités et d'ateliers thérapeutiques[154]. L'intensification et la diversification des soins dans l'ensemble des établissements pénitentiaires sont nécessaires. À côté des consultations, il convient de développer des activités du type de celles réalisées dans les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel[55]. L'objectif est, comme pour la population générale, d'éviter l'hospitalisation chaque fois que possible.

Les cellules du SMPR n'accueilleraient de détenus que pendant les activités de soins. La personne incarcérée rentrerait en détention, à la fermeture de l'hôpital de jour ou à la fin de son entretien.[50] Pour des raisons fonctionnelles, afin de limiter les déplacements à l'intérieur de la détention, des cellules à proximité immédiate du SMPR pourraient être réservées à l'hébergement des personnes incarcérées qui sont hospitalisées de jour, à l'instar de ce qui est prévu pour la surveillance médicale renforcée par l'UCSA de certains patients incarcérés, selon l'article D.370 du Code de Procédure Pénale. L'affectation dans ces cellules se ferait sur la base d'un accord entre les médecins responsables du SMPR et le directeur de l'établissement pénitentiaire.[68]

En tout état de cause, la capacité d'accueil en hospitalisation de jour de chaque SMPR doit être étudiée, au cas par cas, à l'occasion de l'ouverture de l'UHSA correspondante.

Les SMPR demeureraient les services de référence pour des suivis ambulatoires intensifs

[68]Ibid
[50]Ibid
[154]Ibid
[55]Ibid
[50]Ibid
[68]Ibid

et/ou spécialisés.

Section 3. Le développement des liens UHSA/SMPR

Il apparaît logique que chaque UHSA soit rattachée à un SMPR en tant qu'Unité Fonctionnelle, compte-tenu de l'expérience et du savoir-faire des équipes de ces services et de leurs rôles de coordination régionale et d'animation du réseau de soins psychiatriques au bénéfice des personnes incarcérées, en lien avec le dispositif général de soins psychiatriques. Le SMPR devra s'engager à jouer véritablement son rôle. Les SMPR pourront rester un lieu de recours, d'une part pour l'observation et l'évaluation clinique d'une personne détenue en cas de doute sur l'indication d'une hospitalisation et, d'autre part, à la sortie de l'UHSA lorsqu'une prise en charge particulièrement intensive en ambulatoire est encore nécessaire.

Section 4. Le développement d'équipes à vocation régionale

J-L. Senon soutient l'idée de la nécessité de renforcer la mission régionale des SMPR en développant des équipes à vocation régionale pour assurer des prises en charge spécifiques et en investissant une position d'expert, de porte-parole et de conseil[47]. Leurs missions de coordination et surtout de supervision de la formation demandent à être massivement investies. Les Dispositifs de Soins en Psychiatrie qui vont encore plus souffrir à l'avenir de la pénurie de personnel, seront eux aussi en attente à l'égard des engagements des SMPR.

[47]Ibid

Chapitre 6. Les Rapports UCSA/DSP

Section 1. Les relations actuelles

Les relations entre les professionnels des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires et ceux des Dispositifs de Soins en Psychiatrie sont différentes suivant l'équipe de l'établissement, sa taille et l'organisation locale des soins[52].

Les relations entre somaticiens et psychiatres sont le plus souvent courtoises, parfois excellentes, mais elles ne sont pas toujours aisées. Dans ce dernier cas, elles reproduisent intra-muros une conflictualité éventuellement vécue dans un autre environnement. Dans le contexte carcéral, cette conflictualité est colorée par l'antériorité dans les lieux des équipes psychiatriques. Les activités thérapeutiques, autant celles des UCSA que celles des DSP, ne peuvent se déployer sans une reconnaissance réciproque des compétences respectives. La rencontre et la négociation d'accords se renouvellent au cas par cas à partir de la demande d'intervention psychiatrique et en matière d'indications, de prescription et de distribution des médicaments psychotropes, de l'opportunité ou de la nécessité de tenir à jour un dossier médical commun.[180] La proximité avec l'équipe des DSP, en principe, est favorable à une intervention rapide de celle-ci. Dans le cas des établissements dotés d'un SMPR, la même rapidité d'intervention est recherchée, mais pas toujours obtenue.[104]

B. Milly constate que les somaticiens ne sont pas les seuls à défendre une vision organiciste du soin, à s'autoriser des écarts à la déontologie et à ne pas reconnaître l'expérience et la compétence des anciens[3]. Certains psychiatres intervenant depuis peu en milieu pénitentiaire, partagent les mêmes actions et recommandations. Les critiques faites par les psychiatres sur les somaticiens tendent sciemment à taire certains clivages internes aux psychiatres intervenant en prison, en insistant sur le clivage traditionnel, qui ne met pas en péril la valorisation ou l'absence de dévalorisation qu'ils essaient d'associer à l'exercice de la psychiatrie en milieu carcéral.

---

[52]Ibid

[180]Lhuilier D, Veil C. Significations de la demande de soins psychiatriques et somatiques en milieu carcéral. Annales Médico-Psychologiques novembre 1998 ; 156 ; 9 : 635-639.

[104]Ibid

[3]Ibid

Section 2. Entre une réorganisation en UCSA unique ou le renforcement de l'identité et des moyens des Dispositifs de Soins en Psychiatrie

Tableau I.

QUELLES SONT, SELON VOUS, LES PRIORITES ACTUELLES DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL ?	
La Fusion des UCSA/DSP	3%
La fédération des moyens UCSA-DSP	4.5%

La fédération des moyens UCSA-DSP serait une décision sûrement plus souvent envisagée par les psychiatres interrogés si le travail en partenariat actuel était de meilleure qualité. La fusion des UCSA avec les DSP est envisagée par 3% des psychiatres interrogés. Ces psychiatres ont réussi un travail en partenariat de qualité avec les soignants de l'UCSA. Ils considèrent que la qualité de leur travail profiterait d'une fusion des structures soignantes.

Les Ministères de la Santé et de la Justice souhaiteraient que l'organisation des soins psychiatriques soit profondément remaniée en rapprochant la psychiatrie du système de soins somatiques[173]. Ils ont associé au nouveau « guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues » (2005) un modèle de protocole concernant « les prestations psychiatriques dispensées aux personnes détenues d'un établissement pénitentiaire par un secteur de psychiatrie générale » en 12 articles (annexe 8).

Ainsi, le rapprochement de l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) et des services psychiatriques devrait être systématique, grâce à un regroupement physique et à l'adoption d'un dossier médical commun. L'existence d'un double dossier du patient, somatique et psychiatrique, représente un risque organisé de cloisonnement des informations médicales[104].

La solution pourrait même être de créer une unique UCSA regroupant les activités ambulatoires aussi bien somatiques que psychiatriques[50]. Sauf cas particuliers, cette solution se heurte à des difficultés culturelles et institutionnelles, les psychiatres pouvant difficilement cohabiter au sein d'une même unité avec les généralistes ou internistes, les hôpitaux de rattachement étant la plupart du temps différents. D'autre part, de nombreux psychiatres

[173]Ibid
[104]Ibid
[50]Ibid

comme E. Archer[176] considèrent que la psychiatrie est la seule discipline médicale à même d'élaborer et de garantir, en milieu pénitentiaire comme en milieu libre, des projets thérapeutiques en santé mentale. Son articulation avec les autres systèmes de soins et les autres disciplines médicales ne devrait pas donner lieu en milieu carcéral à une organisation dérogatoire, délibérément éloignée, plus que nécessaire, de la pratique en milieu ouvert.

Dès lors, trois solutions pragmatiques sont envisageables : soit de créer plus de SMPR, soit de renforcer les DSP, soit les deux, selon les cas[50]. L'action minimale consiste donc à réaliser une meilleure coordination des équipes de soins somatiques et psychiatriques dans une optique de prise en charge sanitaire globale[55]. Si la médecine en milieu carcéral s'oriente vers l'élaboration d'une systématique de soins, il est à peine utopique de souhaiter que le clivage, qui persiste dans la société civile entre hôpital général et hôpital psychiatrique, soit aboli en milieu pénitentiaire, tout en respectant l'autonomie de chacun[4].

[176]Ibid
[50]Ibid
[55]Ibid
[4]Ibid

Titre III. QUESTIONNEMENT ACTUEL SUR LA PLACE DE LA PSYCHIATRIE ET DU PSYCHIATRE EN MILIEU CARCERAL

Pour les psychiatres exerçant en milieu carcéral les questions déontologiques et éthiques qui, dans une pratique en milieu ouvert sont rarement prioritaires, se posent avec une fréquence presque quotidienne, et souvent avec une grande acuité. Il n'est pas aisé de répondre par une ligne de conduite simple univoque. De nombreux textes législatifs et réglementaires traitent de l'exercice de la psychiatrie en prison, que ce soit le Code Pénal, le Code de Procédure Pénale, le Code de Déontologie, et les circulaires ministérielles ; nous constatons que ces textes ne constituent pas un ensemble cohérent, et qu'ils sont même parfois contradictoires. Plus que tout autre mode d'exercice, la psychiatrie en milieu carcéral nous conduit à nous interroger sur les fondements, la légitimité et la finalité de notre pratique.[181] La psychiatrie est-elle auxiliaire de justice, outil thérapeutique, agent du contrôle et du maintien de l'ordre social ? Sans doute un peu des trois.[182]

[181]Pouyollon F. Problèmes éthiques et déontologiques soulevés par la pratique de la psychiatrie dans les centres médico-psychologiques pénitentiaires régionaux. L'information Psychiatrique 1983 ; 59 ; 2 : 161-168.
[182]Godfryd M. Droit et éthique : les services médicaux psychologiques régionaux. Act. Méd. Int.-Psychiatrie octobre 2000 ; 8 : 299-300.

Chapitre 1. La Déontologie Médicale en milieu carcéral

L'institution de l'Ordre des médecins, confirmée par l'ordonnance du 26 septembre 1945, a conduit la rédaction du premier Code de Déontologie publié le 28 juin 1947. L'actuel Code de Déontologie est en France la quatrième version (décrets nº 95-1000 du 6 septembre 1995 modifié par le décret nº 97-503 du 21 mai 1997). Le Code de Déontologie précise ainsi des dispositions réglementaires concernant un exercice professionnel. Elles sont subordonnées à d'autres textes plus importants, la Constitution et les lois. Comme les autres citoyens, les médecins sont soumis aux lois (concernant par exemple le respect de la vie ou le secret professionnel). Le bon fonctionnement de leur corps professionnel est favorisé par des règles propres.[183] Plusieurs articles du Code de Déontologie médicale ont un intérêt majeur dans le cadre de la pratique de la psychiatrie en milieu carcéral.

Deux principes généraux fondent l'ensemble de la déontologie médicale :

- Le premier répond à la primauté de la personne. Il est affirmé dès l'article 2. Tout d'abord le médecin est au service de l'individu. S'il y a conflit entre les intérêts de l'humanité et ceux de la personne, il importe de savoir lequel à priori va passer en premier. Ces remarques sont tempérées dans les cas où un individu fait peser une menace avérée sur la collectivité. Dans un deuxième temps, l'article 2 insiste sur le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Une de ces manifestations les plus importantes tient dans le secret médical (article 4), affirmé dès Hippocrate. Il est indispensable à l'exercice médical, pour une confiance réciproque entre les deux participants, le patient et le médecin ; cette confiance est nécessaire à la confidence, le patient doit pouvoir confier les choses qui le concernent, ce qui est indispensable à la qualité des soins, pourvu que l'un et l'autre sachent que rien ne filtrera en dehors d'eux. C'est un secret partagé d'abord, entre patient et médecin, puis éventuellement, selon les nécessités, avec pertinence et sans excès avec d'autres soignants concourant au diagnostic et au traitement.
- Le deuxième principe qui conforte la primauté de la personne, est un principe de liberté. Cette liberté concerne d'abord le patient. Il est libre de choisir son médecin, sous réserve de sa compétence, beaucoup plus que dans d'autres pays. Il est libre d'accepter ou de refuser ce que lui propose le praticien, ce qui fonde le consentement

[183]Ordre national des médecins. Commentaires du Code de Déontologie médicale. Conseil national de l'ordre, édition 2001 : 308.

éclairé. Son consentement n'autorise pas pour autant le praticien à se livrer à des actes illégitimes. L'exercice de cette liberté est accru par un net renforcement de l'information du patient. La liberté du médecin équilibre celle du patient. Il a l'obligation de porter secours à une personne en péril qui l'appelle ou lui est signalée. Il se doit de faire preuve de moralité, de probité et de dévouement. Il peut faire valoir une clause de conscience pour refuser des soins qui lui sont demandés à trois conditions : en dehors d'une situation d'urgence, en informant le patient et en favorisant la continuité des soins par relais avec un autre médecin choisi par le patient.

Section 1. Le secret médical en milieu carcéral

Tableau IV.

DES SITUATIONS PARTICULIERES DE PRISE EN CHARGE DE PATIENTS OU DE RAPPORT AVEC LE CADRE PENITENTIAIRE, VOUS ONT-ELLES POSE DES QUESTIONS ETHIQUES ET DEONTOLOGIQUES, POUVEZ-VOUS LES EXPOSER ?	
La violation du secret médical soit par les soignants soit par le personnel pénitentiaire.	29%
Les demandes de certificats circonstanciés	12%

Tableau V.

QUELLES SERAIENT, SELON VOUS, LES DERIVES POSSIBLES DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL ?	
La disparition de la notion de secret médical en milieu carcéral.	4.5%

Selon 29% des psychiatres interrogés, la violation du secret médical est reconnue comme existante en milieu carcéral, 4,5% des psychiatres interrogés s'inquiètent même d'une possible disparition du secret médical en milieu carcéral. Selon l'article 4 du Code de Déontologie : « le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qu'il lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.».

De tradition très ancienne, le secret médical reste un des piliers de l'exercice de la médecine contemporaine. L'adjonction « institué dans l'intérêt des patients », voulue par le Conseil d'Etat, est importante. Elle coïncide avec une évolution de la jurisprudence et l'assouplissement, dans certains cas, de la doctrine traditionnelle du secret absolu. Rien n'autorise le médecin à livrer des renseignements hors des dérogations légales. La notion de secret partagé reste limitée aux membres de l'équipe soignante qui doivent partager certaines informations pour assurer des soins corrects allant dans l'intérêt du patient ainsi qu'aux médecins des régimes de protection sociale (article 50 du Code de Déontologie). Il ne s'agit pas là d'un réflexe corporatiste. La rigueur des dispositions actuellement en vigueur et le caractère impératif des règles déontologiques sont destinés à protéger le malade, non le médecin. Le respect du secret médical est un devoir du médecin et non un droit.

La garantie du secret médical est fondamentale pour exercer des soins en prison. La rumeur d'une pression quelconque par l'appareil judiciaire peut entamer la crédibilité, la confiance du patient, et nuire à l'authenticité et à la finalité du contenu des entretiens.[37] Il faut constater que le médecin exerçant en prison est pris entre deux règlements contradictoires, celui de son Code de Déontologie et celui du Code de Procédure Pénale. Le Code de Déontologie précise en effet que le secret professionnel s'impose de façon absolue au médecin, sauf les quelques dérogations prévues expressément par la loi.[184] Si l'on examine le Code de Procédure Pénale, on s'aperçoit que l'article D.382 précise que le médecin des établissements délivre des attestations écrites relatives à l'état de santé du détenu et contenant les renseignements nécessaires à l'orientation du traitement pénitentiaire ou pénal de celui-ci, chaque fois que l'Administration Pénitentiaire ou l'autorité judiciaire en fait la demande. Le médecin peut spontanément faire la démarche d'avertir la direction pénitentiaire s'il considère que l'état de santé d'un détenu est incompatible avec le maintien en détention ou avec le régime pénitentiaire qui lui est appliqué. Le nouveau guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues officialisé début 2005 rappelle que les médecins chargés des soins somatiques ou psychiatriques peuvent adresser des avis relatifs à l'état de santé de la personne détenue, dès lors qu'ils estiment que l'état de santé d'une personne détenue n'est pas compatible avec un maintien en détention ou avec le régime pénitentiaire qui lui est appliqué, notamment dans les cas suivants :

---

[37]Ibid

[184]Hubert J-P, Chaumeil-Sérignat C. Le secret professionnel en psychiatrique pénitentiaire. Actualités Psychiatriques 1982 ; 7 : 56-57.

-- levée d'une mesure d'isolement, au regard de l'état de santé de la personne détenue (article D.283-1, 4ième alinéa du Code de Procédure Pénale) ;

-- suspension d'une mesure de placement au quartier disciplinaire, si son exécution est de nature à compromettre la santé de la personne détenue (art. D.251-4 du Code de Procédure Pénale) ;

-- levée d'une mesure de contrainte, au regard de l'état de santé de la personne détenue (art. D.251-4 et article D.283-3 du Code de Procédure Pénale) ;

-- affectation, en raison de soins fréquents, dans une cellule à proximité de l'UCSA.

L'article D.382 du Code de Procédure Pénale ajoute que le médecin peut fournir des certificats ou des attestations relatifs à sa santé, au détenu, sur sa demande et à sa famille sous réserve de son accord. A la demande de l'Administration Pénitentiaire, le psychiatre délivre des attestations dans le cadre de la procédure d'orientation, en vue d'un changement d'affectation et dans le cadre de la procédure de prolongation d'une mesure d'isolement au-delà d'un an. Le nouveau guide méthodologique notifie que ces attestations ne doivent contenir que les renseignements strictement nécessaires, à l'exclusion de tout élément diagnostic. Le psychiatre doit informer et proposer un double de l'attestation à la personne incarcérée concernée.

Selon la loi du 4 mars 2002, la personne incarcérée peut désigner une personne de confiance (article L.1111-6 du Code de la Santé Publique) ; celle-ci peut prendre des décisions après information sur l'état de santé de la personne incarcérée si cette dernière est hors d'état d'exprimer sa volonté. La personne de confiance peut l'accompagner dans les démarches et assister aux entretiens médicaux, sous réserve que celle-ci bénéficie d'un permis de visite délivré par l'autorité compétente lui permettant de s'entretenir avec une personne détenue sans que les conversations soient écoutées (article D.406 alinéa 2 du Code de Procédure Pénale). Dans ce cas, l'entretien entre le médecin, la personne détenue et la personne de confiance a lieu dans un parloir de «type avocat » (Le nouveau guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues officialisé début 2005). Cette personne est donc impliquée dans le partage d'informations médicales. L'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique modifie et accroît le droit de la personne incarcérée à accéder aux informations médicales contenues dans son dossier médical. En février 2004, L'ANAES édite les recommandations pour la pratique clinique lors de l'accès aux informations concernant la santé d'une personne : modalités pratiques et accompagnement. L'arrêté du 5 mars 2004 détaille les recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès ; il doit s'appliquer à la personne incarcérée. Dans la réalité, le système de « personne de confiance » n'est pas encore

appliqué en milieu carcéral et pose bien sûr différents problèmes en lien avec le statut de détenu de la personne. Par contre des demandes d'accès aux informations médicales du dossier médical commencent à être faites par les personnes incarcérées, et les médecins y accèdent selon le protocole décrit par la loi du 4 mars 2002. Dans la mesure où les cellules sont susceptibles d'être fouillées, même en l'absence des personnes détenues, les personnes incarcérées qui garderaient copie de leur dossier médical en cellule, s'exposent à le voir contrôler par les personnels pénitentiaires (Le nouveau guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues officialisé début 2005).

Le psychiatre peut être dans une situation potentielle de non respect du caractère strict du secret professionnel, en raison de ses modalités d'exercice spécifiques, de sa participation possible à la commission d'application des peines, de la rédaction de formulaires lors du transfert d'un détenu vers un centre de détention spécialisé ou vers toute affectation.
Il faut être très conscient du caractère définitif d'une entorse au secret, tous les documents étant précieusement conservés par l'Administration Pénitentiaire qui les interprète à sa manière[181].
Il n'existe pas de dérogation au secret professionnel concernant la pratique de la psychiatrie en milieu carcéral : la mise en place d'une hospitalisation d'office selon l'article D.398 n'est pas une dérogation. Le dossier médical de la personne incarcérée est conservé sous la responsabilité de l'établissement de santé (article D.375 du Code de Procédure Pénale). Ce dossier est soumis aux mêmes prérogatives de confidentialité que le dossier médical classique. Seul le personnel soignant peut avoir accès au dossier médical. Tout transfert d'information médicale doit se faire dans des conditions matérielles garantissant l'inviolabilité du secret médical. En aucun cas, une armoire à dossiers médicaux ne peut être ouverte hors la présence d'un représentant de la structure médicale, qui veille à garantir leur inviolabilité. Toutefois, un dispositif d'accès garantissant la confidentialité doit être organisé à l'attention des médecins intervenant au titre de l'urgence médicale (Le nouveau guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues officialisé début 2005).
Dans la pratique, cette confidentialité du dossier est parfois mise en péril par l'absence de lieu sécurisé dans les DSP (armoire fermant à clé absente…). Lorsque le dossier de la personne incarcérée est volumineux, il peut suivre la personne dans ses transferts sans conservation d'un double (ou de l'original) au SMPR/DSP.

[181]Ibid

Section 2. Le consentement aux soins et la primauté de la santé de la personne incarcérée

Tableau II.

ACCEPTEZ-VOUS DE PRATIQUER DES SOINS PSYCHIATRIQUES SOUS CONTRAINTE, DANS QUELS CAS ?		
NON		58%
OUI		24%
NON, en dehors d'exceptions dont :		18%
En attente d'un transfert en hospitalisation D.398	8%	
En cas de crise d'agitation et de dangerosité	7%	
Au quartier disciplinaire	3%	

La majorité des psychiatres interrogés est opposée à pratiquer des soins sous contrainte en milieu carcéral. Ils n'admettent aucune dérogation à cette position. Mais un pourcentage non négligeable (24%) des psychiatres interrogés reconnaissent pratiquer des soins psychiatriques sous contrainte en milieu carcéral sans préciser le contexte et les limites de leur intervention. Ce chiffre est surprenant. La question de l'instrumentalisation de leur intervention est ici soulevée. Parmi les psychiatres interrogés, 18% pratiquent des soins sous contrainte dans des situations pour lesquelles ils considèrent que cette intervention est toujours dans l'intérêt du patient. Ils limitent leur intervention aux situations de danger imminent ou lorsque la personne est en état d'aliénation mentale et est en attente d'une hospitalisation.

Tableau V.

QUELLES SERAIENT, SELON VOUS, LES DERIVES POSSIBLES DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL ?	
La mise en place de soins sous contrainte en milieu carcéral.	15%

Selon l'article 36 du Code de Déontologie, « le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés

sauf urgence ou impossibilité. Les obligations du médecin à l'égard du patient, lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé, sont définies à l'article 42. »

Le consentement, selon les juristes, doit être libre et éclairé. S'il ne l'est pas, surgit aussitôt l'accusation de paternalisme médical ou d'impérialisme médical. Un tel consentement suppose non seulement que le médecin ait donné une information claire et compréhensible mais que le patient comprenne bien ce qui lui advient, avec ses conséquences spontanées et thérapeutiques, en vue de prendre une décision éclairée par rapport à ce qui lui est proposé.

Le médecin l'aide à réfléchir, lui apporte les explications qu'il demande, peut rectifier des erreurs d'appréciation, rappeler des données mal mémorisées. Le consentement ne présente pas tant une fin en soi que la marque d'une relation de bonne qualité avec le patient. Souvent en fait, le consentement que donne le patient à son médecin est plus affectif qu'éclairé. Ce n'est pas un « abandon inconditionnel », mais une confiance dont le médecin ne peut guère se passer. Le consentement du malade mental aux soins qu'on lui propose est tout à fait souhaitable et on insistera si besoin pour l'obtenir ; mais lorsque le patient s'y refuse, le médecin et l'entourage familial doivent dans certains cas passer outre. En cas d'aliénation mentale caractérisée, ou d'état dangereux pour la sécurité des personnes, l'hospitalisation s'impose avec ou sans internement administratif. La loi du 27 juin 1990 nº90–527 sur l'hospitalisation des malades mentaux permet, dans certaines conditions, de passer outre le consentement du patient, tant pour réaliser la mission en milieu hospitalier publique que pour appliquer le traitement. Lorsqu'il s'agit de troubles névrotiques ou de déséquilibres affectifs spectaculaires, mais n'altérant pas la personnalité et laissant au sujet la possibilité d'un jugement raisonnable, aucun soin ne peut être donné sans son assentiment.

Il est impératif de se rappeler que les détenus soignés en milieu carcéral ne jouissent pas des garanties de la loi du 27 juin 1990 et ne doivent donc pas être soumis à des traitements forcés, même si la notion de non-assistance à personne en danger peut autoriser l'administration ponctuelle de neuroleptiques à une personne ayant perdu son libre arbitre[141].

Le fait que le patient détenu soit privé de sa liberté n'entraîne en aucune manière une exception. Comme tout être humain, un prisonnier a le droit d'accepter ou de refuser les soins.

Si le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse ce qui lui est proposé, le médecin ne doit pas se satisfaire d'un avis donné de manière éventuellement expéditive. Il doit éclairer plus complètement le patient sur les conséquences d'un tel refus et tenter de le persuader que cette position est contraire à ses intérêts. Les psychiatres faisant référence au texte du comité pour

[141]Ibid

la prévention de la torture et des traitements dégradants, ne veulent soigner en détention que des malades consentants et éviter ce qu'ils appellent le « double enfermement »[50]. L'article D.362 du Code de Procédure Pénale, justifie pleinement l'application de l'article 36 du Code de Déontologie à la personne incarcérée. La loi du 4 mars 2002 avec l'article L.1111-4 du Code de la Santé Publique, réaffirme la primauté du consentement , et pose de façon ferme qu'en son absence « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué ». Le consentement n'est jamais définitif et la personne peut le retirer à tout moment. A aucun moment dans la loi du 4 mars 2002, il n'est fait référence à la personne incarcérée comme étant une exception à cette loi. Le nouveau guide méthodologique souligne les précautions à prendre pour enregistrer l'accord ou le refus des soins par la personne incarcérée proposant au médecin d'évaluer la nécessité de le formaliser par écrit.

D. Lhuilier distingue une classification de la demande au psychiatre en milieu carcéral en trois types[180] :

-- la demande dans l'intérêt du patient ;

-- la demande motivée par la prévention de la récidive de la faute initiale, c'est-à-dire d'un trouble de l'ordre externe à l'institution pénitentiaire ;

-- la demande motivée par un trouble de l'ordre interne à l'établissement, et tout particulièrement d'une demande émanant du personnel de surveillance.

La demande du détenu est marquée au départ par la situation pénale qui pervertit quelque peu sa démarche[19]. L'attente exclusive de la demande n'est pas compatible initialement dans un milieu où des facteurs supplémentaires et indépendants de l'état pathologique (le déroulement de l'affaire pénale, la vie quotidienne en prison, les difficultés avec l'entourage familial) sont susceptibles à tout moment d'étouffer ou de détourner l'authenticité de la dite demande[35]. Un certain nombre de décompensations psychotiques sont le fait de patients ayant échappé pour une raison ou une autre au dépistage d'entrée. Par définition les psychotiques les plus sévèrement atteints, les dépressifs les plus inhibés, les états limites et les psychopathes sont justement ceux qui sont les moins capables de prononcer une adhésion valable tout en étant ceux qui ont le plus besoin de soins[50]. L'augmentation du nombre de personnes psychotiques en milieu carcéral pose le problème des soins en l'absence de consentement.

---

[50]Ibid
[180]Ibid
[19]Ibid
[35]Ibid
[50]Ibid

La rencontre avec un psychiatre ou un soignant de l'équipe psychiatrique, en particulier lors de l'entretien d'accueil d'une personne incarcérée, n'est pas synonyme de mise en place de soins de façon systématique. Cette rencontre œuvre en priorité à informer la personne de l'existence d'une équipe de soins psychiatriques et de son droit à accéder à des soins. Bien sûr, la notion de dépistage des maladies psychiatriques est indispensable, mais elle n'aboutit à la mise en place de soins qu'avec le consentement éclairé de la personne. La rencontre d'un soignant de l'équipe psychiatrique à la demande de la personne incarcérée étant difficile pour différentes raisons, il semble nécessaire que cette rencontre se fasse à la demande du soignant pour permettre le travail de l'expression de la demande de soins de la part de la personne incarcérée.

Selon l'article 5 du Code de Déontologie, «le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit », «cette indépendance est acquise quand chacun de ses actes professionnels est déterminé seulement par le jugement de sa conscience et les références à ses connaissances scientifiques, avec, comme seul objectif, l'intérêt du malade ». Cette indépendance constitue ainsi un droit du malade. Bien qu'admise et confirmée dans son principe, l'indépendance du médecin est cependant toujours menacée dans ses applications. Elle constitue un élément fondamental de la morale médicale, et donc un des piliers de la déontologie ainsi qu'une condition psychologique indispensable à la confiance des patients ; la recherche de leurs intérêts pourrait se trouver limitée par les exigences de la vie sociale.

À une époque où le besoin de sécurité développe des nouvelles formes d'exercice, le corps médical doit continuer à préserver son indépendance professionnelle, sans en sacrifier une partie pour une meilleure stabilité personnelle. La subordination dans la décision médicale est inadmissible. Il ne peut subir l'influence de tiers, ni se laisser entraîner dans des combinaisons d'intérêt à l'insu du patient. Cette obligation morale d'indépendance s'exerce dans des conditions particulièrement difficiles pour les soins en milieu pénitentiaire. Le fait pour le psychiatre d'être dépendant dans son exercice professionnel par le lieu de son intervention de l'Administration Pénitentiaire n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance il ne peut accepter de limitations à son indépendance professionnelle de la part de l'Administration Pénitentiaire et il doit toujours agir dans l'intérêt de la santé des personnes qu'il examine et

dans l'intérêt de leur sécurité.[185] Il n'est ni policier, ni juge ; il n'est jamais l'agent d'exécution de quiconque. Il décide seul, en conscience, de ce qu'il doit faire pour les personnes incarcérées qui lui sont confiées. Il ne peut que favoriser le meilleur accès aux soins, même si celui-ci suppose des dispositions pratiques ou administratives délicates. Ce n'est pas en raison d'une injonction de l'Administration Pénitentiaire que le psychiatre intervient : appelé auprès d'une personne incarcérée, il doit s'abstenir de toute action qui n'aurait pas pour but l'intérêt de sa santé.[183]

Section 3. Les rapports expert/soignant

Selon l'article 105 du Code de Déontologie, «nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant du même malade. Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services. »
L'indépendance du médecin expert est fondamentale. Il a l'obligation d'être tout à fait objectif. Pour cela, il doit être libre de tout lien avec la personne examinée. Dans le cadre judiciaire, il est l'auxiliaire de la justice et doit en informer la personne examinée (article 107 du Code de Déontologie médicale). Son rôle est de fournir, dans les limites de la mission qui lui est confiée, les éléments médicaux qui éclaireront la décision du juge. La volonté des médecins de délimiter strictement les fonctions de soignant et d'expert est mal comprise par l'Administration Pénitentiaire, comme parfois par les autorités judiciaires[50]. La confusion du thérapeute avec l'expert est toujours une image présente chez la personne incarcérée et auprès des responsables de l'Administration Pénitentiaire. Les experts eux-mêmes ne voudraient parfois voir dans le médecin en milieu pénitentiaire qu'un auxiliaire de justice, et lui dénier sa spécificité de thérapeute, en voulant ignorer le secret professionnel auquel il est soumis.[19] Un exercice rigoureux de la psychiatrie impose une étanchéité entre le volet soignant et celui de l'expertise[37]. Il convient de garder une vigilance sans faille sur l'inviolabilité des dossiers médicaux, parfaitement assimilables aux dossiers hospitaliers. Il faut par ailleurs garder présent à l'esprit qu'une saisie judiciaire d'un dossier, dans le cadre d'une expertise

[185]Chevallier L. Evolution comparée du service social et du service médical en prison. Forensic avril, mais, juin 2003 ; 14 : 37-45.
[183]Ibid
[50]Ibid
[19]Ibid
[37]Ibid

psychiatrique, est toujours réalisable dès lors que l'expert aura attiré l'attention du magistrat sur l'intérêt, dans la conduite de sa mission, de certains renseignements médicaux qui pourraient y figurer.[33]

Le psychiatre peut-il parler avec les experts ? Il est en effet tentant, pour les experts, de s'entretenir avec le psychiatre traitant pour obtenir des informations sur une personne incarcérée qui leur appartient d'examiner, d'autant que les experts doivent se prononcer sur la situation psychiatrique du sujet au moment des faits et que, souvent, ils ne l'examinent que plusieurs mois après l'incarcération. Si l'individu a été traité, l'état a pu être modifié, ce qui rend la mission expertale plus délicate. En droit, le psychiatre en milieu pénitentiaire, de même que n'importe quel médecin traitant, n'a pas à communiquer avec l'expert ; il n'a, en outre, pas le droit de présenter, spontanément ou à la demande de l'expert, le dossier médical et psychiatrique du patient. Reste qu'en pratique, comme écrit le Dr. Laurans, en 1991 « il paraît difficile d'observer un mutisme complet envers l'expert lorsque l'état du sujet au moment de l'expertise est notablement différent de celui qu'il présentait à l'entrée ».[186]

Certaines informations, parfois dans l'intérêt du patient, sont nécessaires aux confrères experts. L'ignorance ne saurait être, en la matière, scientifique[37]. Le problème du lieu de déroulement de l'expertise est souvent un sujet de discorde entre les experts et les soignants. Les experts, souvent mal lotis par l'Administration Pénitentiaire, demandent à effectuer leur expertise dans les locaux médicaux. En majorité, les soignants s'y opposent pour conserver l'étanchéité entre les deux actions. Ce refus semble indispensable car la confusion ou l'amalgame pour la personne incarcérée serait quasi-inéluctable.

Une articulation respectueuse de la fonction de chacun et du Code de Déontologie doit s'instaurer.

---

[33]Ibid

[186]Demont L. Dangerosités et responsabilité pénale des intervenants. In : Les dangerosités ; de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie. Editions John Libbey 2004 : 83-96.

[37]Ibid

Chapitre 2. L'ultra-spécialisation et le risque d'isolement

Tableau I.

QUELLES SONT, SELON VOUS, LES PRIORITES ACTUELLES DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL ?	
L'augmentation de l'engagement de la psychiatrie sectorielle dans la psychiatrie en milieu carcéral	4.5%
La formation des soignants à la psychiatrie en milieu carcéral	3%

L'augmentation de l'engagement de la psychiatrie sectorielle dans la psychiatrie en milieu carcéral n'est pas mise en avant par les psychiatres interrogés comme étant une des priorités majeures actuelles. Pourtant l'apport de moyens en personnel demandé par les psychiatres exerçant en milieu carcéral ne peut venir que par la majoration de cette engagement. L'isolement des psychiatres en prison ne peut pas leur permettre de défendre leurs besoins et leur position de soignant sans l'appui de leurs confrères psychiatres de secteur. La population carcérale présentant des troubles psychiatriques augmente régulièrement et l'on peut se demander si, le mouvement actuel se poursuivant, certains SMPR ne risquent pas de se spécialiser dans certaines pathologies ou déviances spécifiques : alcoolisme, toxicomanie, pédophilie, violence, etc..[187] Ce développement peut engendrer un risque de cloisonnement de la psychiatrie publique pénitentiaire par rapport à la psychiatrie de secteur telle qu'elle est pratiquée dans les hôpitaux spécialisés. Ce risque est le même pour les intervenants du secteur si ce dernier individualise une équipe intra-pénitentiaire spécifique et immuable.[48] L'article D.372 du Code de Procédure Pénale prévient pourtant de la nécessité que le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire ne porte pas « préjudice aux actions de prévention, de diagnostic et de soins courants mises en œuvre par les secteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile ». Au nom de leur spécificité, certains psychiatres de SMPR font le choix parfois de se positionner en tant qu'expert dans ce domaine. Cette "spécificité" prend aujourd'hui un statut particulier, à tel point que l'on envisage un enseignement spécial pour les futurs candidats. En d'autres termes, selon E. Proux, quand la médecine somatique échappe à la tutelle pénitentiaire, il est à craindre que les SMPR ne s'y soumettent peu à peu.[188] Cette conception des soins en prison ne facilite pas la séparation souhaitable entre les soins et le

[187]Samacher R. Psychiatrie et loi comme barrière à la violence. Bulletin de Psychologie octobre 2002 ; tome 55(5) ; 461 ; 70 : 471-479.
[48]Ibid
[188]Proux E, Benqué C. La réforme de la santé en prison : espoirs et pièges. L'Information Psychiatrique novembre 1994 ; 9 : 802-804.

judiciaire.[187] La tendance du discours des soignants peut être au rapprochement du discours sécuritaire pénitentiaire. Isoler une pratique qui se veut différente peut conduire à une confusion des champs. Contrairement à une idée prévalente, le fait d'être psychiatre en prison ne rend pas plus pertinent en matière de droit ; il conviendrait d'éviter la création d'une spécificité « carcérale » trop marquée si l'on veut garder une position soignante, étrangère au milieu carcéral. Les psychiatres interrogés mettent peu en avant l'importance de la formation des soignants à la psychiatrie en milieu carcéral. Pourtant ils sont directement concernés du fait de la nécessité de leur implication dans cette formation qui doit s'encrer dans l'expérience déjà acquise. Incontournable dans le domaine de la psychiatrie comme pour d'autres spécialités, la surspécialisation des équipes ne peut contribuer à un dispositif de santé opérant que si une attention particulière est portée à la circulation des personnels, des informations, des recherches ou de l'éthique, en faisant en sorte que des fossés ne se créent pas.[48] Les prises en charge en hospitalisation, consultation, thérapie individuelle ou de groupe, ateliers, le travail effectué par l'équipe pluridisciplinaire soignante en milieu carcéral ne se distinguent pas de ceux réalisés par l'équipe psychiatrique en milieu libre ; il n'est ni nécessaire, ni légitime de postuler une identité complète d'option théorique et pratique.[21] Les membres de l'Association des Secteurs en Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire sont profondément attachés aux missions naturelles du secteur psychiatrique, garantes de l'accès aux soins et de la continuité des soins[176]. Cet effort de référence aux items des autres secteurs est intéressant pour étalonner en quelque sorte la psychiatrie en milieu carcéral, plutôt que de s'isoler dans une spécificité inaccessible aux psychiatres de l'extérieur. Les échanges entre SMPR, DSP et secteurs de psychiatrie générale doivent permettre d'ouvrir des perspectives, de donner à réfléchir et de tirer profit de l'expérience de chacun[21]. Tant que la psychiatrie à orientation médico-légale ne se développera pas dans les hôpitaux, le risque de cloisonnement des équipes médicales et paramédicales intervenant dans la prison sera l'écueil à éviter[48]. Il est indispensable que la psychiatrie publique reste concernée et investie dans les difficultés que les soignants rencontrent en prison ; celles-ci émergent en partie des avancées de la psychiatrie publique[30].

---

[187]Ibid
[48] Ibid
[21]Ibid
[176]Ibid
[21]Ibid
[48]Ibid
[30]Ibid

Chapitre 3. Les soins moralement imposés

Tableau III.

QUEL EST VOTRE POINT DE VUE SUR LES SOINS MORALEMENT IMPOSES EN MILIEU CARCERAL ? (EXEMPLE DANS LE CADRE DES AUTEURS D'AGRESSIONS SEXUELLES)	
Cette rencontre peut être à l'origine de l'émergence d'une réelle demande de soins.	48.5%
L'efficacité de ces soins est remise en question.	32%
Une confusion existe entre la peine et les soins.	24%
Le psychiatre refuse de pratiquer les soins moralement imposés.	18%
Le psychiatre est entièrement d'accord avec les soins moralement obligés en milieu carcéral et reconnaît une nécessité et une efficacité de ce type de mesure.	18%
Le psychiatre refuse ce type de prise en charge si la personne est dans un déni total et persistant, ou si elle se trouve en période d'instruction.	6%
Le psychiatre considère qu'il est impossible de répondre quantitativement à ce type de prise en charge du fait d'une inadéquation des moyens en personnel.	4.5%
Les soignants nécessitent d'être formés à ce type de prise en charge.	3%

Une part importante des psychiatres interrogés (48,5%) pense que la rencontre entre la personne incarcérée et le soignant dans le cadre de l'incitation aux soins peut être à l'origine de l'émergence d'une réelle demande de soins. 18% des psychiatres sont entièrement d'accord avec les soins moralement obligés en milieu carcéral et reconnaissent une nécessité et une efficacité de ce type de mesure. Mais 32% remettent en question l'efficacité de ces soins. 24% pensent qu'une confusion existe entre la peine et les soins. Ils sont 18% à refuser de pratiquer ce type de soins. 6% des psychiatres refusent ce type de prise en charge si la personne est dans un déni total et persistant, ou si elle se trouve en période d'instruction. Certains (4,5%) considèrent qu'il est impossible de répondre quantitativement à ce type de prise en charge du fait d'une inadéquation des moyens en personnel. Le problème du manque de formation à ce type de pris en charge est soulevé par 3% des psychiatres interrogés.

Selon F. Gros[189], il existe, dans la pensée occidentale, quatre systèmes de justification de la peine :

-- un discours sacré ou moral : punir, c'est rappeler la loi ;

-- un discours politico-économique : punir, c'est défendre la société ;

-- un discours psycho-pédagogique : punir, c'est éduquer un individu ;

-- un discours juridico-éthique : punir, c'est transformer la souffrance en malheur.

Il ne s'agit pas de choisir un système pour l'opposer aux autres, mais de reconnaître la pluralité des références dans ce qui se met en oeuvre. En revanche, une peine devient monstrueuse quand elle devient univoque, « bornée à un seul horizon de sens ». C'est pourtant dans cette direction que le mouvement actuel se précise. Les législations changent, se durcissent et, pour asseoir la sécurité, convoquent avec insistance le psychiatre.[190] La société demande à la psychiatrie de soigner les comportements déviants et ce, particulièrement pour les délinquants sexuels qui représentent actuellement plus de 22 % de la population détenue (5 % il y a 7 ans).[173] L'évolution des décisions judiciaires tend à favoriser le recours aux obligations de soins compte tenu des faits mêmes (alcool, stupéfiants, violences), et surtout, en l'absence d'expertise[150]. La gestion d'obligation de traitement est de plus en plus extensive[190]. L'instrumentalisation de la clinique psychiatrique et psychologique par le judiciaire se pose toujours avec plus d'acuité du fait des incitations aux soins et des bénéfices liés à l'aménagement de la peine[88].

Depuis la loi du 1er février 1995, la mission de dépistage par les soignants psychiatriques est rendue quasiment obligatoire pour les infractions sexuelles et les crimes d'une gravité particulière. Le décret du 4 août 1995 portant application de cette loi précise dans son article R.50-34 : les personnes mentionnées à l'article R.50-33 (infraction de nature sexuelle, meurtre ou assassinat d'un mineur de quinze ans précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie) sont signalées au psychiatre intervenant en milieu pénitentiaire par le chef d'établissement qui met en outre à la disposition de ce praticien un résumé de la situation pénale et les expertises psychiatriques ou psychologiques conservées dans le dossier individuel.[48] Il est instauré un examen psychiatrique avant la libération de ces personnes, en

---

[189]Gros F. Les quatre foyers de sens de la peine. In : Garapon A, Gros F, Pech T. Et ce sera justice, punir en démocratie. Editions Odile Jacob 2001 : 17-45.

[190]Gravier B. Le psychiatre, le juge et la peine. Annales médico-psychologiques 2004 ; 162 ; 8 : 676-681.

[173]Ibid

[150]Ibid

[190]Ibid

[88]Ibid

[48]Ibid

vue de préparer, le cas échéant, une prise en charge post-pénale adaptée[191].

Enfin la loi du 17 juin 1998 prévoit que les personnes qui font l'objet d'une injonction de soins lors d'une condamnation pour un délit ou un crime d'ordre sexuel devront être incarcérées dans les établissements mentionnés à l'article 718 du Code de Procédure Pénale, où l'on peut leur assurer un traitement médical psychologique adapté (article 763-7, alinéa 1 : "lorsqu'une personne condamnée à un Suivi Socio-Judiciaire comprenant une injonction de soins doit subir une peine privative de liberté, elle exécute cette peine dans un établissement pénitentiaire prévu par le second alinéa de l'article 718 permettant de lui assurer un suivi médical et psychologique adapté"). De même, afin d'inciter le condamné à commencer son traitement en détention, le juge de l'application des peines doit, au moins une fois tous les six mois, lui proposer de suivre un traitement (article 763-7, alinéa 2 : "la personne est immédiatement informée par le juge de l'application des peines de la possibilité d'entreprendre un traitement. Si elle ne consent pas à suivre un traitement, cette information est renouvelée au moins une fois tous les six mois"). Enfin, l'article 721-1 du Code de Procédure Pénale, modifié par l'article 6 de la loi, précise que, sauf si le juge d'application des peines en décide autrement, les condamnés qui refusent de suivre un traitement pendant leur incarcération ne seront pas considérés comme manifestant des efforts sérieux de réadaptation sociale donnant droit à des réductions de peine supplémentaires ("sauf décision du juge d'application des peines, prise après avis de la commission de l'application des peines, les personnes condamnées à un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins, et qui refusent de suivre un traitement pendant leur incarcération, ne sont pas considérées comme manifestant des efforts sérieux de réadaptation sociale").[159] G. du Mesnil du Buisson (magistrat) pense que peu importe la dénomination d'incitation ou d'obligation de soins dès lors qu'il s'agit de porter à la connaissance du condamné que le juge tirera toutes les conséquences de droit du comportement du détenu au regard des diverses possibilités d'aménagement de la peine[192].

Ici, l'objectif implicite est d'éviter la récidive, c'est-à-dire que l'objectif est criminologique. Ainsi, on demande au traitement psychiatrique de faire disparaître un symptôme comportemental dont la genèse ne ressort que très partiellement des mécanismes psychologiques individuels. On ne s'étonnera pas qu'il soit difficile d'établir une relation thérapeutique dans de telles conditions. D'emblée le psychiatre est investi comme un

[191]Cordier B. Ethique et obligation de soins en matière de déviance sexuelle. L'Evolution Psychiatrique 1998 ; 63,1-2 : 175-184.
[159]Ibid
[192]Du Mesnil du Buisson G. Traitement des pédophiles en milieu carcéral. L'Evolution Psychiatrique 1998 ; 63 ; 1-2 : 69-81.

personnage d'autorité. La conséquence la plus grave est de donner une image déformée de la psychiatrie, qui apparaît comme un pouvoir manipulable et manipulateur, ce qui ruine toute possibilité ultérieure de prise en charge sérieuse. Pendant la durée du traitement, l'ombre de l'instance qui a prescrit la mesure s'interpose entre le médecin et son patient.[193]

On peut penser que l'injonction de soins est en réalité adressée aux psychiatres intervenant en prison et constitue une situation critique qui renseigne sur le degré d'autonomie des psychiatres. L'injonction de soins constitue ainsi un thème qui n'est pas facile d'évoquer avec les psychiatres, car d'une certaine façon leur autonomie et les fondements de leur profession sont remis en cause. L'injonction de soins rappelle que des pressions importantes peuvent être exercées sur les professionnels de santé. Les réponses des psychiatres aux injonctions pénitentiaires ne sont peut-être pas toujours aussi libres qu'ils ne l'affichent.[3] La classification de "délinquants sexuels", exclusivement judiciaire, reprise par les psychiatres, est l'acceptation de l'amalgame déshumanisant inhérent au fait pénitentiaire[188]. Elle fait l'objet d'un engouement très médiatisé de la part de psychiatres qui multiplient les unités fonctionnelles spécialisées. Ces psychiatres s'engagent ainsi dans la voie du traitement social et acceptent la mission de prévention de la récidive. Le danger est d'autant plus grave que l'on oublie la présomption d'innocence pour établir des traitements particuliers ou des recherches pseudo-épidémiologiques sur telle ou telle catégorie d'arrivants, au mépris du respect élémentaire de chacun.[126] Bien plus que de soigner, ne s'agit-il pas de normaliser, c'est-à-dire d'appauvrir en même temps que d'attenter aux droits de l'individu dans une société où les structures pèsent de plus en plus lourdement sur les libertés élémentaires ?[194]

[193]Pouyollon F. Obligations de soins pouvant être ordonnées par les juridictions pénales. L'Information Psychiatrique mai 1979 ; 5 : 509-512.
[3]Ibid
[188]Ibid
[126]Ibid
[194]Barlet P. L'obligation de soins en matière pénale. L'Information Psychiatrique février 1983 ; 59 ; 2 : 195-204.

Chapitre 4. Les relations entre les personnels pénitentiaires et le psychiatre

Dès que le psychiatre tente de s'intégrer dans le tissu carcéral et qu'il prend en charge la pathologie de la personne incarcérée, il fait apparaître les dysfonctionnements relationnels qui sont autant d'éléments pathogènes. Révélateur de la maladie du système il devient gênant et mal toléré. L'institution lui rappellera les limites de son action.[195]

Section 1. Les surveillants et l'Administration Pénitentiaire

Tableau IV.

DES SITUATIONS PARTICULIERES DE PRISE EN CHARGE DE PATIENTS OU DE RAPPORT AVEC LE CADRE PENITENTIAIRE, VOUS ONT-ELLES POSE DES QUESTIONS ETHIQUES ET DEONTOLOGIQUES, POUVEZ-VOUS LES EXPOSER ?	
Des pressions exercées par l'Administration Pénitentiaire et l'administration judiciaire.	26%
La position de la pénitentiaire ne prenant pas en compte l'avis psychiatrique.	7.5%

Tableau I.

QUELLES SONT , SELON VOUS, LES PRIORITES ACTUELLES DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL ?	
Le travail de formation et de coopération avec les équipes pénitentiaires.	3%

Inévitablement, la croissance du nombre de personnes souffrant de troubles mentaux crée des tensions intra-muros et complique la tâche du personnel pénitentiaire[177]. Les problématiques pénitentiaires ne recoupent pas exactement les problématiques sanitaires. L'Administration Pénitentiaire tente de consolider les pratiques professionnelles des surveillants et de rassurer

[195]Hivert P. Quelques remarques sur les limites de la psychiatrique pénitentiaire. Actualités Psychiatriques 1978 ; 1 : 67.
[177]Ibid

les personnels pénitentiaires dans le cadre de leur travail[15]. Les surveillants se sentent désemparés face à une population présentant des troubles psychiatriques aux comportements imprévisibles, irrationnels, voire violents, face à laquelle ils ont à faire respecter un règlement strict. Ils se posent des questions sur les modes de prises en charge adéquates des personnes présentant des troubles du comportement, sur l'amélioration du dispositif sanitaire, sur la pertinence des pratiques de dispersion ou, au contraire, sur l'intérêt de regrouper les personnes qui perturbent la détention et font peur aussi bien aux autres détenus qu'au personnel pénitentiaire, sur l'intérêt de créer des quartiers ou des établissements spécialisés. Ils doivent repérer les facteurs de risques et les facteurs pathogènes pour améliorer la prévention des incidents aussi bien hétéro-agressifs qu'auto-agressifs : le travail d'observation est sans doute à optimiser et à valoriser. Car le personnel de surveillance pénitentiaire est le personnel le plus exposé aux agressions effectuées par les personnes incarcérées (tableau XIX). Il doit assurer sa propre sécurité mais aussi la sécurité des personnes incarcérées et ,selon l'article D.373 du Code de Procédure Pénale, la sécurité des personnes concourant aux missions de santé dans l'enceinte de l'établissement pénitentiaire. L'affectation du personnel de surveillance aux structures médicales par la direction pénitentiaire est soumise à l'avis des médecins responsables de ces structures.

Tableau XIX. Evolution du nombre d'agressions contre le personnel pénitentiaire de 1995 à 2000[15].

Année	Nombre d'agressions contre le personnel pénitentiaire
1995	233
1996	229
1997	322
1998	278
1999	320
2000	**338**

Une des principales difficultés rencontrées dans le travail des soignants consiste à faire accepter aux surveillants l'existence ou non d'une pathologie et de difficultés psychiques chez des personnes incarcérées. La deuxième difficulté est de leur faire admettre qu'un soin s'inscrit

[15]Ibid
[15]Ibid

dans une durée, une continuité. Dans la rigidité de leur fonction et la façon dont ils l'exercent, il ne peut se superposer l'espace du suivi. Pour eux le soin n'est qu'une réponse dans l'urgence (agressivité, agitation d'une personne incarcérée), avec une impatience dans leur propre discours à ce moment-là et un non-respect de la parole du soignant.[156] Le travail de formation et de coopération avec les équipes pénitentiaires reste malheureusement une priorité trop faible des psychiatres interrogés (3%). La transversalité des actions de chacun des intervenants en milieu carcérale ne peut que souffrir d'un faible intérêt porté par les psychiatres sur ce travail. Il conviendrait de former le personnel pénitentiaire, soucieux de comprendre. Il se montre en effet bien plus tolérant avec ceux qui présentent des pathologies lourdes et qui peuvent aisément être rangés parmi les malades mentaux qu'avec une population intermédiaire, dont les passages à l'acte sont vécus comme des signes d'agression, d'opposition.[158] Mais il est essentiel de ne pas investir les surveillants d'un rôle d'auxiliaire sanitaire. La confusion des rôles semble tout à fait fâcheuse et risque de produire des clivages et des malentendus chez la personne incarcérée.[40]

La cohabitation du personnel soignant dépendant du Ministère de la Santé avec le personnel de l'Administration Pénitentiaire n'est pas facile à gérer ; ce n'est que par l'intermédiaire des surveillants que le soin proprement dit pourra se faire. Selon les individus, les soignants sont vécus comme alliés ou comme adversaires. Dans des situations critiques qui remettent leur autonomie en question, certains soignants s'engagent dans des conflits parfois violents avec les surveillants ou le personnel de direction. Aussi, contre le système de contrainte carcérale, les soignants disposent de ressources qui leur permettent de contourner, d'adapter, voire de contrecarrer ce système. Il reste que beaucoup d'ajustements semblent relever de normes, de comportements personnels et de modes personnels de résolution des conflits.[3] Il faut donc être vigilant pour garder une identité de soignant et préserver des objectifs propres. La façon dont les soignants sont perçus par les personnes incarcérées renvoie les surveillants à leur fonction répressive ; considérer une personne incarcérée dans son identité avec ses propres difficultés c'est quelque part nier le personnel de surveillance dans sa fonction.[156]

En dehors de toutes les lenteurs liées à l'architecture des prisons, au poids des règles et à la longueur de la ligne hiérarchique, de nombreux retards dans la transmission des demandes de

[156]Ibid
[158]Ibid
[40]Ibid
[3]Ibid
[156]Ibid

consultation, dans l'accès des personnes incarcérées au service de soins, sont liés au rapport de force entre les différents acteurs de la prison. Quand un surveillant freine la transmission des demandes des patients et leur accès à l'infirmerie en les faisant attendre, ce peut-être parce qu'il est en conflit soit avec sa hiérarchie, soit avec la personne incarcérée, soit avec les médecins et les infirmiers. Les médecins ont un sentiment d'impuissance face au pouvoir, jugé illégitime, des surveillants. Les retards sont enfin l'expression d'un rapport de force parfois tendu entre les soignants et les surveillants, qui sont et se sentent souvent assimilés à de simples exécutants occupés à des taches serviles, sinon viles. Ces retards sont là pour rappeler que les soins ne sont pas prioritaires dans les objectifs de la détention et que les soignants sont assujettis au fonctionnement de l'institution pénitentiaire.

Il est important que les équipes soignantes puissent travailler en collaboration véritable avec les surveillants, toute spécificité gardée bien entendu. C'est en maintenant farouchement l'indépendance du rôle soignant, tout en cherchant à obtenir une relation de qualité avec le monde pénitentiaire, c'est à travers ce paradoxe seulement qu'un travail authentiquement psychothérapeutique peut se mettre en place.[1]

Si les décisions médicales font parfois l'objet de mécontentements de la part des surveillants ou des directions locales des établissements, elles ne vont jamais jusqu'à susciter des contestations ouvertes et des désaccords publics. L'autorité professionnelle des psychiatres s'est accrue. Les contestations portant sur la compétence technique des acteurs de santé sont très rares chez le personnel pénitentiaire. On retrouve généralement chez les surveillants une sorte de respect muet vis-à-vis des décisions médicales. Les surveillants s'interdisent généralement de remettre en cause le contenu technique des actes soignants et médicaux. Les mécontentements ne s'expriment pas comme une critique de la pertinence des décisions médicales ; les surveillants critiquent plutôt le dédain des médecins, l'impérialisme du secret médical et le non-respect des règles de sécurité.

On peut dire que l'autonomie des acteurs de santé vis-à-vis des surveillants repose fondamentalement sur la reconnaissance de leur autorité technique et de leur compétence exclusive dans le domaine de la santé mentale[3].

[1]Ibid
[3]Ibid

Section 2. Le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

Présent dans la prison, le psychiatre doit sans cesse, affirmer la spécificité de son travail thérapeutique, ses objectifs et ses exigences, à côté d'autres disciplines aux finalités éducative ou réadaptative, mais sans confusion avec l'action répressive[195].

Initialement, la mission du service social en prison est cantonnée au milieu fermé. Son action ne s'étend pas au milieu ouvert. Le Comité d'Assistance et de Placement des libérés, créé en 1946, a cette charge de travail social. Peu à peu, une coordination s'établit entre le milieu fermé et le milieu ouvert et un processus d'unification du travail social se met en place, processus qui aboutit avec le décret du 13 avril 1999 à la création du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) (décret n°99-276 du 13 avril 1999 modifiant le Code de Procédure Pénale et portant création des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation, journal officiel du 14 avril 1999, page 5478.). Le service médical et le service social ont évolué de façon croisée quant à leurs rapports avec l'Administration Pénitentiaire. À l'origine, les assistants sociaux bénéficient d'une indépendance professionnelle dont le personnel médical ne dispose pas. Puis le Code de Procédure Pénale de 1959 uniformise leur situation : les membres du service social comme ceux du service médical sont subordonnés au chef de l'établissement pénitentiaire. Par la suite, les soignants conquièrent leur autonomie, tandis que tous les travailleurs sociaux sont progressivement intégrés à l'Administration Pénitentiaire.[185] Son directeur est placé sous l'autorité hiérarchique du directeur régional des services pénitentiaires. Le travailleur social établit des rapports de suivi et des rapports de mesure. Le secret professionnel, auquel sont tenus les travailleurs sociaux à l'égard des autorités judiciaires pour les renseignements recueillis par voie de confidence, est protégé en pratique par la création d'un dossier du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation différent du dossier du Juge d'Application des Peines. Mais les locaux de ce service et du juge peuvent se juxtaposer ou être communs. De plus, le juge peut saisir les dossiers en question. Depuis la réforme de 1999, les travailleurs sociaux interviennent indistinctement en milieu ouvert ou en milieu fermé sur la base de principes communs : l'individualisation de la peine et la mission de réinsertion. Ils sont renommés « Conseillers d'Insertion et de Probation » (CIP). Au 1er janvier 2004, 2107 CIP sont répartis au sein de 102 SPIP. Les travailleurs sociaux ont perdu ce que le personnel du service médical a conquis : l'indépendance professionnelle.

---

[195]Ibid
[185]Ibid

Dans le cadre des différents moments des soins psychiatriques, le travail des soignants se situe en parallèle avec le travail du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation[50] :

-- la préparation de la sortie, notamment pour les personnes incarcérées dont l'état de santé mentale justifie un suivi adapté à l'extérieur ;

-- la prise en charge d'une personne toxicomane pour laquelle une coordination entre les médecins, les psychologues et les travailleurs sociaux paraît indispensable ;

-- l'incitation aux soins pour les délinquants sexuels pour laquelle le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation pourrait jouer un important rôle de relais auprès des psychiatres qui interviennent en détention.

Dans ces différents moments, un risque de confusion entre le traitement pénal et le traitement médical existe à travers le type de lien mis en place entre le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation et les soignants. Il est difficile pour le personnel du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation d'accepter que les psychiatres ne considèrent pas être soumis à un secret professionnel partagé. Ceci est à l'origine de relations complexes : pour les Conseillers d'Insertion Pénitentiaire, les psychiatres sont considérés comme récalcitrants au travail commun de réinsertion et de lutte contre la récidive, et pour les psychiatres, les Conseillers d'Insertion Pénitentiaire sont jugés comme intrusifs dans le travail thérapeutique. On demande au psychiatre de donner des appréciations sur la personnalité des personnes incarcérées qu'il a en charge et sur leur dangerosité potentielle, particulièrement en ce qui concerne les permissions ou les libérations conditionnelles, auprès de la commission d'application des peines. Il lui est demandé de fournir des certificats de suivi psychiatrique. Crédité d'un savoir bien surévalué, il deviendrait le conseiller de l'Administration Pénitentiaire en matière de relations humaines. Le risque est qu'à apparaître comme un des acteurs du traitement pénal, le psychiatre se trouve identifié, par les personnes incarcérées, aux autres personnes qui ont un pouvoir sur leur devenir pénal. La recherche des intérêts matériels judiciaires va alors prendre le pas sur la relation thérapeutique.[181] Il est indiscutable que tout travail psychiatrique en milieu pénitentiaire est pratiquement impossible sans une bonne harmonisation avec les différents personnels de l'Administration Pénitentiaire (surveillants, assistants sociaux, éducateurs…), avec son corollaire correspondant concernant les limites d'action des uns et des autres, limites parfois délicates où la souplesse doit se conjuguer avec la rigueur technique et éthique[6].

---

[50]Ibid
[181]Ibid
[6]Ibid

Chapitre 5. Les prérogatives pénitentiaires et les prérogatives du système de soins en santé mentale

Tableau IV.

DES SITUATIONS PARTICULIERES DE PRISE EN CHARGE DE PATIENTS OU DE RAPPORT AVEC LE CADRE PENITENTIAIRE, VOUS ONT-ELLES POSE DES QUESTIONS ETHIQUES ET DEONTOLOGIQUES, POUVEZ-VOUS LES EXPOSER ?	
Non. Absence de situation source de questions éthique ou déontologique dans la prise en charge de patients ou de rapport avec le cadre pénitentiaire.	16.5%

Il est étonnant de constater que 16,5% des psychiatres interrogés n'ont aucune difficulté d'ordre éthique et d'ordre déontologique dans leur relation avec l'institution pénitentiaire.
Dans le cadre de la pénalisation ou de la dépénalisation, punir et guérir ne sont pas antinomiques, et la justice et la psychiatrie sont condamnées à cohabiter pour des raisons non pas de culpabilité ou de responsabilité, mais d'imputabilité. La psychiatrie, même si elle revendique une autonomie professionnelle, peut être pensée comme auxiliaire de la justice.[196]

La question réside dans une divergence fondamentale entre l'Administration Pénitentiaire et le Ministère de la Santé quant aux missions du dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral. L'une voit dans la présence des psychiatres un moyen de résoudre une question pour elle insoluble : la gestion des personnes incarcérées difficiles, voire la prévention de la récidive. L'autre verrait plutôt la possibilité d'offrir à la population incarcérée un accès aux soins. Au psychiatre de se déterminer quant à la place qu'il souhaite occuper dans ce désaccord. Ni les paroles, ni le statut ne suffisent. Les pressions sont fortes et multiples.[188]

[196]Rappart P. Punir et soigner : la délinquance récidivante et la psychopathie face au droit pénal et à la politique psychiatrique de secteur. Pratiques en Santé Mentale 2003 ; 4 : 15-22.
[188]Ibid

Section 1. Les prérogatives pénitentiaires

§1. Les objectifs de l'Administration Pénitentiaire

L'Administration Pénitentiaire a pour vocation et pour préoccupation première qu'aucun condamné n'échappe par ruse ou par tout autre moyen à la peine prononcée par le tribunal, en dehors de l'application sincère et véritable des dispositions légales en la matière[152]. Le principe de l'organisation de la micro société carcérale telle que nous la connaissons reste celui du contrôle des personnes que l'institution judiciaire lui confie. Ce contrôle passe par l'imposition de modalités de vie explicitement réglées, et par toutes sortes de contraintes définies les unes par le Code de Procédure Pénale, les autres par les règlements intérieurs des établissements, et d'autres encore par les usages locaux et les lois informelles du monde pénitentiaire.[180] L'Administration Pénitentiaire, avec son règlement strict, régit donc l'ensemble des rapports entre les différentes personnes, pour des impératifs de sécurité, et joue une fonction de réassurance permanente auprès des surveillants[156]. L'institution prend en main la vie de la personne incarcérée ; cette dernière ne doit que subir des exigences[19].
Selon G. Du Mesnil du Buisson, magistrat, les soins prodigués en milieu pénitentiaire ont une très grande spécificité dès lors qu'il s'agit de soins relatifs aux troubles du comportement, qui ne concernent pas seulement le sujet mais une problématique dans laquelle la société toute entière est impliquée à travers l'action de la justice[197].

L'Administration Pénitentiaire est appelée à recevoir un nombre croissant de personnes présentant des troubles mentaux graves, nécessitant un suivi médico-psychologique approprié. Il s'agit pour elle de pouvoir répondre à cette charge nouvelle à laquelle elle est peu préparée. On lui demande tout à la fois de surveiller et d'aménager des soins, de "transformer" un homme "hors-la-loi" et malade en un homme sain et respectueux de la loi.[198]

---

[152]Ibid
[180]Ibid
[156]Ibid
[19]Ibid
[197]Du Mesnil du Buisson G. Réflexion sur le rôle du juge et du médecin dans l'intelligibilité de la peine et son évolution ; le mariage de Thémis et d'Hippocrate à l'épreuve de la durée. Revue Science Criminelle octobre décembre 1995 ; 4 : 839-850.
[198]Karsenty J-C. Pratiques psychiatriques en milieu carcéral ? L'Evolution Psychiatrique 1993 ; 58 ; 1 : 17-19.

§2. Entre rejet et manipulation

Le moindre agent étranger est un risque potentiel de déstabilisation, susceptible d'engendrer des inquiétudes. Les structures de soins psychiatriques sont vécues comme un corps étranger dans l'institution pénitentiaire. L'équipe psychiatrique apparaît souvent comme un élément perturbateur du bon fonctionnement de la maison d'arrêt, avec ses rites, ses usages ...[156]
Selon les administrations pénitentiaire et judiciaire, il est indispensable qu'une réflexion s'engage sur la pluralité nécessaire des statuts de la psychiatrie en établissement pénitentiaire. Selon G. du Mesnil du Buisson, cette pluralité de statuts n'implique pas nécessairement une pluralité des praticiens concernés, mais clarifie le contenu de l'intervention de chacun, tant à l'égard du patient que de la justice, et permet une lisibilité optimale de l'action menée sous mandat judiciaire de traitement ou à la demande de l'intéressé. La psychiatrie en prison (de même que les soins psychothérapeutiques) ne pouvant aller à rebours de la logique judiciaire, la cohérence minimale implique un statut clair de la médecine pénale sous mandat judiciaire.[197] Cette vision juridico-pénitentiaire des interventions psychiatriques en milieu carcéral est en majorité rejetée par le corps médical car elle est peu compatible avec sa déontologie.

❖ Les demandes de l'administration judiciaire à l'égard du psychiatre.

L'évolution dans le domaine judiciaire n'apparaît pas négligeable et nombre d'auteurs évoquent les difficultés du juge à juger et la culpabilité professionnelle des magistrats. Il s'agit de donner du sens au châtiment, d'associer ou de demander caution à des tiers, notamment les psychiatres.[178] La coopération au cas par cas entre l'autorité judiciaire, plus spécialement les juges de l'application des peines, et les intervenants médicaux en détention, est problématique pour les autorités judiciaire et pénitentiaire[50].
Plus fondamentalement, le positionnement des médecins, et en particulier des psychiatres vis-à-vis des procédures d'aménagement de peine, est délicat et varie selon les professionnels et les établissements concernés. Un grand nombre de psychiatres entend rester à l'écart de ces procédures, pour éviter la confusion entre soignant et expert. Ce point de vue, conforme au Code de Déontologie médicale, prive cependant le juge d'application des peines

[156]Ibid
[197]Ibid
[178]Ibid
[50]Ibid

d'informations qui lui semblent indispensables pour déterminer le mode d'aménagement de peine le plus adéquat, en vue de préparer l'insertion de la personne incarcérée et en prévenant, autant que faire se peut, tout risque de récidive.

Pour les magistrats[197], la commission de l'application des peines, lieu actuel de rencontre entre le juge et le psychiatre, est le lieu de l'action de la justice dans la prison où sont évoquées les demandes d'aménagement de peines présentées par les personnes incarcérées. Le juge, par la technique d'analyse juridique de dossiers, est un homme de synthèse susceptible de prendre une décision dont le risque est assumé. Selon les magistrats, l'ignorance du juge et la gravité des décisions de justice rendues, impliquent nécessairement la présence du psychiatre au sein de la commission de l'application des peines, non que son intervention doive porter sur les patients qu'il a été amené à connaître mais parce qu'il est membre de cette commission, et agit à titre de conseiller technique sur des questions d'ordre général. Les magistrats recentrent ici le rôle de la commission de l'application des peines. Cet organe au sein duquel les participants sont tous tenus au secret est un lieu où les intervenants se doivent avec humilité de rendre compte de savoirs limités, la confrontation des incertitudes liées au fondement d'un véritable humanisme permettant la maturation de la décision judiciaire la mieux adaptée. Selon les juges de l'application des peines, cette humilité récuse la prétention du secret absolu qui refuse d'être confronté à la réalité des savoirs complémentaires. Les distorsions entre les professionnels ne peuvent aucunement servir à la structuration de la personnalité de ceux qui ont d'abord besoin de cohérence interne.

Certaines équipes psychiatriques participent au processus de préparation à la sortie, dialoguent avec le juge d'application des peines soit lors des réunions organisées à cet effet, soit en assistant aux réunions de la commission d'application des peines. Cette attitude est loin de faire l'unanimité auprès des psychiatres[50].

[197]Ibid
[50]Ibid

❖ Les demandes de l'Administration Pénitentiaire à l'égard du psychiatre.

Tableau IV.

DES SITUATIONS PARTICULIERES DE PRISE EN CHARGE DE PATIENTS OU DE RAPPORT AVEC LE CADRE PENITENTIAIRE, VOUS ONT-ELLES POSE DES QUESTIONS ETHIQUES ET DEONTOLOGIQUES, POUVEZ-VOUS LES EXPOSER ?	
L'utilisation des soins psychiatriques comme régulateurs des problèmes carcéraux.	18%
La surveillance de la prise des traitements par les personnes incarcérées.	4.5%

Tableau V.

QUELLES SERAIENT, SELON VOUS, LES DERIVES POSSIBLES DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL ?	
La psychiatrisation des difficultés relevant de la gestion par l'établissement pénitentiaire.	43%
La surprescription de psychotropes avec un détournement utilitaire pour le fonctionnement de l'établissement pénitentiaire.	10.5%

La reconnaissance du « fou » en vue de son exclusion est toujours à la base de la démarche[19]. Par sa mission de dépistage, le psychiatre doit exclure le fou du milieu carcéral et par sa mission préventive, il est chargé d'empêcher que les troubles n'apparaissent[199]. On a appris à regarder le psychiatre comme le détenteur de techniques correctrices des comportements, c'est-à-dire normalisatrices, chaque fois que la sanction disciplinaire a échoué[19]. Lorsque la répression physique est dépassée, il lui est réclamé la camisole chimique. Ainsi, l'Administration Pénitentiaire tend à pousser à l'utilisation de chimiothérapies « correctrices ou normalisatrices » afin que les personnes incarcérées supportent mieux leur privation de liberté et ne troublent pas l'ordre. Le psychiatre est sollicité pour réduire le passage à l'acte, source de désordre. L'institution le presse d'intervenir en auxiliaire de la discipline.

[19]Ibid
[199]Pultière S. La consultation d'hygiène mentale à la maison d'arrêt de Châlons-sur-Marne; histoire - clinique - bilan - avenir. Thèse, Université de Reims, 1985 : 116.
[19]Ibid

Amené à voir, à intervenir en tant que technicien du désordre mental et par conséquent à certifier et à prescrire, le psychiatre se trouve placé, tant par l'Administration Pénitentiaire que par la personne incarcérée dans une position imaginaire de toute-puissance. Il n'en est que plus otage.[200] L'institution se tourne ainsi vers le psychiatre, préférant considérer l'individu en tant que malade plutôt que de chercher en son sein des explications. Elle interpelle le psychiatre pour satisfaire sa propre économie, souvent en contradiction avec le besoin réel de la personne.[199]

Section 2. Les prérogatives du système de soins en santé mentale

§1. La qualité des soins

Selon la Cour Européenne des Droits de l'Homme, le manquement à assurer des soins médicaux appropriés aux prisonniers peut constituer un traitement inhumain et, il y a une obligation qui pèse sur les Etats à adopter des mesures pour assurer le bien-être des personnes privées de liberté[201]. Si l'accès des personnes incarcérées au service de soins est largement perçu comme un droit respecté comme tel, s'il n'est plus limité comme auparavant, il reste un accès à des pratiques de soins qui ne sont pas indépendantes de la situation institutionnelle des personnes incarcérées.[3]

Les soins psychiatriques aux personnes incarcérées, tout comme les soins somatiques, doivent être de qualité équivalente à ceux dispensés en milieu ouvert. C'est l'affaire de toutes les équipes de santé mentale et non pas seulement de celles qui travaillent dans les établissements pénitentiaires. La manière de traiter les personnes incarcérées étant un indice de valeur de civilisation et d'humanité, elle devrait même préoccuper tout citoyen.[176]

---

[200]Poirier A. Misère de la psychiatrie en maison d'arrêt. Synapse novembre 2001 ; 180 : 45-48.
[199]Ibid
[201]Tulkens F. Droit de l'homme et prison. La jurisprudence de la nouvelle cour européenne des droits de l'homme. In : Panorama européen de la prison. Sous la direction de Céré J-P, éditions l'Harmattan, collection Sciences Criminelles, année 2002 : 29-74.
[3]Ibid
[176]Ibid

§2. Le respect de la déontologie médicale

L'accès aux soins et les indications thérapeutiques doivent dépendre d'abord et avant tout des troubles constatés et de l'histoire clinique, et non de la situation judiciaire du sujet, de son dossier pénal ou de son appartenance sociale, religieuse ou ethnique. La prison jalonne parfois le parcours de certains patients, pour un temps nécessairement limité, compris entre un avant et un après dont il convient toujours de tenir compte.[176]

Dès 1977, l'Association Mondiale de Psychiatrie pose que « le psychiatre ne doit pas participer à un traitement psychiatrique imposé en l'absence d'une maladie psychiatrique ». Or on associe souvent troubles du comportement et anomalie mentale, avec tous les risques évidents d'amalgame entre traitement pénal, traitement social et traitement psychiatrique[191].

§3. Le rejet des prérogatives de l'Administration Pénitentiaire

Tableau V.

QUELLES SERAIENT, SELON VOUS, LES DERIVES POSSIBLES DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL ?	
Le rapprochement des soignants et de l'Administration Pénitentiaire avec une perte des objectifs et de l'identité de soignant.	18%

L'affrontement reste permanent avec l'appareil répressif qu'est la prison, avec sa discipline et ses finalités[41]. Prescriptions et placement situent le soin entre le médical et le sécuritaire, visant à prévenir le désordre institutionnel autant que les troubles individuels[200]. L'objectif n'est pas d'aider la personne incarcérée à supporter la rigueur carcérale et la violence de situations extrêmes, en se plaçant comme une sorte d'auxiliaire de l'Administration Pénitentiaire, mais de procurer un étayage au sujet, chaque fois qu'il manifeste une défaillance adaptative, source de conséquences délétères pour son intégrité.[202]

L'équipe de soins psychiatriques ne doit jamais se préoccuper de sécurité. La sécurité, les mouvements des personnes incarcérées, le règlement intérieur, semblent être de la

[176]Ibid
[191]Ibid
[41]Ibid
[200]Ibid
[202]De Beaurepaire C. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale janvier 2000 ; 34 : 35-39.

compétence de l'équipe pénitentiaire même si, bien entendu, le règlement intérieur doit être connu et respecté de tout soignant psychiatrique.[40]

§4. Le rejet des prérogatives de l'administration judiciaire

Tableau V.

QUELLES SERAIENT, SELON VOUS, LES DERIVES POSSIBLES DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL ?	
L'emprise de la justice sur les soins, avec une mise en position d'auxiliaire de justice.	20%
La confusion entre la sanction et les soins.	7.5%

Afin de ne pas favoriser la confusion, facile mais si pernicieuse, entre la peine et les soins, le contrôle social et le suivi thérapeutique, les psychiatres, malgré un constant souci d'efficacité, ont toujours manifesté une prudence de bon aloi quand il s'agit de fonder les dispositions et dispositifs thérapeutiques sur une catégorie pénale et non sur une entité pathologique définie, ou de focaliser sur l'acte criminel la prise en charge thérapeutique, laquelle doit rester dans tous les cas celle de la personne.[203] L'objet d'une thérapie en détention ne saurait être assimilé à un travail de prévention de la récidive : nous sommes là dans le champ criminologique et non clinique[48]. Revendiquant l'exclusivité de la mission thérapeutique, les équipes soignantes hésitent à participer à la commission d'application des peines[18].

Du point de vue médical, il est des cas où le psychiatre a l'obligation de parler. Il en est d'autres où il a l'autorisation de le faire. Il convient de bien distinguer les cas où parler est une obligation, de ceux où cela n'est qu'une faculté. Parmi les diverses facultés de parler, il convient d'envisager la question de la participation du psychiatre à la commission d'application des peines. Des difficultés ne manquent pas de surgir. Si l'avis du psychiatre est sollicité, il faut que son intervention soit utile ; il faut donc que l'argumentation soit détaillée. On conçoit aisément que les magistrats responsables du maintien ou non en prison aient parfois besoin de connaître l'avis du psychiatre quant à l'état psychologique d'une personne

[40]Ibid
[203]Archer E. Le traitement psychiatrique des auteurs d'agressions sexuelles pendant et après la détention. L'Information Psychiatrique mai 1998 ; 5 : 461-473.
[48]Ibid
[18]Ibid

incarcérée et les conséquences de cet état sur son comportement. Or, si l'argumentation est détaillée, le risque est la violation du secret médical. Si elle n'est au contraire pas précise, l'intervention du psychiatre est inutile ; on pourra même penser qu'il fait preuve d'une certaine mauvaise volonté.[186] Comment pourrait-il être régulièrement désigné comme expert et donner son avis sur un sujet qu'il a été vraisemblablement amené à traiter dans le cadre de ses fonctions dans l'établissement, les fonctions de médecin expert et de médecin traitant étant incompatibles ?[184] On rétorquera qu'une solution a été trouvée dans le recours à un, voire trois experts pour éclairer la commission d'application des peines, de sorte que la fonction du psychiatre pénitentiaire est moins ambiguë. Mais ce recours à l'expertise psychiatrique est strictement cantonné. L'éventuelle participation du psychiatre à la commission d'application des peines génère une autre difficulté. Elle provient des personnes incarcérées elles-mêmes qui formulent des demandes afin d'utiliser le psychiatre comme un « avocat-psychiatre ».

§5. Finalité de la présence du psychiatre en milieu carcéral

Tableau I.

QUELLES SONT, SELON VOUS, LES PRIORITES ACTUELLES DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL ?	
Répondre à la souffrance psychique des personnes incarcérées	10.5%

Tableau IV.

DES SITUATIONS PARTICULIERES DE PRISE EN CHARGE DE PATIENTS OU DE RAPPORT AVEC LE CADRE PENITENTIAIRE, VOUS ONT-ELLES POSE DES QUESTIONS ETHIQUES ET DEONTOLOGIQUES, POUVEZ-VOUS LES EXPOSER ?	
La présence de personnes incarcérées psychotiques en milieu carcéral.	6%

Répondre à la souffrance psychique des personnes incarcérées est une priorité des soins psychiatriques en milieu carcéral que les psychiatres interrogés ne considèrent malheureusement pas de façon suffisante comme une priorité. Seul 6% des psychiatres

[186]Ibid
[184]Ibid

interrogés s'inquiètent de la présence de personnes incarcérées psychotiques en milieu carcéral. Ce faible pourcentage pose question sur la volonté des psychiatres à lutter contre l'incarcération des personnes en état d'aliénation mentale.

Le psychiatre ne doit être ni le complice de la personne incarcérée, ni l'auxiliaire de la discipline. Le problème de la justice n'est pas celui de la psychiatrie, et le psychiatre n'a pas, sauf cas ponctuels et précis, à apaiser la détention ou à se placer en garant de l'ordre. Son intervention en prison ne peut avoir qu'une seule finalité : celle de permettre à ceux qui présentent des difficultés psychologiques voire psychiatriques, de recevoir librement le soutien et la prise en charge que nécessite leur état. Avant tout, pour favoriser l'authenticité d'une relation thérapeutique, une attitude restrictive vis-à-vis du "pouvoir" du psychiatre dans l'institution pénitentiaire est nécessaire, pour que la personne incarcérée, parfaitement avertie de ce qu'elle ne peut attendre de lui, lui adresse enfin une vraie demande.[199]

Actuellement, le bon sens est de considérer qu'un malade psychotique, incarcéré ou non, criminel ou non, doit être soigné dans les meilleures conditions, avec les meilleures chances. C'est une position médicale classique, qui préserve l'éthique et l'efficacité des soins, tant à l'égard des patients que dans l'intérêt de la collectivité, dans un souci de prévention. Un tel point de vue exclut nécessairement la prison comme lieu de soins d'une psychose, même si le patient y apparaît consentant, et si la justice a établi que son discernement n'était qu'altéré plutôt qu'aboli sous l'effet du trouble psychiatrique.[69] Les psychiatres praticiens hospitaliers des secteurs adultes, les médecins vacataires, spécialistes ou non, qui interviennent dans les établissements pénitentiaires, spécialisés ou non, enfreignent la loi quand ils s'ingénient à soigner in situ les personnes incarcérées en état d'aliénation mentale, au lieu de prendre les dispositions prévues par l'article D.398 du Code de Procédure Pénale pour que celles-ci quittent le milieu carcéral.[152]

Le psychiatre soigne la souffrance psychique en milieu carcérale et continue de garantir la distinction entre la prison et l'hôpital psychiatrique.

[199]Ibid
[69]Ibid
[152]Ibid

Chapitre 6. Recentrer, limiter et rappeler la place et le rôle du psychiatre dans l'institution carcérale

La justice a profondément modifié depuis près de deux siècles son mode d'appréhension de la délinquance. À la notion de punition et de châtiment, elle a substitué celle de "traitement pénal" avec la personnalisation de la peine, la resocialisation des délinquants se voulant l'aboutissement d'une telle politique.[199] Au début du XXI^{ième} siècle, la justice tend à devenir « thérapeute » de la société, tandis que le médecin, thérapeute de l'individu, se retrouve sous « injonction de soigner », dans une fonction de « technicien de maintenance » au service de « l'ordre social »[79]. C'est dans ce sens que le psychiatre avec d'autres "agents de réadaptation" sont intervenus sur les lieux mêmes du "traitement", le milieu carcéral. Cette situation est à un carrefour du psychiatrique et du social, et interroge sans cesse sur son fonctionnement et ses débordements[35]. On serait tenté de s'interroger sur le devenir du psychiatre en prison ; simple alibi d'un système où l'apport des sciences humaines peut devenir la pire des tortures sophistiquées, où le clinicien y perdrait son âme et sa raison d'être, ou authentique thérapeute qui affirme inlassablement les exigences de son action, en aidant l'homme souffrant pour lui permettre d'assumer sa destinée.[19] Etant aujourd'hui à la croisée des chemins, soit la psychiatrie saura garder son éthique du soin et son indépendance vis-à-vis d'une administration dont la mission ne peut être en désaccord avec elle-même, soit elle cédera aux mirages de la complémentarité, de la mission commune qui alimentent l'idée d'une « psychiatrie pénitentiaire spécifique ».[126] L'institution pénitentiaire impose des pressions dont il faut prendre la juste mesure et qu'il ne faut pas perdre de vue. Il ne s'agit pas de prôner un clivage manichéen. Mais, contrairement aux textes actuels (qui ne parlent que de collaboration, de partenariat, de mission commune), il faut affirmer qu'un travail fructueux ne se fait que dans la mesure où les places de chacun sont clairement différenciées.[188] Le travail de la psychiatrie en prison est à la limite de ses conditions d'exercice[44]. Son intervention introduit une autre forme de pensée. Son rôle absolu est de ne pas être l'auxiliaire de l'Administration Pénitentiaire mais d'introduire la différence, par un regard plus humain sur

[199]Ibid
[79]Ibid
[35]Ibid
[19]Ibid
[126]Ibid
[188]Ibid
[44]Ibid

la personne incarcérée en souffrance.[156] Il faudra donc sans cesse expliquer la place de rattachement au Ministère de la Santé et non au Ministère de la Justice, rendre crédible le statut des soignants, leur pratique[107].

La seule garantie pour conserver l'esprit critique est de refuser la notion même de psychiatrie particulière à la prison et au prisonnier.[145] Les psychiatres travaillant en prison devront être clairement vigilants sur le recours quelque peu systématique qui pourra leur être fait par les personnes incarcérées ou l'Administration Pénitentiaire : recours à une thérapeutique psychiatrique de tout ébranlement, désordre, de toute péripétie de la vie carcérale qu'il faudrait traiter par le médicament ou la bonne parole. Dire ce qui n'est pas de la psychiatrie est le premier des actes psychiatriques en clinique en milieu pénitentiaire.[141] Le rôle du psychiatre est d'œuvrer pour que les soins soient effectués dans des conditions qui garantissent à la fois la sécurité des patients et la qualité des soins. Quoi qu'il en soit, le rôle du psychiatre exerçant en détention n'est pas de s'efforcer de « traiter par neuroleptique retard », au besoin dans les quartiers d'isolement ou les quartiers disciplinaires, si besoin sous contention effectuée par les surveillants pénitentiaires, des patients hallucinés et délirants, afin de rétablir l'ordre et la sécurité au sein de la détention et de soulager les services de secteur de la responsabilité à assumer ces soins.[202] Il est urgent de réfléchir aux limites de l'intervention des équipes psychiatriques travaillant en milieu pénitentiaire et au danger qu'il y aurait finalement à créer des asiles pénitentiaires pour psychotiques chroniques prenant le relais des structures hospitalières extérieures[141].

Aussi, chaque psychiatre travaillant en prison doit se fixer une ligne de conduite, en accord bien entendu avec les principes qui ont toujours régi sa profession. Un accord doctrinal peut se trouver sur les points suivants[181] :

- L'indépendance professionnelle, tant vis-à-vis de l'Administration Pénitentiaire que des personnes incarcérées ;
- Le refus de toute extension de la psychiatrie en dehors de ce que le consensus des psychiatres considère être son domaine ;
- L'affirmation de l'importance accordée au secret médical, condition première d'une

[156]Ibid
[107]Ibid
[145]Ibid
[141]Ibid
[202]Ibid
[141]Ibid
[181]Ibid

relation thérapeutique de confiance entre la personne incarcérée et son thérapeute.

Le psychiatre doit se garder de vouloir « thérapeutiser » le délinquant, en tant que tel, mais se tenir éventuellement prêt à répondre à la demande d'aide de certains d'entre eux[195].

[195]Ibid

CONCLUSION

L'évolution du dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral en France est emprunte de la relation complexe entre deux institutions : la psychiatrie et l'institution pénitentiaire. Chacune a connu une évolution propre et elles se sont rencontrées. Pionnier dans les soins, ce dispositif a dû se construire au départ avec des méfiances en provenance des deux institutions. En même temps que les structures psychiatriques en milieu carcéral s'étoffaient, les soignants devaient réfléchir et se positionner sur leurs actions. On ne peut pas considérer que cette évolution fut lente. Au contraire, à l'échelle de la prison, le siècle dernier a été une révolution. Les soignants ont été des acteurs majeurs de cette révolution. Parfois malmenés, ils ont su trouver leur place et des interlocuteurs au sein de l'Administration Pénitentiaire et judiciaire, convaincus de l'importance de leur action et de leurs difficultés. L'acquisition des droits de la personne incarcérée s'est faite dans de nombreux domaines, dont la santé. Il paraît évident que la création du dispositif actuel, qu'il s'agisse des SMPR ou de l'intervention des secteurs de psychiatrie générale, a marqué un progrès considérable dans l'accès aux soins pour la population carcérale.[42] La psychiatrie a ouvert la marche au développement des structures de soins en médecine générale qui s'est fait à partir de 1994. Durant ces dix dernières années, les soins psychiatriques délivrés aux personnes détenues se sont très nettement améliorés mais insuffisamment en regard de l'ampleur des besoins[55].

L'étude des rapports d'activité des différentes structures de soins apporte un éclairage intéressant. C'est peut-être une évidence, mais il est nécessaire de le constater : le dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral existe. Les établissements où l'intervention psychiatrique n'est que sporadique sont exceptionnels. Les Service Médico-Psychologiques Régionaux et les Dispositifs de Soins en Psychiatrie composent ce dispositif.

Dans chaque établissement les structures psychiatriques consolident leur présence dans le temps et l'espace. Il est indispensable que les soignants psychiatriques offrent une permanence des soins et qu'ils interviennent en établissement pénitentiaire dans un lieu identifié comme lieu de soins voire comme lieu de soins psychiatriques. Pour les SMPR ceci est une problématique moins prégnante que pour les DSP. La composition des équipes de soins SMPR/DSP est proche de la composition des Centres Médico-Psychologiques classiques ; elle est marquée par le manque de stabilité du personnel et par une proportion de

[42]Ibid
[55]Ibid

postes vacants encore plus importante que dans les secteurs de psychiatrie générale. L'infirmier psychiatrique a une fonction spécifique et cruciale, débordant même ses fonctions d'infirmier et posant ainsi des problèmes de responsabilité professionnelle. Le psychologue, lui aussi, voit son champ de compétences élargi. Le psychiatre devrait être le responsable de la politique de soins de la structure mais son absence ou son instabilité ne permet pas toujours de remplir pleinement cette fonction.

Les actions du dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral pourraient se synthétiser en deux : le dépistage de la pathologie psychiatrique et psychologique, le développement et l'adaptation de soins aux spécificités de la population carcérale et du milieu d'intervention.

Le dépistage est une mission investie par l'ensemble des structures SMPR/DSP. La situation actuelle ne permet pas qu'il soit effectué par le psychiatre et sa systématisation ne peut être complète. D'ailleurs nous devons continuer à nous demander si, éthiquement, il est souhaitable que cela se modifie. Il répond aux caractéristiques de la population carcérale où les troubles psychiatriques sont surreprésentés et où l'accès aux soins et la demande de soins sont complexes. Il vient participer à potentialiser l'inflation des besoins de soins en milieu carcéral qui est en premier liée à l'évolution de la population incarcérée. Cette évolution de la population carcérale vers la population autrefois prise en charge en hôpital psychiatrique pose de nombreuses questions sur les choix de notre société concernant le malade psychiatrique.

Si les secteurs de psychiatrie s'accordent à dire que la tendance est à la psychiatrisation de la misère sociale, il est incontestable qu'elle est également à une pénalisation de la maladie mentale[204].

Les soignants psychiatriques, conscients de ces spécificités, cherchent à développer dans les structures des soins répondant aux besoins de cette population et compatibles avec les moyens qui leur sont alloués. De nombreux SMPR/DSP fonctionnent déjà comme des Centres Médico-Psychologiques proposant des prises en charge groupale thérapeutique, très variées, et évoluant vers une adaptation spécifique à des pathologies. Les entretiens individuels restent la prise en charge prédominante en milieu carcéral et sont peut-être le reflet d'un manque de travail en équipe au sein des structures de soins. Nous ne remettons pas en cause l'entretien individuel dans le cadre de la prison ; il est un mode de prise en charge indispensable mais il répond difficilement à l'élargissement du champ d'intervention de la psychiatrie ; il est le moins adapté à la pénurie de personnel soignant, et peut-être le moins adapté aux pathologies

[204]Canetti C. La pénalisation de la maladie mentale : un retour de deux siècles en arrière ! Pratiques en Santé Mentale 2003 ; 4 : 11-14.

retrouvées dans la population carcérale.
La chimiothérapie en milieu carcéral reste un problème. De nombreux psychiatres se sont battus pour que les personnes incarcérées puissent profiter des avancées apportées par l'évolution des traitements médicamenteux, en permettant leur entrée dans la prison (certains continuent encore à se battre…). Aujourd'hui, c'est la régulation des prescriptions et leurs suivis qui sont indispensables face aux débordements et aux dérives des chimiothérapies.
Le nouveau guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues devrait permettre de formaliser et d'uniformiser les soins dans l'ensemble du dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral. Il est nécessaire qu'il soit étudié et utilisé par chaque équipe de DSP et de SMPR.

Les difficultés persistantes de l'hospitalisation en hôpital psychiatrique de patients incarcérés sont l'image la plus évidente des difficultés existantes entre l'articulation de la psychiatrie en milieu carcéral et la psychiatrie sectorielle, mais ne doivent pas faire oublier la difficulté d'articulation la plus importante qu'est le suivi post-pénal. Un choix de politique de santé doit être pris par le corps médical psychiatrique pour le soutien de la création des Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées. Les SMPR définitivement ne répondront pas aux exigences d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Ils doivent par contre assumer leur mission de coordination régionale actuellement clairement insuffisante et prendre une position de référence à l'égard des futures UHSA. Nous devrions nous poser la question de l'intérêt de proposer cette position de référence au secteur de psychiatrie générale pour permettre une meilleure intégration des UHSA dans la psychiatrie sectorielle. L'évolution structurelle des soins en SMPR ne pourra se faire que vers l'hospitalisation de jour, intensifiant celle-ci en adéquation avec les UHSA et les DSP de leur région. Les UHSA sont l'étape suivante nécessaire de l'évolution du dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral. Elles rencontrent les mêmes craintes et difficultés qu'a connu la création du secteur de psychiatrie en milieu carcéral. Mais cette fois-ci, le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux a approuvé la création des UHSA à l'unanimité lors de l'assemblée générale à Dijon le 29 septembre 2004. Il exige la création de moyens sanitaires, une réflexion sur l'implantation de ces lieux, la participation de tous les psychiatres de secteur. Les UHSA seront sources de nouvelles réflexions sur la psychiatrie et demanderont de convaincre l'ensemble des psychiatres de leur inévitable utilité.
A l'image d'une pyramide, les SMPR et les futures UHSA ne sont que la pointe du dispositif de soins en santé mentale : nous les regardons, ils cristallisent l'attention ; pourtant, sans une

base consolidée, ils n'existent pas. Cette base est composée par les Dispositifs de Soins en Psychiatrie. Tout au long de ce travail, nous avons insisté sur l'utilisation du terme de DSP pour définir les structures de soins psychiatriques sectoriels intervenant en milieu carcéral. Elles sont les plus nombreuses, recouvrent une prise en charge de la population carcérale supérieure aux SMPR. Elles sont à l'origine de la diversité et d'une forte émulation des soins psychiatriques. Pourtant le terme de Dispositif de Soins en Psychiatrie n'est reconnu officiellement par aucune circulaire, aucun décret, aucune loi. Ces structures ont besoin d'une reconnaissance identitaire officielle à la fois pour reconnaître leur existence à l'égard des SMPR, des UHSA, des UCSA, des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile, de l'Administration Pénitentiaire et judiciaire, et pour leur permettre de défendre leurs besoins en moyens de personnel et de locaux, leur indépendance professionnelle, leur point de vue sur l'état et l'évolution des soins. Cela participerait à l'amélioration des relations et du travail avec le SMPR de leur région. La notion de travail en partenariat avec l'UCSA pourrait s'appuyer sur des bases plus officielles donc sûrement plus solides et durables. Dans les décisions prises localement par les Comités Médicaux des Etablissements Hospitaliers, la psychiatrie en milieu carcéral serait mieux représentée et entendue. La distinction en tant que soignant en serait renforcée à l'égard de l'Administration Pénitentiaire. L'organisation de l'équipe du Dispositif de Soins en Psychiatrie en intersectorielle ou en fédération semble être l'organisation répondant le mieux aux nécessités actuelles et à venir. Les DSP ne pourront convenablement se construire sans une implication sincère des secteurs de psychiatrie générale.

Les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaires (SROS) de 2^{ième} génération se terminent (durée de 5 ans). L'arrêté du 27 avril 2004 pris en application des articles L.6121-1 du Code de la Santé Publique fixe la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaires de 3^{ième} génération ; la psychiatrie et la santé mentale en font l'objet obligatoirement. La circulaire N°507/DHOS/02/2004 du 25 octobre 2004 détaille l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale des SROS de 3^{ième} génération. Elle insiste sur l'importance du développement de la prise en charge des personnes détenues et sous main de justice considérant qu'elle relève des domaines requérant de manière dominante l'intervention directe et des interventions indirectes ou en partenariat de la psychiatrie. Devant l'intérêt portée à la psychiatrie en milieu carcéral, nous espérons que l'élaboration des SROS de 3^{ième} génération participera à l'évolution des DSP et des SMPR, et à la création des UHSA.

L'amélioration du dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral ne peut pas s'envisager que d'un point de vue structurel, elle doit inclure la poursuite de notre réflexion éthique et déontologique de la psychiatrie et du psychiatre en milieu carcéral. L'analyse des questionnaires adressés aux psychiatres dans notre travail, témoigne de la réflexion des psychiatres sur leurs difficultés à exercer dans ce milieu et des inquiétudes qu'ils ont pour l'avenir. Il est indispensable que la distinction entre soignant et institution pénitentiaire soit encore renforcée. Le travail en partenariat est une chose qui actuellement existe, il est nécessaire et participe à l'amélioration des prises en charge des personnes incarcérées. Mais il n'est pas synonyme « de tout et de trop ». La reconnaissance de la différence, voire, dans certains cas exceptionnels, de la non compatibilité des objectifs de l'institution pénitentiaire et du dispositif de soins en santé mentale doit être complète et souvent rappelée par les deux partenaires.

J-C. Karsenty élargit la double question de l'éthique et de la limite de l'action sanitaire en milieu carcéral en posant la question fondamentale de la responsabilité[198] :

-- responsabilité de la société, qui est en recherche constante d'équilibre entre défense sociale et respect des droits individuels ;

-- responsabilité du corps médical et des soignants ayant obligation de soins, quel que soit le lieu où ils exercent ;

-- responsabilité de l'individu légalement privé de liberté, reconnu maître de ses actes ;

-- responsabilité enfin des institutions, notamment des deux principaux Ministères concernés, Santé et Justice, dont les missions en milieu carcéral peuvent être complémentaires : le droit à des prestations de santé n'est pas limité par la décision de justice privative de liberté, la prise en charge sanitaire peut être le vecteur d'insertion sociale.

E. Archer rappelle que la psychiatrie en milieu carcéral reste consciente, d'une part, des risques actuels de glissement progressif et consensuel vers l'intolérable d'hier et, d'autre part, du danger des formules pseudo éthiques qui prétendent étayer des résistances alors qu'elles masquent certaines démissions[205]. L'amélioration de la prise en charge sanitaire des personnes incarcérées ne doit pas aboutir à l'acceptation d'une gestion intra-carcérale au long cours de tous les soins psychiatriques. Il s'agit seulement de prendre en compte un état de fait et d'offrir aux personnes incarcérées une équivalence de soins avec le milieu libre[42]. La psychiatrie en milieu carcéral se distingue par l'éclairage qu'elle projette sur la souffrance en

[198]Ibid

[205]Archer E. Réflexions sur les fondements d'une clinique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Annales médico-psychologiques 2004 ; 162 ; 8 : 668-671.

[42]Ibid

détention, par les soins de qualité qu'elle apporte à tous types de patients incarcérés, par les compétences qu'elle développe[205]. Elle participe au débat qui préoccupe actuellement les psychiatres français dans des domaines où elle est bien placée pour observer et comprendre.

J-L. Senon soutient que la prise en charge de la personne incarcérée ayant des troubles psychiatriques nécessite une réflexion collective décloisonnée associant professionnels de santé, magistrats, pénitentiaires, philosophes et politiques[157]. M. Renneville espère que ce processus d'acculturation du psychiatrique et du juridico-pénitentiaire sera propice à l'émergence de nouvelles pratiques, participant ainsi à un changement profond de notre société à l'égard de la punition[206].

Dans cette évolution, le psychiatre devra toujours garder présent à l'esprit que le danger pour la psychiatrie en milieu pénitentiaire est la « psychiatrie pénitentiaire ». La « psychiatrie pénitentiaire » ne pourrait être qu'un outil au service du choix politique sécuritaire de notre société. Il est souhaitable que la commission Santé-Justice sous la présidence de Mr. Burgelin qui travaille sur l'étude des soins en santé mentale des personnes incarcérées et leur amélioration depuis juillet 2004, consciente de ces réalités, participe à une évolution bénéfique du dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral.

[205]Ibid
[157]Ibid
[206]Renneville M. Psychiatrie et prison : une histoire parallèle. Annales médico-psychologiques 2004 ; 162 ; 8 : 653-656.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bissuel Y. Peut-on soigner en milieu pénitentiaire ? L'évolution Psychiatrique 1993 ; 58 ; 1 : 109-111.
2. Senon J-L. Histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, de Pinel à la loi du 18 janvier 1994. Annales Médico-Psychologiques 1998 ; 3 ; 156 : 161-177.
3. Milly B. Soigner en prison. Editions Presses Universitaires de France 2001 : 250.
4. Colin M. Historique du concept de médecine pénitentiaire. In : Criminologie et psychiatrie. Sous la direction de Albernhe T. Editions Ellipses 1997 : 682-687.
5. Geoffray D. Psychiatrie et prison à Lyon. Soins Psychiatrie juin-juillet 1990 ; 116/117 : 36-37.
6. Martorell A. La maison centrale sanitaire de Château Thierry ; problèmes posés par les condamnés psychotiques. Revue française de psychiatrie 1989 ; 4 : 46-50.
7. Ridel L. Présentation de l'Administration Pénitentiaire, structure et fonctionnement. L'information Psychiatrique juin-juillet 1990 ; 116/117 : 12-17.
8. Foucault M. Surveiller et punir : naissance de la prison. Editions Gallimard 1975 : 315.
9. Colin M, Jean J-P. Droit aux soins et amélioration de la condition des détenus : deux objectifs indissociables. Revue Française des Affaires Sociales 1997 ; 1 : 17-28.
10. Favard J. Les prisons : évolution et perspectives. L'Evolution Psychiatrique 1993 ; 58 ; 1 : 27-35.
11. Berthet J-P. Contribution à l'étude de la psychiatrie en prison : à propos d'un an de pratique au centre médico-psychologique pénitentiaire régional de Rennes. Thèse, Université de Rennes 1983 : 250.
12. Fize M. Quelle prison pour demain ? Actualités Psychiatriques 1983 ; 3 : 47-52.
13. Gayda M, Vacola G. Les établissements pénitentiaires, la réforme de 1975. Actualités Psychiatriques 1983 ; 3 : 25-32.
14. Duchemin H. Point de vue de l'Administration Pénitentiaire sur la création des centres médico-psychologiques régionaux. L'information Psychiatrique février 1983 ;59 ;2 : 145-153.
15. Ministère de la Justice. Administration Pénitentiaire : rapport annuel d'activité 2000. Editions La Documentation Française 2002 : 311.

16. Ridel L. L'Administration Pénitentiaire et la prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques. L'Evolution Psychiatrique 1993 ; 58 : 21-26.
17. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Douai 2003.
18. Denante F, Burtin J-M, Milleret G. La psychiatrie en prison : histoire des SMPR. Nervure septembre 1995 ; VIII ; 6 : 65-68.
19. Hivert P, Hivert A. Chronique de criminologie clinique, évolution de la psychiatrie pénitentiaire en France. Revue pénitentiaire de droit pénal : bulletin de la société générale des prisons et de législation criminelle 1978 : 339-344.
20. Martorell A. Une prison pour malades mentaux ? La maison centrale sanitaire de château Thierry. Soins Psychiatrie juin-juillet 1990 ; 116/117 ; 69-74.
21. Archer E, Raviart J-F. Le service médico-psychologique régional de Loos. Soins Psychiatrie juin-juillet 1990 ; 116/117 : 25-27.
22. Renneville M. Indices historiques pour une généalogie des soins obligés. In : Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente. XXXII^{ième} congrès français de criminologie, association française de criminologie, société belge de criminologie, université Lille II, éditions Dalloz 2002 : 9-27.
23. Broussolle P, Roulleau C. Structures psychiatriques et délinquances. Nouvelle forme de prise en charge. L'Information Psychiatrique octobre 1977 ; 53 ; 8 : 921-927.
24. Renneville M. Crime et folie. Deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires. Editions Fayard 2003 : 527.
25. Martorell A. Malades psychotiques en milieu carcéral : esquisse historique et éléments d'actualité. L'Information Psychiatrique avril 1991 ; 4 : 293-307.
26. Laurans J. Assistance psychiatrique et prison. Soins Psychiatrie juin - juillet 1990 ; 116/117 : 22-24.
27. Gérard H. Historique des institutions psychiatriques prenant en charge les troubles du comportement et l'agressivité. Soins Psychiatrie décembre 1992 - janvier 1993 ; 146/147 : 4-7.
28. David M. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. Editions Presses Universitaires de France, 1993 : 128.
29. Basse F, Basse E, Muller C, Paniel A. La maison centrale sanitaire de Metz. Soins Psychiatrie juin - juillet 1990 ; 116/117 : 38-41.
30. Manzarena C, Senon J-L. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques. Annales médico-psychologiques 2004 ; 162 ; 8 : 686-699.

31. Barthe H-N. Le psychiatre et le système pénitentiaire français. In : Précis de législation psychiatrique, à l'usage des praticiens de la santé mentale et des étudiants candidats au concours hospitalier. Editions Publicat 1980 : 125-127.
32. Hubert J-P. Les centres médico-psychologiques régionaux. L'Encéphale 1976 ; II : 225-228.
33. Glezer D, Bianchi H, Penverne D. De la création d'intersecteurs de psychiatrique pénitentiaire : aspects éthiques, déontologiques et médico-légaux. Actualités Psychiatriques 1983 ; 3 : 35-39.
34. Mathis D, Hanon C, Pastour N, Forissier P, Feillard J. L'hospitalisation en milieu psychiatrique des détenus : conditions et modalités, à propos d'une étude effectuée à l'infirmerie psychiatrique. L'Information Psychiatrique avril 2004 ; 8 ; 4 : 285-289.
35. Laurans J, Baron-Laforêt S. Gestation, naissance et développement du service médico-psychologique régional du centre pénitentiaire de Fresnes. L'Evolution Psychiatrique 1993 ; 58 ; 1 : 49-56.
36. Troisier S. La médecine pénitentiaire en 1982. Actualités Psychiatriques 1983 ; 3 : 11-14.
37. Baron Laforêt S, Brahmy B. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie 1998 ; 37-953-A-10 : 9.
38. Hivert P. Les CMPR aspects historiques. L'Information Psychiatrique février 1983 ; 59 ; 2 : 153-159.
39. Darbeda P. L'Administration Pénitentiaire ; prise en charge des détenus atteints de troubles mentaux. Soins Psychiatrie juin - juillet 1990 ; 116/117 : 18-21.
40. Senon J-L, Bauder G, Parry P. Le SMPR de Poitiers ; dix ans après. Soins Psychiatrie juin - juillet 1990 ; 116/117 : 32-35.
41. Hivert P. Trente ans de prison. Perspectives Psychiatriques 1989 ; 19/IV ; 28°année : 222-227.
42. Laurent M. Soins psychiatriques en prison ; dispositifs et bilans. Pratique en Santé Mentale novembre 2003 ; 4 : 7-10.
43. Crevier B, Crouinaux J. Le SMPR de la maison d'arrêt de Rouen ; mise en place. Soins Psychiatrie juin - juillet 1990 ; 116/117 : 28-29.
44. Letang E. Allées et venues au service médico-psychologique régional de Nantes. Pratique en santé mentale 2001 ; 2 : 61-63.
45. Huck F, Rémy A. Le service médico-psychologique régional de Strasbourg. Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale 1992 ; 3 ; 28-30.
46. Nouvel A. Mise en place du service médico-psychologique régional de la maison d'arrêt

de Toulouse ; son cadre thérapeutique. Thèse, Université Paul Sabatier-Toulouse III, 1988 : 125.

47. Senon J-L. Conclusion : dix ans après et un siècle et demi après Baillarger. Annales médico-psychologiques 2004 ; 162 ; 8 : 682-684.
48. Senon J-L. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire. Editions Presses Universitaires de France 1998 : 127.
49. Pedrot P, Rebecq G. La protection sociale des détenus. Revue de droit sanitaire et social octobre-décembre 1995 ; 4 : 829-833.
50. Rapport effectué par l'IGAS et l'IGSJ. L'organisation des soins aux détenus : rapport d'évaluation. juin 2001 : 146.
51. Gargoly C. Santé des détenus ; des progrès... à confirmer. Actualités Sociales Hebdomadaires 26 avril 2002 ; 2260 : 29-30.
52. Baron-Laforêt S, Laurans J. Les soins psychiatriques en prison. Santé Mentale janvier 1997 ; 14 : 19-21.
53. Darbeda P, Senon J-L. Les antennes toxicomanie des établissements pénitentiaires : prévention et coordination des actions destinées aux détenus toxicomanes. Perspective Psychiatrique 1989 ; 28ième année ; 19 : 256-259.
54. Glezer D, Morachini S, Pittera F. Pratique psychiatrique en milieu carcéral dans le cadre des SMPR. Revue Pratique de Psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale 1990 ; 1 : 64-68.
55. Paulet C. Bilan et perspectives de l'organisation des soins psychiatriques aux personnes détenues, en particulier de l'hospitalisation. L'Information Psychiatrique avril 2004 ; 80 ; 4 : 307-312.
56. Direction de l'Administration Pénitentiaire, Ministère de la Justice. Les chiffres clés de l'Administration Pénitentiaire. juillet 2003 : 12.
57. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Luynes et du centre de détention de Salon 2002.
58. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Cahors 2003.
59. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Limoges, du centre de détention d'Uzerche, de la maison d'arrêt de Tulle 2003.
60. Rapport d'activité du DSP de la maison central de Poissy 2003.
61. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Vesoul 2003.
62. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Poitiers 2002.

63. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Loos-lès-Lille, et de l'antenne SMPR du centre de détention de Loos-lès-Lille 2003.
64. Coldefy M, Faure P, Prieto N. Rapport de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques DREES sur la santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus, accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. Juillet 2002 ; 181 : 12.
65. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt d'Angers 2003.
66. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt d'Amiens 2003.
67. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Grenoble -Varces 2003.
68. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, Ministère de la Justice. Rapport du groupe de travail interministériel relatif à la mise en oeuvre de l'article 48 de la loi nº 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice portant création des unités spécialement aménagées destinées à l'hospitalisation pour troubles mentaux des personnes détenues. Juillet 2003 : 26.
69. De Beaurepaire C, Pottiez S. A propos des patients psychotiques incarcérés. Problèmes cliniques et éthiques. La Revue de Psychiatrie et de Psychologie Médicale mars 2000 ; IV ; 36 : 9-14.
70. Rapport d'activité du DSP de la maison centrale de Château Thierry de 1996 à 2000.
71. Hodgins S, Cote G. Major mental disorder and antisocial personality disorder : a criminal combination. Bull Am Acad Psychiatry Law 1993 ; 21 : 155-160.
72. Hodgins S, Mednick S-A, Brennan P-A. Mental Disorder and crime. Arch Gen Psychiatry 1996; 53: 489-496.
73. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoner : a systematic review of 62 surveys. The Lancet 2002 ; 359 : 545-550.
74. Camilleri C, Crochet F. Le soin aux psychotiques incarcérés. La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale février 2001 ; V ; 45 : 23-27.
75. Gallet E, Camilleri C, Crochet F, Laurencin G, Nouvel A. Les psychotiques incarcérées. Forensic 2000 ; 2-3 : 48-52.
76. Dauver B, Belveyre E, Durand C, Hardouin F, Brochet S. Eléments statistiques descriptifs concernant une population de 400 détenus au centre pénitentiaire de Caen. Forensic 2002 ; 10 : 15-21.
77. Lemaire M-L. Quelle prison pour demain ? In : Quelle prison pour demain ? La documentation française 2002 : 33-40.
78. Ayme J. La refonte de l'article 64 du Code Pénal. L'Information Psychiatrique avril 1991 ;

4 : 317-320.

79. De Beaurepaire C. Faut-il pénaliser les auteurs d'infraction atteints de troubles mentaux ? In : Les dangerosités ; de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie. Editions John Libbey 2004 : 337-344.
80. Lamothe P. Quotidien d'un psychiatre en prison. Soins Psychiatrie juin - juillet 1990 ; 116/117 : 46-47.
81. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Rodez 2003.
82. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Gap 2003.
83. Rapport d'activité du SMPR du centre pénitentiaire de Marseille 2003.
84. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Lyon Saint Paul, de l'antenne SMPR de la maison d'arrêt de Lyon-Montluc 2003.
85. Rapport d'activité du DSP du centre pénitentiaire de Clairvaux et de la maison d'arrêt de Troyes 2003.
86. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Nîmes 2003.
87. Rapport d'activité du DSP du centre de détention de Saint-Mihiel 2003.
88. Rapport d'activité du SMPR du centre pénitentiaire de Châteauroux, et de l'antenne SMPR de la maison centrale de Saint Maur 2003.
89. Résultats de l'enquête nationale en santé mentale DREES, SMPR de Nantes 2002.
90. Michaud P. Traitement des malades mentaux dans les prisons françaises. Revue de Neuropsychiatrie de l'Ouest décembre 1993 ; 113 : 35-36.
91. Humbert T. Hospitalisation sous contrainte en milieu carcéral. Synapse janvier 2003 ; 192 : 25-29.
92. Rapport d'activité du DSP de centre de détention de Tarascon et du centre pénitentiaire du Pontet 2003.
93. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Villefranche sur Saône 2003.
94. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Bar-le-Duc 2003.
95. Rapport d'activité du DSP du centre pénitentiaire de Nouméa 2003.
96. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt d'Alençon 2003.
97. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt d'Albi 2003.
98. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Valenciennes 2003.
99. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Nanterre 2003.
100. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt d'Epinal 2003.
101. Rapport d'activité du SMPR du centre pénitentiaire de Nantes 2003.
102. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Rouen 2003.

103. Rapport d'activité du DSP du centre de détention de Liancourt, de la maison d'arrêt de Compiègne, de la maison d'arrêt de Beauvais 2003.
104. Terra J-L. Prévention du suicide des personnes détenues : évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention. Rapport de mission à la demande du garde des Sceaux, ministre de la justice et ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, décembre 2003 : 218.
105. Comité de coordination de l'unité de consultation de soins ambulatoires du centre pénitentiaire de Clairvaux le 25 novembre 2003.
106. Rapport d'activité du DSP des centres de détention de Toul et d'Ecrouves 2003.
107. Presles J. Un long fleuve tranquille ; naviguer au SMPR au quotidien. Soins Psychiatrie juin - juillet 1990 ; 116/117 : 30-31.
108. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Dunkerque 2003.
109. Rapport d'activité du SMPR du centre pénitentiaire de Baie-Mahault (Guadeloupe) 2003.
110. Projet médical concernant le SMPR de la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan 2003.
111. Rapport du SMPR de la maison d'arrêt de Toulouse 2003.
112. Chabannes J-M. Les unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA), ou le résultat d'un divorce malheureux. L'Information Psychiatrique avril 2004 ; 80 ; 4 : 291-294.
113. Rapport d'activité du SMPR du centre pénitentiaire de Metz 2003.
114. Rapport d'activité du SMPR de centre pénitentiaire de Perpignan-Thuir 2003.
115. Balier C. Psychanalyse des comportements violents. Editions Presses Universitaires de France, « le fil rouge », 1998 : 287.
116. Balier C. Psychanalyse des comportements sexuels violents. Editions Presses Universitaires de France, « le fil rouge », 1996 : 253.
117. Rapport d'activités du DSP de la maison d'arrêt de Bourges-Sancerre 2003.
118. Broussolle P. Délinquance et déviance : brève histoire de leurs approches psychiatriques. Editions Priva 1978 : 213.
119. Rapport d'activité du DSP du centre de détention régional d'Argentan 2003.
120. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Chalons-en-Champagne 2003.
121. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Mulhouse 2003.
122. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Fresnes 2002.
123. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Bois-d'Arcy 2003.
124. Rapport d'activité du SMPR du centre pénitentiaire de Gradignan 2002.
125. Rapport d'activité du DSP du centre pénitentiaire de Majicavo 2003.

126. Benqué C. La psychiatrie en milieu pénitentiaire, à l'heure des choix. L'Information Psychiatrique septembre 1995 ; 7 : 675-676.
127. Thurin J-M, Allilaire J-F. Cinquième conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie « Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles ». ANAES, éditions John Libbey 2002 : 592.
128. Jayle D. Présentation du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008. MILDT 29 juillet 2004 : 7.
129. Conférence de Consensus. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. ANAES et FFA 23 et 24 juin 2004 : 16.
130. Chanson P. Prison : état des lieux et prise en charge des usagers de drogues. Communiqué de presse de la MILDT 19 décembre 2001 : 1.
131. Mouquet M-C, Dumont M, Bonnevie M-C. Rapport sur « La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risques », études et résultats, DREES/DGS/DAP, Janvier 1999 (chiffres de 1997) ; 4 : 10.
132. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Montauban 2003.
133. Projet du Service de soins Psychiatriques Ambulatoires aux Détenus SPAD de la maison d'arrêt de Luynes et du centre de détention de Salon « consultation cannabis » 2004.
134. Recommandations pour la pratique clinique. Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés. ANAES juin 2004 : 18.
135. Ministère de la Justice, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction Générale de la Santé, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Cahier des charges pour les unités pluridisciplinaires de mobilisation et de préparation à la sortie. 12 mars 2002 : 6.
136. Ministère de la Justice, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction Générale de la Santé, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Rapport d'activité type sur le fonctionnement des unités pluridisciplinaires de mobilisation et de préparation à la sortie. 12 mars 2002 : 13.
137. Projet du SPAD de la maison d'arrêt de Luynes concernant le quartier mineur, juin 2004.
138. Bénézech M. Le suicide et sa prévention dans les prisons françaises. Annales médico-psychologiques 1999 ; 157 : 561-567.
139. Moron P. Le suicide en milieu pénitentiaire. Annales médico-psychologiques 2004 ; 162 ; 8 : 672-675.

140. David M. La place des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) dans le dispositif de soins aux détenus : leur application en Guadeloupe. L'Information Psychiatrique avril 2004 ; 80 ;4 : 295-301.
141. Bénézech M, Lamothe P, Senon J-L. Psychiatrie en milieu carcéral. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, psychiatrie 1990 ; 37 889 A 10,11 : 6.
142. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Fresnes 2003.
143. Rapport d'activité du SMPR du centre pénitentiaire de Nantes 2001/2002.
144. Rapport du SMPR de la maison d'arrêt de Dijon 2003.
145. Beloncle M, Demeillers T, Garnier G, Giron O. L'hospitalisation psychiatrique des patients détenus : historique, enjeux et perspectives. L'Information Psychiatrique avril 2004 ; 80 ; 4 : 281-284.
146. Lamothe P. A propos de l'institution idéale pour aliéné délinquant. L'information Psychiatrique février 1983 ; 59 ; 2 : 169-172.
147. Rapport d'activité de l'antenne du SMPR du centre de détention national du Val-de-Reuil 2003.
148. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Béziers 2003.
149. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Melun 2003.
150. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Nancy 2003.
151. Serio G, Aigrot S, Longuet N, Daumal J, Rivals-Hauller D. Prise en charge des psychopathes graves au quartier de la maison centrale de Château Thierry. Forensic avril - mai - juin 2003 ; 14 : 17-26.
152. Archer E. A propos de l'article D.398 du Code de Procédure Pénale. L'Information Psychiatrique avril 1991 ; 4 : 309-315.
153. Archer E. L'hospitalisation des détenus dans les services de psychiatrie générale. L'Information Psychiatrique janvier 1996 ; 1 : 53-62.
154. Othily G. Justice : Administration Pénitentiaire. Sénat, N°73, tome V, session Ordinaire de 2002-2003.
155. Marie B. L'accueil des détenus dans les services de psychiatrie. Soins Psychiatrie mai-juin 2004 ; 232 : 24-27.
156. Galinier A. Les services médico-psychologiques régionaux : soins psychiatriques au détenu et milieu pénitentiaire. Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale 1991 ; 3 : 19-23.
157. Senon J-L. Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. Annales médico-psychologiques 2004 ; 162 ; 8 : 646-652.

158. Canetti C. Vers la pénalisation de la maladie mentale. In : Dedans/Dehors :" prison asile : le dépotoir de la psychiatrie", Observatoire international des prisons Section Française mars 2002 ; 30 : 24-25.
159. Savin B. A l'ombre... vers la lumière : quels dispositifs de soin "psy" en prison? DIALOGUE-Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille 4° trimestre 2003 ; 162 : 59-70.
160. Site www.penitentaire.com
161. Legendre C. Un lieu paradoxal d'effets thérapeutiques : le milieu pénitentiaire. L'Evolution Psychiatrique 1989 ; 54 ; 2 : 321-331.
162. Consoli S-M. La psychiatrie de liaison, de ses définitions à la diversité de ses pratiques : quelles perspectives ? Nervure septembre 2000 ; tome XIII ; 6 : 15-22.
163. Kipman S-D. Psychiatrie de liaison. Nervure septembre 2000 ; tome XIII ; 6 : 11-14.
164. Chauvot B. Psychiatrie de liaison en institutions. Psychologie médicale 1994 ; 26 ; 9 : 938-940.
165. Morasz L, Dalery J. De l'intégration du psychiatre de liaison. Annales de Psychiatrie 1999 ; 14 ; 2 : 81-84.
166. Guillibert E, Granger B. Psychiatrie de liaison en médecine d'adultes : émergence du concept et réalités actuelles. In : Rapport d'assistance : Psychiatrie de liaison, le concept et la réalité. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française (Montréal) 3-9 juillet 1989 ; tome III : 65-78.
167. Garré J-B. Psychiatrie de liaison : introduction. Annales de Psychiatrie 1997 ; 12 ; 1 : 5-7.
168. Consoli S-M. Psychiatrie à l'hôpital général. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie 1998 ; 37-958-A-10 : 11.
169. Zumbrunnen R. Psychiatrie de liaison. Editions Masson, collection médecine psychothérapie 1992 : 230.
170. Consoli S-M. Transmettre sans trahir : une impérieuse nécessité pour la psychiatrie de liaison. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale mai 2003 ; tome VII ; 66 : 7-14.
171. Giravalli P, Lançon C, Pin M. Aspects actuels de la psychiatrie de liaison. Annale Psychiatrique 1992 ; 7 : 190-194.
172. Elguiz F. De nouveaux droits pour les détenus; loi d'orientation et de programmation pour la justice (Titre V de la loi N°2002-1138 du 9 septembre 2002,J.O du 10-09-02). Actualités Sociales Hebdomadaires 25 octobre 2002 ; 2282 : 13-18.
173. Alméras C. Améliorer la prise en charge de la santé mentale des détenus. Soins

Psychiatrie mai 2002 ; 220 : 13.

174. Rossinelli G. Hospitalisation des détenus : vers de nouvelles orientations ? L'Information Psychiatrique avril 2004 ; 80 ; 4 : 303-306.
175. Viaules E. Loi Perben, la réforme de la psychiatrie pénitentiaire. Soins Psychiatrie janvier et février 2003 ; 224 : 10-12.
176. Archer E. Contribution de l'ASPMP et des UMD aux débats actuels sur les soins en prison. Forensic avril, mais, juin 2001 ; 6 : 13-14.
177. Raynal F. La prison, une annexe de la psychiatrie ? Actualités Sociales Hebdomadaires 13 juin 2003 ; 2315 : 27-30.
178. Rossinelli G. Loi Perben II : paradoxes et évolutivité de la psychiatrie légale. L'Information Psychiatrique avril 2004 ; 80 ; 4 : 271-278.
179. Viaules E. Vers une prise en charge sanitaire adaptée pour les détenus. Soins Psychiatrie mai-juin 2004 ; 232 : 16-18.
180. Lhuilier D, Veil C. Significations de la demande de soins psychiatriques et somatiques en milieu carcéral. Annales Médico-Psychologiques novembre 1998 ; 156 ; 9 : 635-639.
181. Pouyollon F. Problèmes éthiques et déontologiques soulevés par la pratique de la psychiatrie dans les centres médico-psychologiques pénitentiaires régionaux. L'Information Psychiatrique 1983 ; 59 ; 2 : 161-168.
182. Godfryd M. Droit et éthique : les services médicaux psychologiques régionaux. Act. Méd. Int.-Psychiatrie octobre 2000 ; 8 : 299-300.
183. Ordre national des médecins. Commentaires du Code de Déontologie médicale. Conseil national de l'ordre, édition 2001 : 308.
184. Hubert J-P, Chaumeil-Sérignat C. Le secret professionnel en psychiatrique pénitentiaire. Actualités Psychiatriques 1982 ; 7 : 56-57.
185. Chevallier L. Evolution comparée du service social et du service médical en prison. Forensic avril, mais, juin 2003 ; 14 : 37-45.
186. Demont L. Dangerosités et responsabilité pénale des intervenants. In : Les dangerosités ; de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie. Editions John Libbey 2004 : 83-96.
187. Samacher R. Psychiatrie et loi comme barrière à la violence. Bulletin de Psychologie octobre 2002 ; tome 55(5) ; 461 ; 70 : 471-479.
188. Proux E, Benqué C. La réforme de la santé en prison : espoirs et pièges. L'Information Psychiatrique novembre 1994 ; 9 : 802-804.

189. Gros F. Les quatre foyers de sens de la peine. In : Garapon A, Gros F, Pech T. Et ce sera justice, punir en démocratie. Editions Odile Jacob 2001 : 17-45.
190. Gravier B. Le psychiatre, le juge et la peine. Annales médico-psychologiques 2004 ; 162 ; 8 : 676-681.
191. Cordier B. Ethique et obligation de soins en matière de déviance sexuelle. L'Evolution Psychiatrique 1998 ; 63,1-2 : 175-184.
192. Du Mesnil du Buisson G. Traitement des pédophiles en milieu carcéral. L'Evolution Psychiatrique 1998 ; 63 ; 1-2 : 69-81.
193. Pouyollon F. Obligations de soins pouvant être ordonnées par les juridictions pénales. L'Information Psychiatrique mai 1979 ; 5 : 509-512.
194. Barlet P. L'obligation de soins en matière pénale. L'Information Psychiatrique février 1983 ; 59 ; 2 : 195-204.
195. Hivert P. Quelques remarques sur les limites de la psychiatrique pénitentiaire. Actualités Psychiatriques 1978 ; 1 : 67.
196. Rappart P. Punir et soigner : la délinquance récidivante et la psychopathie face au droit pénal et à la politique psychiatrique de secteur. Pratiques en Santé Mentale 2003 ; 4 : 15-22.
197. Du Mesnil du Buisson G. Réflexion sur le rôle du juge et du médecin dans l'intelligibilité de la peine et son évolution ; le mariage de Thémis et d'Hippocrate à l'épreuve de la durée. Revue Science Criminelle octobre décembre 1995 ; 4 : 839-850.
198. Karsenty J-C. Pratiques psychiatriques en milieu carcéral ? L'Evolution Psychiatrique 1993 ; 58 ; 1 : 17-19.
199. Pultière S. La consultation d'hygiène mentale à la maison d'arrêt de Châlons-sur-Marne; histoire - clinique - bilan - avenir. Thèse, Université de Reims, 1985 : 116.
200. Poirier A. Misère de la psychiatrie en maison d'arrêt. Synapse novembre 2001 ; 180 : 45-48.
201. Tulkens F. Droit de l'homme et prison. La jurisprudence de la nouvelle cour européenne des droits de l'homme. In : Panorama européen de la prison. Sous la direction de Céré J-P, éditions l'Harmattan, collection Sciences Criminelles, année 2002 : 29-74.
202. De Beaurepaire C. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale janvier 2000 ; 34 : 35-39.
203. Archer E. Le traitement psychiatrique des auteurs d'agressions sexuelles pendant et après la détention. L'Information Psychiatrique mai 1998 ; 5 : 461-473.

204. Canetti C. La pénalisation de la maladie mentale : un retour de deux siècles en arrière ! Pratiques en Santé Mentale 2003 ; 4 : 11-14.
205. Archer E. Réflexions sur les fondements d'une clinique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Annales médico-psychologiques 2004 ; 162 ; 8 : 668-671.
206. Renneville M. Psychiatrie et prison : une histoire parallèle. Annales médico-psychologiques 2004 ; 162 ; 8 : 653-656.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Analyse des réponses apportées par les psychiatres intervenant en milieu carcéral à la question « Quelles sont, selon vous, les priorités actuelles des soins psychiatriques en milieu carcéral ? »…….84

Tableau II. Analyse des réponses apportées par les psychiatres intervenant en milieu carcéral à la question « Acceptez-vous de pratiquer des soins psychiatriques sous contrainte, dans quels cas ?»……...85

Tableau III. Analyse des réponses apportées par les psychiatres intervenant en milieu carcéral à la question « Quel est votre point de vue sur les soins moralement imposés en milieu carcéral ?(exemple dans le cadre des auteurs d'agressions sexuelles) »……...85

Tableau IV. Analyse des réponses apportées par les psychiatres intervenant en milieu carcéral à la question « Des situations particulières de prise en charge de patients ou de rapport avec le cadre pénitentiaire, vous ont-elles posé des questions éthiques et déontologiques, pouvez-vous les exposer ?»……... 86

Tableau V. Analyse des réponses apportées par les psychiatres intervenant en milieu carcéral à la question « Quelles seraient, selon vous, les dérives possibles des soins psychiatriques en milieu carcéral ?»……..87

Tableau VI. Evolution de la population carcérale en France depuis 1980[15]……88

Tableau VII. Répartition par diagnostic (selon la CIM 10) des personnes incarcérées entrantes vues en entretien d'accueil par l'équipe psychiatrique du SMPR d'Amiens et du SMPR de Grenoble-Varces en 2003……91

Tableau VIII. Données épidémiologiques sur les pathologies psychiatriques en détention selon C. Manzarena. (% population pénale)[30]……92

[15] Ibid

Tableau IX. Répartition par diagnostic (CIM 10) de la population prise en charge par le dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral dans 9 établissements pénitentiaires en 2003……...98

Tableau X. Répartition de la composition du personnel des SMPR en 2000 en comparaison avec la répartition de la composition du personnel de secteur de psychiatrie générale en 1999.[64]……101

Tableau XI. Répartition de la composition du personnel de 4 Dispositifs de Soins en Psychiatrie dans des établissements pénitentiaires d'au moins 100 places théoriques en 2003……103

Tableau XII. Répartition de la composition du personnel de 3 Dispositifs de Soins en Psychiatrie dans des établissements pénitentiaires inférieurs à 100 places théoriques en 2003…….104

Tableau XIII. Situations d'abus et de dépendance dans la population entrante à la maison d'arrêt d'Amiens sur la période de 01/07/2002 au 01/07/2003.[66]……...140

Tableau XIV. Répartition des types de traitements substitutifs utilisés chez la population toxicomane dans 7 établissements pénitentiaires en 2002/2003…….146

Tableau XV. Les dix commandements du psychiatre de liaison de S-M. Consoli[168], adaptés au milieu carcéral……218

Tableau XVI. Classification des interventions thérapeutiques en psychiatrie de liaison selon R. Zumbrunnen[169] adaptée au milieu carcéral…….220

---

[30]Ibid
[64]Ibid
[66]Ibid
[168]Ibid
[169]Ibid

Tableau XVII. Comparaison des procédures d'hospitalisation d'office de droit commun et d'hospitalisation sous contrainte des détenus[175]…….225

Tableau XVIII. Répartition des UHSA par région avec nombre de lits selon le travail interministériel de réflexion sur la mise en place des UHSA…….234

Tableau XIX. Evolution du nombre d'agressions contre le personnel pénitentiaire de 1995 à 2000[15]……..264

[175]Ibid
[15]Ibid

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1. Liste des coordonnées des DSP/SMPR…….....314

Annexe 2. RAPPORTS D'ACTIVITE DES DISPOSITIFS DE SOINS EN PSYCHIATRIE AYANT ETE TRANSMIS…….328

Annexe 3. RAPPORTS D'ACTIVITE DES SERVICES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES REGIONAUX AYANT ETE TRANSMIS……330

Annexe 4. Décret nº 2003 -- 160 du 26 février 2003 abrogée et remplace le décret du 29 juin 1992. Conditions minimales de nomination et de fonctionnement des centres spécialisés de soins aux toxicomanes……331

Annexe 5. Extrait de la Notice individuelle de mise en examen d'une personne majeure (cour d'appel de Rennes, tribunal de grande instance de Nantes) Notice remplie par le juge d'instruction en charge de l'affaire……..……333

Annexe 6. Extrait de la Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice……334

Annexe 7. GUIDE METHODOLOGIQUE DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES DETENUES 2005 : MODELE DE PROTOCOLE COMPLEMENTAIRE CONCERNANT LES PRESTATIONS PSYCHIATRIQUES DISPENSEES AUX PERSONNES DETENUES D'UN ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE SIEGE D'UN SERVICE MEDICO-PSYCHOLGIQUE REGIONAL…….335

Annexe 8. GUIDE METHODOLOGIQUE DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES DETENUES 2005 : MODELE DE PROTOCOLE COMPLEMENTAIRE CONCERNANT LES PRESTATIONS PSYCHIATRIQUES DISPENSEES AUX PERSONNES DETENUES D'UN ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE PAR UN SECTEUR DE PSYCHIATRIE GENERALE……...337

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION……12

1ère Partie. EVOLUTION DU DISPOSITIF DE SOINS EN SANTE MENTALE EN MILIEU CARCERAL AU COURS DU XXième SIECLE.14

Titre I. LE SYSTEME PENITENTIAIRE : SON EVOLUTION DU DEBUT DU XXième SIECLE A NOS JOURS……...15

Chapitre 1. Après la deuxième guerre mondiale…….……...……....16

Chapitre 2. Les émeutes de 1974……...…….....18

Chapitre 3. Evolution du régime et du concept de la peine……...……...….20

Chapitre 4. L'organisation actuelle de l'Administration Pénitentiaire……...23

Chapitre 5. Les Etablissements Pénitentiaires……....25

Section 1. Les Maisons d'Arrêt……26

Section 2. Les Etablissements pour Peine……27

Titre II. L'APPARITION DE LA PSYCHIATRIE EN MILIEU CARCERAL…….29

Chapitre 1. Des débuts difficiles……...30

Chapitre 2. Le Mouvement de Défense Sociale……...31

Chapitre 3. Les Maisons Centrales Sanitaires……...…….**35**

Chapitre 4. De 1947 à 1967 : création des Annexes Psychiatriques……...…**38**

Section 1. Le Rapport Paul Amor de 1947……...…...38

Section 2. Le Code de Procédure Pénale de 1958……..38

Section 3. Création et évolution de différentes annexes psychiatriques……..40

Chapitre 5. La création des Centres Médico-Psychologiques Régionaux……....**43**

Section 1. La circulaire N°178-67-16 du 30 septembre 1967……..43

Section 2. Le Règlement Intérieur des CMPR du 28 septembre 1977……...….44

Section 3. Les réticences à l'égard des CMPR……..…….…….47

Section 4. L'ouverture du CMPR par le Dr Mérot à Fleury-Mérogis : prémisse du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire…….…….49

Section 5. La mise en place de différents CMPR…….……..…….50

Titre III. CONCEPTION ET NAISSANCE DES SERVICES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES REGIONAUX…….**52**

Chapitre 1. La nécessaire autonomie sanitaire en médecine en milieu pénitentiaire……....……**53**

Chapitre 2. Le décloisonnement……...**54**

Chapitre 3. Une solution dynamique, la Sectorisation Psychiatrique……...**55**

Chapitre 4. La mise en place de différents SMPR…….……**56**

Titre IV. ASPECTS LEGISLATIFS ET ADMINISTRATIFS DES SMPR……..**58**

Chapitre 1. Décret du 14 mars 1986…….……**59**

Chapitre 2. Arrêté du 14 Décembre 1986……**60**

Chapitre 3. Circulaire de la Direction Générale de la Santé du 5 Décembre 1988……...……...63

Titre V. LA MEDECINE EN MILIEU PENITENTIAIRE A PARTIR DE LA LOI DU 18 JANVIER 1994……..65

Chapitre 1. L'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires……..….69

Chapitre 2. Le SMPR……...……..…...70

Chapitre 3 . Les Antennes-SMPR……...…….…72

Chapitre 4. Les Dispositifs de Soins en Psychiatrie……...……73

Titre VI. LES ANTENNES DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE ET CONTRE L'ALCOOLISME……..75

2ème Partie. CONSTAT ET REFLEXIONS SUR LES SOINS EN SANTE MENTALE EN MILIEU CARCERAL AU DEBUT DU XXIième SIECLE……78

Titre I. ETAT DU DISPOSITIF DE SOINS EN SANTE MENTALE EN MILIEU CARCERAL EN FRANCE EN 2002/2003……79

Chapitre 1. Etude sur l'ensemble des lieux de soins en milieu carcéral en France…….81

Section 1. Les rapport d'activité……..81

Section 2. L'analyse des questionnaires adressés aux psychiatres……..83

Chapitre 2. Population carcérale et troubles psychiatriques……....88

Section 1. Présence d'une population de personnes psychotiques incarcérées……93

Section 2. Les troubles psychopathiques…….96

Section 3. Population prise en charge par le dispositif de soins en santé mentale…...97

Chapitre 3. Les différents soignants en soins psychiatriques et leurs fonctions……..…99

Section 1. La composition du personnel des Services Médico-Psychologiques Régionaux……..…..99

Section 2. La composition du personnel des Dispositifs de Soins en Psychiatrie……...…...102

Section 3. La fonction de psychiatre…….…….106

Section 4. La fonction de psychologue…….…….....107

Section 5. La fonction d'infirmier psychiatrique…….……..109

Chapitre 4. Les soins proposés ..……..…….111

Section 1. L'entretien d'entrée systématique ……111

§1. Intérêt et méthode…….111

§2. Les arguments contre l'entretien d'entrée systématique……..113

§3. En pratique……...113

Section 2. Le suivi ambulatoire individuel…….....117

Section 3. Les activités thérapeutiques de groupe…….119

§1. Une très grande variété de psychothérapies de groupe……121

§2. La mise en place de psychothérapies de groupe spécifiques à une population……...121

§3. L'organisation en Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel...122

Section 4. Les interventions en urgence, aux quartiers disciplinaire et d'isolement.123

§1.Les interventions en urgence…….123

§2. Les interventions aux quartiers disciplinaire et d'isolement……125

Section 5. Les chimiothérapies……..127

§1. La population carcérale sous psychotropes……..128

§2. Prescription et délivrance en milieu carcéral……....129

Chapitre 5. Le développement de prises en charge spécifiques……...132

Section 1. Les auteurs d'agressions sexuelles……132

§1. Informer les auteurs d'agressions sexuelles sur les soins proposés……133

§2. De la nécessité de différencier des sous-types de population d'auteurs d'agressions sexuelles pour améliorer la spécificité de la prise en charge….134

§3. De l'importance de mettre en place des protocoles……..135

§4. La mise en place de groupes thérapeutiques pour les auteurs d'agressions sexuelles……..136

§5. Prise de conscience de la nécessité d'une formation spécifique pour les soignants……...…..137

§6. Les consultations post-pénales…….137

Section 2. Les personnes présentant une problématique addictive……138

§1. La population carcérale et les problèmes addictifs……...139

§2. Les traitements substitutifs……...144

§3. La mise en place de Comités de Suivi des Addictions CSA…….147

§4. Les Unités pluridisciplinaires de mobilisation et de Préparation à la Sortie UPS…….149

Section 3. Les mineurs……...152

§1. La clinique des mineurs……...…153

§2. Les familles des mineurs incarcérés……154

§3. L'importance du partenariat et du travail en réseau……155

§4. Le suivi en post-carcéral……..156

§5. Le Programme de Renforcement Educatif et Psychologique Avant la Sortie PREPAS……...……..156

Section 4. La population carcérale féminine……..159

Section 5. Les personnes en crise suicidaire.....……...……161

Chapitre 6. Les SMPR……..……..167

Section 1. Généralités……167

Section 2. L'hospitalisation en SMPR……...……168

§1. Le nombre de lits……..168

§2. Le délai avant l'hospitalisation…….169

§3. Le taux d'occupation des lits……....170

§4. Le temps d'hospitalisation……....171
§5. La provenance des personnes « hospitalisées en SMPR »……...….171
§6. L'illusion de l'hospitalisation à temps complet……173
Section 3. La nécessité de l'organisation en Unités Fonctionnelles……..175
Section 4. La coordination régionale effectuée par les SMPR..……...179

Chapitre 7. Des organisations différentes de Dispositif de Soins en Psychiatrie…..….181
Section 1. L'absence de Dispositif de soins en Psychiatrie……...181
Section 2. Le regroupement pour lutter contre l'insuffisance……182
§1. L'intersectorialité psychiatrique……...182
§2. Le fédéralisme des Dispositifs de Soins en Psychiatrie……..…..182
§3. La fusion Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires / Dispositif de Soins en Psychiatrie..……183
Section 3. L'intrication du Dispositif de Soins en Psychiatrie avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation……184

Chapitre 8. La Maison centrale de Château Thierry…….…….185
Section 1. Evolution et statut actuel……...…185
Section 2. Population prise en charge……187

Chapitre 9. La prise en charge actuelle de la personne incarcérée en hospitalisation selon l'article du Code de Procédure Pénale D.398……..……....189
Section 1. De l'intérêt de l'hospitalisation en hôpital psychiatrique…….190
Section 2. Des difficultés pour les structures hospitalières psychiatriques……191
Section 3. Les conditions d'hospitalisation des personnes incarcérées…….192

Chapitre 10. Les intervention en milieu libre du dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral……..…..……..194

Chapitre 11. L'état actuel du travail en partenariat……...……196

Chapitre 12. Les inadaptations du dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral……..……...199

Titre II. REFLEXIONS SUR L'INTERVENTION PSYCHIATRIQUE DES STRUCTURES DE SOINS ACTUELLES EN MILIEU CARCERAL…….203

Chapitre 1. Le travail en réseau…….204

Section 1. Les différents soignants…….…..204

Section 2. Les administrations pénitentiaire et judiciaire…….....207

Section 3. Les associations……....208

Section 4. Les familles……...…210

Chapitre 2. La continuité des soins après la libération……..…..212

Chapitre 3. Le concept de Psychiatrie de Liaison en milieu carcéral……....214

Section 1. Introduction……...214

Section 2. L'identité de la psychiatrie de liaison en milieu carcéral……..216

Section 3. Le psychiatre de liaison en milieu carcéral……...217

Section 4. Le rapport au lieu d'intervention : la prison…...……..219

Section 5. Les différentes réponses possibles à apporter aux demandes……...220

Section 6. Le concept de réseau en psychiatrie de liaison…….221

Chapitre 4. La renaissance de « l'Asile-Prison » à travers la Loi Perben : les Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées……..……223

Section 1. La loi d'orientation et de programmation pour la justice……....224

Section 2. Les réticences à l'égard des UHSA……..226

§1. Le problème de la proximité…….226

§2. Le problème de la ségrégation…….…….227

§3. L'insuffisance de moyens……..……...227

§4. L'hyperspécialisation et le rapprochement judiciaire……...228

§5. Le risque d'augmentation de la population carcérale présentant des troubles psychiatriques…….……228

Section 3. Les arguments pour la création des UHSA……..229

§1. Une meilleure organisation……..……229

§2. La diversité des modes d'hospitalisation……...…..230

§3. L'adaptation à une population spécifique…….231

§4. La possibilité de l'adjonction d'un objectif judiciaire……..……...231
§5. Des craintes injustifiées……231
Section 4. Réflexions sur le fonctionnement et la mise en place des UHSA……....232

Chapitre 5. Le devenir des SMPR…….…….239
Section 1. La disparition de l'hospitalisation à temps complet……..239
Section 2. L'évolution vers un renforcement des moyens pour la prise en charge en hôpital de jour……240
Section 3. Le développement des liens UHSA/SMPR……..241
Section 4. Le développement d'équipes à vocation régionale……...241

Chapitre 6. Les Rapports UCSA/DSP……..……..242
Section 1. Les relations actuelles……..…….242
Section 2. Entre une réorganisation en UCSA unique ou le renforcement de l'identité et des moyens des Dispositifs de Soins en Psychiatrie…….…….243

Titre III. QUESTIONNEMENT ACTUEL SUR LA PLACE DE LA PSYCHIATRIE EN MILIEU CARCERAL……...245

Chapitre 1. La Déontologie Médicale en milieu carcéral……...…..246
Section 1. Le secret médical en milieu carcéral……....247
Section 2. Le consentement aux soins et la primauté de la santé de la personne incarcérée……...……251
Section 3. Les rapports expert/soignant……...…255

Chapitre 2. L'ultra-spécialisation et le risque d'isolement…….…….257

Chapitre 3. Les soins moralement imposés……259

Chapitre 4. Les relations entre les personnels pénitentiaires et le psychiatre……263
Section 1. Les surveillants et l'Administration Pénitentiaire……....263
Section 2. Le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation……...……....267

Chapitre 5. Les prérogatives pénitentiaires et les prérogatives du système de soins en santé mentale……..…..269

Section 1. Les prérogatives pénitentiaires…….……270

§1. Les objectifs de l'Administration Pénitentiaire…….270

§2. Entre rejet et manipulation……..……...….271

Section 2. Les prérogatives du système de soins en santé mentale……...…274

§1. La qualité des soins……..274

§2. Le respect de la déontologie médicale…….…….275

§3. Le rejet des prérogatives de l'Administration Pénitentiaire…….275

§4. Le rejet des prérogatives de l'administration judiciaire……...276

§5. Finalité de la présence du psychiatre en milieu carcéral…….….277

Chapitre 6. Recentrer, limiter, rappeler la place et le rôle du psychiatre dans l'institution carcérale……..279

CONCLUSION……...282

BIBLIOGRAPHIE…….288

LISTE DES TABLEAUX……..301

LISTE DES ANNEXES……..….304

ANNEXES……314

ANNEXES

Annexe 1.

Etablissement Pénitentiaire Nom du médecin responsable des soins en santé mentale Type de structure de soins en santé mentale (UCSA/DSP-SMPR)	**N° de téléphone direct ou pénitentiaire (D ou P)**
Médecin chef (IDE psy Mme RUIZ , Absence de psychiatre) U.C.S.A Maison d'Arrêt 44, rue Montaigne, BP 327 47008 AGEN CEDEX	D 05/53/47/83/34
Dr ARNAUD, responsable du D.S.P U.C.S.A Maison d'Arrêt 13085 AIX EN PROVENCE CEDEX 02	P 04/42/37/93/00
Médecin responsable du dispositif de soins psychiatriques, U.C.S.A Maison d'Arrêt 9, Bd Masseria, BP 260 20180 AJACCIO CEDEX 1	P 04/95/23/78/00
Médecin responsable du dispositif de soins psychiatriques, U.C.S.A Maison d'Arrêt 112, rue Saint Roche, BP 1358 16016 ANGOULEME CEDEX	P 05/45/90/99/39
Médecin responsable du dispositif de soins psychiatriques, U.C.S.A Maison Centrale Rue Copernic, BP 241 13637 ARLES CEDEX	P 04/90/99/07/00
Dr DAVID SMPR Centre Pénitentiaire Fond Sarail , BP 43 97122 BAIE-MAHAULT	D 05/90/38/44/30
Dr GALIDIE U.C.S.A Centre de Détention Régional BP 9 17210 BEDENAC	P 05/46/04/38/31 D 05/46/04/47/41
Médecin Responsable du dispositif de Soins Psychiatriques UCSA, Centre de Détention Régional de Aiton, Dr SECHIER Service Chambéry Sud C.H.S de la Savoie 73011 BASSENS	D 04/79/36/37/61 CHS 04/79/60/30/30
Médecin Responsable du dispositif de Soins Psychiatriques Dr SINQUIN UCSA Maison d'Arrêt d'ALBI 4, rue Imbert B.P. 154 81005 ALBI CEDEX	D 05/63/54/82/11
Médecin Responsable du dispositif de Soins Psychiatriques Dr GEISLLER UCSA Maison d'Arrêt d'ALENCON 49, rue du Château 61014 ALENCON CEDEX	P 02/33/80/43/60
Au Médecin Responsable du S.M.P.R Dr GONZALEZ S.P.M.R Maison d'Arrêt d'AMIENS 85, avenue de la Défense passive B.P. 3005 80030 AMIENS CEDEX 1	P 03/22/66/65/65

Etablissement Pénitentiaire Nom du médecin responsable des soins en santé mentale Type de structure de soins en santé mentale (UCSA/DSP-SMPR)	**N° de téléphone direct ou pénitentiaire (D ou P)**
Au Médecin Responsable du D.S.P Dr LACCOUREYE U.C.S.A Maison d'Arrêt d'Angers 1, place Olivier-Giran B.P. 4134 49041 ANGERS CEDEX 1	D 02/41/60/10/05
Dr MONTACLAIR U.C.S.A Centre de Détention Régional Le frichot, route de Tercey, 61891 ARGENTAN COULANDON CEDEX 09	D 02/33/36/55/92
Dr PEGORIER(médecin généraliste) U.C.S.A Maison d'Arrêt d'Arras 12, rue des Carabiniers d'Artois B.P. 915 62022 ARRAS CEDEX (pas de psychiatre, une psychologue Mme Igelaere)	P 03/21/21/34/00
Dr LABLANQUIE Dr JUILLARD U.C.S.A Maison d'Arrêt 20, place du Square 15000 AURILLAC	D 04/71/43/55/62
Dr HUSSONNOIS U.C.S.A Maison d'Arrêt d'Auxerre 13, avenue Charles-de-Gaulle B.P. 23 89010 AUXERRE CEDEX	D 03/86/49/06/87
Dr DEREKENEIRE U.C.S.A Centre de Détention National BAPAUME Chemin des Anzacs 62451 BAPAUME CEDEX	P 03/21/60/10/10
Dr PRINCET, responsable du D.S.P Centre Hospitalier Spécialisé de FAINS- VEEL 36, rue de Bar 55000 FAINS-VEEL (Psychiatre intervenant sur le site Dr BENHAMLA UCSA Maison d'Arrêt de Bar Le Duc 24 , Place Saint-Pierre B.P. 279 55006 BAR-LE-DUC CEDEX)	D 03/29/77/10/95
Dr FAVIN U.C.S.A Maison d'Arrêt 2, rue Bossuet, BP 80 698 60006 BEAUVAIS CEDEX	D 03/44/15/49/14
Dr BOUSSAT, responsable du D.S.P UCSA Maison d'Arrêt de Bayonne 44, rue Charles Floquet B.P. 718 64107 BAYONNE CEDEX	D05/59/50/02/95
Dr CLAUDE U.C.S.A Maison d'Arrêt 1, rue des Boucheries 90000 BELFORT	D 03/84/21/57/55
Dr MINERVINI U.C.S.A Maison d'Arrêt 5, rue Pergaud 25031 BESANCON CEDEX	D 03/81/52/12/80

Etablissement Pénitentiaire Nom du médecin responsable des soins en santé mentale Type de structure de soins en santé mentale (UCSA/DSP-SMPR)	**N° de téléphone direct ou pénitentiaire (D ou P)**
Dr HENNEBICQUE, responsable D.S.P U.C.S.A Maison d'Arrêt de Bethune 106, rue d'Aire 62407 BETHUNE	P 03/21/63/15/70
Dr WAGNER, responsable D.S.P U.C.S.A Maison d'Arrêt de Béziers 1, lieu-dit Saint-Louis B.P. 4215 34544 BEZIERS CEDEX (Dr LAVIGNE, médecin généraliste responsable de l'UCSA)	D 04/67/28/45/17
Dr HERMELIN U.C.S.A Maison d'Arrêt 25, rue Marcel-Paul 41016 BLOIS CEDEX	D 02/54/55/37/13
Dr FORTUIT U.C.S.A Maison d'Arrêt Bois-Jolivet, BP 137 74136 BONNEVILLE CEDEX	D 04/50/97/29/03
Dr BRACCHINI U.C.S.A Maison d'Arrêt BP 16 20290 BORGO CEDEX	P 04/95/36/05/00
Dr MICHEL Chef de Service S.M.P.R Maison d'Arrêt Bois d'Arcy 5 bis, rue d'Alexandre-Turpault 78390 BOIS D'ARCY	D 01/30/23/80/00
Dr GROUSSIN Chef de Service S.M.P.R Maison d'Arrêt Bordeaux-Gradignan 17, rue du Chouiney B.P. 109 33173 GRADIGNAN	P 05/57/96/57/57
Dr HALLIER, responsable D.S.P U.C.S.A Maison d'Arrêt de Bourg en Bresse 6, rue du Palais 01011 BOURG EN BRESSE	D 04/74/45/67/07
Dr MICHEL, responsable D.S.P U.C.S.A Maison d'Arrêt de Bourges Le Bordiot B.P. 631 18014 BOURGES CEDEX	D 02/48/70/36/47
Dr SCHMOUCHKOVITCH Dr LE LANN U.C.S.A Maison d'Arrêt de Brest 171, rue du Général Paulet B.P. 217 29804 BREST CEDEX 9	P 02/98/41/55/97
Dr CHABOT S.M.P.R Centre Pénitentiaire de Caen, Centre de Détention National 35, rue du Général Moulin B.P. 6257 14065 CAEN CEDEX	D 02/31/75/14/18
Dr CHABOT S.M.P.R Maison d'Arrêt 10, rue du Général Duparge B.P. 6193 14064 CAEN CEDEX	P 02/31/75/13/18

Etablissement Pénitentiaire Nom du médecin responsable des soins en santé mentale Type de structure de soins en santé mentale (UCSA/DSP-SMPR)	**N° de téléphone direct ou pénitentiaire (D ou P)**
Dr BOGOERT Dr GRINFEDER U.C.S.A Maison d'Arrêt 1, rue du Château du Roi, BP 245 46005 CAHORS CEDEX	D 05/65/35/45/94
Médecin responsable des soins psychiatriques, U.C.S.A Maison d'Arrêt 21, place Winston-Churchill, BP487 08109 CHARLEVILLE MEZIERES CEDEX	P 03/24/33/28/48
Dr DERMAIN Dr VIDAL U.C.S.A Maison d'Arrêt de Carcassonne 3, avenue Général Leclerc B.P. 120 11022 CARCASSONNE CEDEX	P 04/68/25/12/26
Dr RAPTELET U.C.S.A Centre de Détention National de Casabianda 20270 ALERIA	D 04/95/57/13/41
Dr MICHEL, Chef du service S.M.P.R S.M.P.R Maison d'Arrêt de Chalons en campagne 1, Bd Anatole-France 51022 CHALON EN CAMPAGNE CEDEX	D 03/26/21/84/40
Dr SECHIER, responsable D.S.P U.C.S.A Maison d'Arrêt de Chambéry 151, rue Belledonne B.P. 1144 73011 CHAMBERY CEDEX	D 04/79/62/66/18
Dr BAIS, responsable D.S.P U.C.S.A Maison d'Arrêt de Chartres 8, rue des Lisses B.P. 405 28018 CHARTRES CEDEX	P 02/37/84/07/10
Dr BOITTIAUX U.C.S.A Maison d'Arrêt 2, rue Vastel, BP 733 50107 CHERBOURG CEDEX	D 02/33/93/25/00
Dr BONNIERE U.C.S.A Maison d'Arrêt Route départementale 927, BP 32 Osny 95524 CERGY-PONTOISE CEDEX	D 01/34/43/16/60
Dr GIRSCH U.C.S.A Maison d'Arrêt 27, rue du Val Barizien, BP 551 52012 CHAUMONT CEDEX	D 03/25/32/96/74
Dr AIGROT, responsable D.S.P U.C.S.A Centre Pénitentiaire de Château-Thierry 54, avenue de Soissons B.P.228 02401 CHATEAU-THIERRY CEDEX	D 03/23/83/77/36
Dr VIDELAINE, responsable D.S.P U.C.S.A Centre de Détention Régional de Chateaudun Route d'Orléans B.P. 129 28205 CHATEAUDUN CEDEX	P 02/37/97/55/00

Etablissement Pénitentiaire **Nom du médecin responsable des soins en santé mentale** **Type de structure de soins en santé mentale** **(UCSA/DSP-SMPR)**	**N° de téléphone direct ou pénitentiaire** **(D ou P)**
Dr N'GUYEN-VAN-SANG Chef de Service du S.M.P.R S.M.P.R Centre Pénitentiaire de Chateauroux « le Craquelin » B.P. 549 36021 CHATEAUROUX CEDEX	D 02/54/60/99/54
Dr PANETTA, responsable D.S.P U.C.S.A Centre Pénitentiaire de Clairvaux (M.C et C.D.R) Ville-Sous-La-Ferté 10310 BAYEL	P 03/25/92/30/30
Dr PERRIER, responsable D.S.P U.C.S.A Maison d'Arrêt de Clermont-Ferrand 1, rue de la prison B.P. 126 63033 CLERMONT-FERRAND CEDEX	D 04/73/91/24/65
Dr WEICK, responsable D.S.P U.C.S.A Maison d'Arrêt de Colmar B.P. 485 68020 COLMAR CEDEX	D 03/89/41/57/91
Dr SAVIN, responsable D.S.P U.C.S.A Maison d'Arrêt de Compiègne 3, avenue de la Résistance B .P. 37 60321 COMPIEGNE CEDEX	D 03/44/40/82/74
Dr LEFRANC U.C.S.A Maison d'Arrêt 3, rue de la Verjusière, BP 702 50207 COUTANCES CEDEX	D 02/33/45/61/86
Dr DALLE, chef de service S.M.P.R Maison d'Arrêt de Dijon 72 bis, rue d'Auxonne B.P. 1505 21033 DIJON CEDEX	P 03/80/66/47/32
Dr Bardin U.C.S.A Maison d'Arrêt Villa saint charles, BP 131 04004 DIGNE CEDEX	P 04/92/31/01/25
Médecin responsable du dispositif de soins psychiatriques, U.C.S.A Centre Pénitentiaire (M.A, C.D.N, M.C) Quartier Champigny, BP 18 97224 DUCOS	P 05/96/77/30/00
Dr ELEK, responsable D.S.P U.C.S.A Maison d'Arrêt de Douai 505, rue de Cuincy B.P. 707 59507 DOUAI CEDEX	D 03/27/99/43/20
Dr PALADJAN, responsable D.S.P U.C.S.A Centre Pénitentiaire de Draguignan 395, avenue Pierre-Brossolette B.P. 297 83008 DRAGUIGNAN CEDEX	D 04/94/60/51/53
Dr VILEYN U.C.S.A Maison d'Arrêt 62, rue Henri-Terquem 59140 DUNKERQUE	D 03/28/63/66/60

Etablissement Pénitentiaire Nom du médecin responsable des soins en santé mentale Type de structure de soins en santé mentale (UCSA/DSP-SMPR)	**N° de téléphone direct ou pénitentiaire (D ou P)**
Dr JECKEL, responsable D.S.P U.C.S.A Centre de Détention National d'Ecrouves 323, route de Pagney B.P. 311 54200 ECROUVES	D 03/83/64/62/54
Dr WECK, responsable D.S.P U.C.S.A Maison Centrale de Ensisheim 49, rue de la 1° armée 68190 ENSISHEIM	D 03/89/83/42/50
Dr DURAND, responsable D.S.P U.C.S.A Maison d'Arrêt d'Epinal 13, rue Villars B.P. 598 88021 EPINAL CEDEX	D 03/29/34/75/19
Dr AYMARD, responsable D.S.P U.C.S.A Maison d'Arrêt d'Evreux 92, ure Pierre-Sémard B.P. 3125 27031 EVREUX CEDEX	D 02/32/62/36/31
Dr PIERRE U.C.S.A Centre de Détention National EYSSES Rue des martyres de la résistance, BP 315 47307 VILLENEUVE SUR LOT CEDEX	D 05/53/40/28/22
Dr BRAHMY, chef de service du S.M.P.R S.M.P.R Maison d'Arrêt de Fleury-Mérogis 7, avenue des Peupliers 91705 SAINTE GENEVIEVE DES BOIS CEDEX	P 01/69/72/30/00
Dr LAZARO, responsable D.S.P U.C.S.A Maison d'Arrêt de Foix 26, avenue du Général de Gaulle B.P. 62 09008 FOIX CEDEX	D 05/61/02/95/97
Médecin responsable du dispositif de soins psychiatriques, U.C.S.A Centre Pénitentiaire Bp 60 127 Faa a centre 98702 FAA A-TAHITI	P 00/689/82/00/15
Dr M'BOW (UCSA Maison d'Arrêt de Fontenay Le Comte) Service de Psychiatrie Centre Hospitalier Général 85200 FONTENAY LE COMTE	D 02/51/69/06/13
Dr DE BEAUREPAIRE chef de service S.M.P.R Maison d'Arrêt de Fresnes (M.A, C.N.O) Allée des Thuyas 94261 FRESNES CEDEX	P 01/49/84/38/00
Dr KULLEAN, responsable D.S.P U.C.S.A Maison d'Arrêt de Gap 1, place Grenette B.P. 60 05007 GAP CEDEX	P 04/92/53/20/90
Médecin responsable des soins psychiatriques U.C.S.A Maison d'Arrêt 9, avenue de la République, BP 251 23005 GUERET CEDEX	P 05/55/52/00/31
Dr ESTRADE, responsable D.S.P U.C.S.A Maison d'Arrêt de Grasse Route des Genêts 06130 GRASSE	D 04/93/40/36/92

Etablissement Pénitentiaire **Nom du médecin responsable des soins en santé mentale** **Type de structure de soins en santé mentale** **(UCSA/DSP-SMPR)**	**N° de téléphone direct ou pénitentiaire** **(D ou P)**
Dr DURAND-POUDRET, chef de service S.M.P.R Maison d'Arrêt de Grenoble-Varces B.P.15 38763 VARCES CEDEX	D 04/76/72/85/01
Dr TELES Dr VERSAVEAU U.C.S.A Centre Pénitentiaire La Poste aux Alouettes 89440 JOUX LA VILLE	D 03/86/33/60/78
Médecin responsable du dispositif de soins psychiatriques, U.C.S.A Centre Pénitentiaire (M.A, C.D.R, M.C) BP 1230 97823 LE PORT	P 0262/42/72/12
Dr SIMON Dr CHATARD U.C.S.A Centre Pénitentiaire de Lannemezan (C.D.R, M.C) Rue des Saligues B.P. 166 65307 LANNEMEZAN CEDEX	P 05/62/50/13/20
Dr VEREECKEN, responsable du D.S.P U.C.S.A Centre Pénitentiaire de Laon Chemin des Epinettes 02007 LAON	D 03/23/27/37/90
Dr PASCAUD U.C.S.A Maison d'Arrêt 20 bd Frédéric-Chaplet, BP 1325 53013 LAVAL CEDEX	D 02/43/69/10/94
Dr CRON U.C.S.A Maison d'Arrêt 25, rue Lesueur, BP 39 76084 LE HAVRE CEDEX	D 02/32/73/39/59
Dr YBARLUCEA U.C.S.A Maison d'Arrêt 1, rue du Vert-Galant, BP 27033 72007 LE MANS CEDEX	D 02/43/23/27/48
Dr KARIM U.C.S.A Maison d'Arrêt 37, Bd Bertrand, BP 334 43012 LE PUY CEDEX	D 04/71/07/91/74
Dr SAVIN U.C.S.A Centre de Détention Nationale 4, chemin de Verderonne, BP 30259 60332 LIANCOURT CEDEX	P 03/44/73/03/13
Dr LIEGEOIS U.C.S.A Maison d'Arrêt 20 bd d'Angleterre, BP 637 85016 LA ROCHE SUR YON CEDEX	D 02/51/40/83/47
MEDECIN CHEF DU S.M.P.R S.M.P.R Maison d'Arrêt 2, avenue du Train de Loos, BP 29 59374 LOOS CEDEX	D 03/20/17/22/96
Médecin responsable des soins psychiatriques U.C.S.A Centre de Détention Régional 1, avenue du Train de Loos, BP 29 59373 LOOS CEDEX	P 03/20/07/12/12

Etablissement Pénitentiaire **Nom du médecin responsable des soins en santé mentale** **Type de structure de soins en santé mentale** **(UCSA/DSP-SMPR)**	**N° de téléphone direct ou pénitentiaire** **(D ou P)**
Dr THIERY Dr AHMED U.C.S.A Maison d'Arrêt 33, rue de la Font, BP 05 70201 LURE CEDEX	D 03/84/30/41/96
Dr DURAND-POUDRET S.M.P.R Maison d'Arrêt BP 15 38763 VARCES CEDEX	D 04/76/72/85/01
Dr DELORS U.C.S.A Maison d'Arrêt 17 bis, place Winston-Churchill 87032 LIMOGES CEDEX	D 05/55/77/00/70
Dr HAVET U.C.S.A Maison d'Arrêt Plateau des Bruyères, BP 19 62965 LONGUENESSE CEDEX	D 03/21/38/83/49
Dr STEULET U.C.S.A Maison d'Arrêt 2, place de la chevalerie, BP 472 39007 LONS LE SAUNIER CEDEX	P 03/84/86/06/10
Dr BONVALOT U.C.S.A Centre Pénitentiaire (M.A, C.D.R) BP 72 56275 PLOËMER CEDEX	P 02/97/86/30/00
Dr LAMOTHE S.M.P.R Maison d'Arrêt Lyon St Paul 12, quai Perrache 69272 LYON CEDEX	P 04/72/77/04/40
Dr BLANC S.M.P.R Maison d'Arrêt LYON MONTLUC 1, rue J-Hachette, BP 1 69391 LYON CEDEX 3	P 04/78/53/28/83
Dr PAULET S.M.P.R Centre Pénitentiaire 213, chemin de Morgiou 13404 MARSEILLE CEDEX 20	D 04/91/40/88/63
Dr FONTANEAU U.C.S.A Centre Pénitentiaire (M.A, C.D.R) Route d'Assevent, BP 239 59603 MAUBEUGE CEDEX	P 03/27/69/12/00
Médecin responsable du dispositif de soins psychiatriques, U.C.S.A Centre Pénitentiaire MAJICAVO BP 360 Kaweni-Mamoudzou 97600 MAYOTTE	P 00/269/61/09/51
Dr DURCA U.C.S.A Centre de Détention National 24150 MAUZAC ET GRAND CASTANG	D 05/53/61/83/68
Dr AURIAULT Dr MAHE (U.C.S.A Maison d'Arrêt de Meaux) C.H.S 6-8 rue St Fiacre 77108 MEAUX CEDEX	P 01/60/25/31/21
Médecin responsable des soins psychiatriques U.C.S.A Maison d'Arrêt 37, chemin de Sejalan, BP 133 48005 MENDE CEDEX	P 04/66/65/17/21

Etablissement Pénitentiaire **Nom du médecin responsable des soins en santé mentale** **Type de structure de soins en santé mentale** **(UCSA/DSP-SMPR)**	**N° de téléphone direct ou pénitentiaire** **(D ou P)**
Dr TESSIER U.C.S.A Maison d'Arrêt 12, rue Président Despatys 77012 MELUN CEDEX	P 01/60/56/51/30
Dr DWIDAR Dr KOUBA U.C.S.A Centre de Détention National 10, quai de la Courtille 77012 MELUN CEDEX	P 01/64/10/24/60
Dr HORRACH S.M.P.R Centre Pénitentiaire 1, rue de la Seulhotte, BP 5020 57071 METZ CEDEX	D 03/87/38/51/05
Dr CHELIOUT U.C.S.A Maison d'Arrêt 250, avenue Beausoleil, BP 362 82033 MONTAUBAN CEDEX	D 05/63/91/18/38
Dr MARION U.C.S.A Maison d'Arrêt 2, rue du Bois-Bourgeois, BP 302 25206 MONTBELIARD	D 03/81/91/37/12
Dr LAROUSSE U.C.S.A Maison d'Arrêt 3, rue du château, BP 3135 03105 MONTLUCON CEDEX	P 04/70/05/00/56
Dr DORMOY S.M.P.R Maison d'Arrêt Paris-La Santé 42, rue de la Santé 75674 PARIS CEDEX 14	D 01/45/87/60/58
Dr PECASTAING S.M.P.R Centre Pénitentiaire perpignan BP 945 66945 PERPIGNAN CEDEX	D 04/68/85/47/00
Dr MERY S.M.P.R Maison d'Arrêt 209, faubourg du Pont-Neuf 86000 POITIERS	D 05/49/44/01/38
Dr ROBINET U.C.S.A Maison d'Arrêt 1, place des Récollets, BP 704 07077 PRIVAS CEDEX	D 04/75/64/86/68
Dr TAPASU U.C.S.A Centre de Détention National 8, rue du Commandant Ménard, BP 19 55600 MONTMEDY	D 03/29/80/13/40
Dr AWADA U.C.S.A Centre Pénitentiaire de Moulins-Yzeure (M.A, M.C) BP 24 03401 YZEURE CEDEX	D 04/70/20/42/99
Dr THIEBAULT-STEFANIK U.C.S.A Maison d'Arrêt 59, avenue Robert Schuman, BP3129 68063 MULHOUSE CEDEX	D 03/89/66/48/09
Médecin responsable des soins psychiatriques U.C.S.A Maison d'Arrêt 4, rue Armand-Dulamon, BP 383 40012 MONT DE MARSAN	P 05/58/46/69/90

Etablissement Pénitentiaire **Nom du médecin responsable des soins en santé mentale** **Type de structure de soins en santé mentale** **(UCSA/DSP-SMPR)**	**N° de téléphone direct ou pénitentiaire** **(D ou P)**
Dr LAURENCIN S.M.P.R Centre de Détention National Route de Seysses, BP 312 31605 MURET CEDEX	D 05/61/51/97/21
Dr DELAGOUTTE U.C.S.A Maison d'Arrêt 2, rue de l'Abbé Didelot, BP 9 54035 NANCY CEDEX	D 03/83/17/01/70
Dr N'KANGA U.C.S.A Maison d'Arrêt 133, avenue de la Commune de Paris, BP 1414 92014 NANTERRE CEDEX	D 01/47/29/75/60
Dr GIRON S.M.P.R Centre Pénitentiaire de Nantes 68, Bd Albert Einstein, BP 71636 44316 NANTES CEDEX	D 02/40/59/56/12
Dr CIRILLO U.C.S.A Maison d'Arrêt 13bis, rue Paul Vaillant-Couturier, BP 82 58020 NEVERS CEDEX	D 03/86/36/36/76
Médecin responsable du dispositif de soins psychiatriques, U.C.S.A Centre Pénitentiaire Camp Est, BP 491 98845 NOUMEA CEDEX	P 00/687/27/25/27
Dr KABALAN U.C.S.A Centre de détention Régional BP 01 24190 NEUVIC SUR L'ISLE	D 05/53/80/82/26
Dr LAFFRANCHI S.M.P.R Maison d'Arrêt 12, rue de la Gendarmerie, BP 1709 06012 NICE CEDEX 1	D 04/92/47/68/00
Dr KAER U.C.S.A Maison d'Arrêt 131, chemin de Crezan, BP 3010 30002 NIMES CEDEX 6	D 04/66/27/82/82
Dr DELCAMPE U.C.S.A Maison d'Arrêt 1, rue de Sanitat, BP 519 79022 NIORT CEDEX	D 05/49/79/54/60
Dr VELASCO U.C.S.A Centre de Détention Régional Oermingen, BP 111 67269 SARRE-UNION CEDEX	D 03/88/00/52/34
Dr DENISOT U.C.S.A Maison d'Arrêt 55, Bd Guy-Marie Riobé, BP 2517 45038 ORLEANS CEDEX	P 02/38/78/01/00
Dr BONNIERE U.C.S.A Maison d'Arrêt Route départementale 927, BP 32 Osny 95524 CERGY-PONTOISE CEDEX	D 01/34/43/16/60
Dr VILLENEUVE U.C.S.A Maison d'Arrêt 14bis, rue Viard, BP 1616 64037 PAU CEDEX	D 05/59/02/75/64

Etablissement Pénitentiaire Nom du médecin responsable des soins en santé mentale Type de structure de soins en santé mentale (UCSA/DSP-SMPR)	**N° de téléphone direct ou pénitentiaire (D ou P)**
Dr HINDERYCKX U.C.S.A Maison d'Arrêt 2, place Beleyme, BP 9064 24019 PERIGUEUX	D 05/53/54/09/72
Médecin responsable des soins psychiatriques U.C.S.A Maison Centrale 17, rue de l'Abbaye 78303 POISSY CEDEX	P 01/39/65/01/27
Dr DESCHACHT S.M.P.R Maison d'Arrêt 56, Bd Jacques-Cartier, BP 3106 35031 RENNES CEDEX	D 02/99/51/64/81
Dr LOEFFEL U.C.S.A Maison d'Arrêt 23, Bd Robespierre 51090 REIMS CEDEX	D 03/26/87/38/58
Médecin responsable du dispositif de soins psychiatriques, U.C.S.A Centre Pénitentiaire « la Matourienne » BP 150 97394 REMIRE-MONT-JOLY	P 0594/35/58/28
Dr ROHMER U.C.S.A Maison d'Arrêt 7, rue François Mazeng, BP 718 12007 RODEZ CEDEX	D 05/65/75/17/96
Médecin responsable du dispositif de soins psychiatriques, U.C.S.A Maison d'Arrêt 43bis, rue Juliette Dodu 97488 SAINT-DENIS CEDEX	P 0262/90/29/89
Dr NICOLE U.C.S.A Maison d'Arrêt 10, rue Emile Brindejonc, BP 20 35401 SAINT MALO CEDEX	D 02/99/40/95/73
Médecin responsable des soins psychiatriques U.C.S.A Centre de Détention Régional 8, route de Commercy, BP 5 55300 SAINT-MIHIEL	P 03/29/90/28/73
Médecin responsable du dispositif de soins psychiatriques, U.C.S.A Maison d'Arrêt 1, rue de Cayenne, BP 458 97448 SAINT-PIERRE CEDEX	P 0262/96/16/16
Médecin responsable du dispositif de soins psychiatriques, U.C.S.A Centre Pénitentiaire (M.A, C.D.R) Rue Emile Sasco, BP 36 97500 SAINT-PIERRE-ET-MIQUELON	?
Dr TREGAN U.C.S.A Centre de Détention Régional 17, chemin les Pescayres, BP 3 81370 SAINT-SULPICE-LA-POINTE	D 05/63/40/14/00
Dr CLEREC U.C.S.A Maison d'Arrêt 59bis, rue de l'Arc de Triomphe, BP311 17107 SAINTES CEDEX	D 05/46/96/20/61
Médecin responsable des soins psychiatriques U.C.S.A Maison d'Arrêt 9, rue Victor Hugo, BP 31107 57216 SARREGUEMINES CEDEX	?

Etablissement Pénitentiaire **Nom du médecin responsable des soins en santé mentale** **Type de structure de soins en santé mentale** **(UCSA/DSP-SMPR)**	**N° de téléphone direct ou pénitentiaire** **(D ou P)**
Dr PERRIER U.C.S.A Maison Centrale 17, rue Soubrany, BP 38 63201 RIOM CEDEX	D 04/73/64/03/99
Dr PERRIER U.C.S.A Maison d'Arrêt 5, place des Martyrs de la résistance, BP 32 63201 RIOM CEDEX	D 04/73/64/06/03
Dr LAIR U.C.S.A Maison d'Arrêt 11 ter, rue Maréchal Galliéni, BP 141 17306 ROCHEFORT CEDEX	P 05/46/99/27/92
Dr SAMUEL S.M.P.R Maison d'Arrêt 169, Bd de l'Europe, 76038 ROUEN CEDEX	D 02/35/73/50/02
Dr CARRIERE U.C.S.A Maison d'Arrêt 1, rue des fusillés, BP 2228 22022 SAINT BRIEUC CEDEX	D 02/96/62/10/60
Dr VASSEUR , Dr MAS U.C.S.A Maison Centrale 17410 SAINT MARTIN DE RE	D 05/46/09/75/36
Dr N-GUYEN U.C.S.A Maison Centrale 36255 SAINT MAUR CEDEX	P 02/54/08/29/00
Dr GEOFFRAY U.C.S.A Centre Pénitentiaire Lieu-dit « le biais », BP 66 38077 SAINT QUENTIN FALLAVIER	D 04/74/94/33/84
Dr ARNAUD U.C.S.A Centre de Détention Régional BP 369 13668 SALON DE PROVENCE CEDEX	D 04/90/44/61/05
Dr STRAUB U.C.S.A Maison d'Arrêt de Saint Etienne Rue de la Sauvagère, BP 540 42355 LA TALAUDIERE	D 04/77/47/55/03
Dr HUCK S.M.P.R Maison d'Arrêt 6, rue Engelmann, BP 25 67035 STRASBOURG CEDEX 2	D 03/90/20/46/10
Dr FOURNIER U.C.S.A Centre de Détention Régional BP 82 13155 TARASCON CEDEX	D 04/90/99/10/54
Médecin responsable du dispositif de soins psychiatriques, U.C.S.A Centre de Détention de TAIOHAE 98742 NUKU-HIVA	?
Dr CHATARD U.C.S.A Maison d'Arrêt 17, rue E-Tenot, BP 1332 65013 TARBES CEDEX 9	D 05/62/93/20/98

Etablissement Pénitentiaire **Nom du médecin responsable des soins en santé mentale** **Type de structure de soins en santé mentale** **(UCSA/DSP-SMPR)**	**N° de téléphone direct ou pénitentiaire** **(D ou P)**
Médecin responsable des soins psychiatriques U.C.S.A Maison d'Arrêt 20, rue Henri-Martin, BP 3413 37034 TOURS CEDEX	P 02/47/60/12/80
Dr PANETTA U.C.S.A Maison d'Arrêt 1 bis, rue Hennequin, BP 363 10025 TROYES CEDEX	D 03/25/72/11/12
Dr AWRAM U.C.S.A Centre de Détention National 804, rue du Maréchal-Lyautey, BP 305 54201 TOUL CEDEX	D 03/83/64/23/18
Dr YUNG U.C.S.A Maison d'Arrêt 2, place Léon-Blum, BP 5503 83097 TOULON CEDEX	P 04/94/18/50/30
Dr FICHET U.C.S.A Maison d'Arrêt 26, rue Souham prolongée, BP 180 19005 TULLE CEDEX	P 05/55/26/63/70
Dr LABBE U.C.S.A Centre de Détention Régional Route d'Eyburie, BP 02 19140 UZERCHE	D 05/55/73/87/22
Médecin responsable du dispositif de soins psychiatriques, U.C.S.A Centre de Détention de UTUROA 98735 UTUROA-RAIATEA	?
Médecin responsable du dispositif de soins psychiatriques, U.C.S.A Maison d'Arrêt Gendarmerie de Mata-Utu, BP 8 Mata-Hutu 98600 UVEA	?
Médecin responsable des soins psychiatriques U.C.S.A Centre de Détention National Les Vignettes, Chaussée de l'Andelle 27107 VAL-DE-REUIL CEDEX	P 02/32/61/06/48
Médecin responsable des soins psychiatriques U.C.S.A Maison d'Arrêt 9, place Beauchamp, BP 401 70014 VESOUL CEDEX	P 03/84/76/05/54
Médecin responsable des soins psychiatriques U.C.S.A Maison d'Arrêt Rue Lavoisier, BP 482 69665 VILLEFRANCHE SUR SAONE	P 04/74/60/31/46
Médecin responsable des soins psychiatriques U.C.S.A Centre de Détention Régional 10371 VILLENAUXE LA GRANDE CEDEX	P 03/25/21/02/81
Médecin responsable des soins psychiatriques U.C.S.A Maison d'Arrêt Avenue du Moulin de la Jasse 34753 VILLENEUVE LES MAGUELONE	D 04/67/69/55/74
Dr GRAND U.C.S.A Maison d'Arrêt 79, avenue de Chabeuil, BP 2139 26021 VALENCE CEDEX	D 04/75/42/61/94

Etablissement Pénitentiaire **Nom du médecin responsable des soins en santé mentale** **Type de structure de soins en santé mentale** **(UCSA/DSP-SMPR)**	**N° de téléphone direct ou pénitentiaire** **(D ou P)**
Dr HEROUIN U.C.S.A Maison d'Arrêt 75, rue Lomprez, BP 455 59322 VALENCIENNES CEDEX	D 03/27/46/41/51
Dr ELYAKOUBI U.C.S.A Maison d'Arrêt 12, place Nazareth, BP 560 56017 VANNES CEDEX	D 02/97/47/48/69
Dr LHOMME U.C.S.A Centre Pénitentiaire Route de la Ferté, 71241 SENNECEY LE GRAND CEDEX	D 03/85/44/17/95
Dr VOLCKRINGER U.C.S.A Maison d'Arrêt 28, avenue de Paris, BP 1103 78011 VERSAILLES CEDEX	D 01/39/51/33/10
Dr SCHIAVETTA Dr KROTEMBERG U.C.S.A Maison d'Arrêt Avenue Vauban 93422 VILLEPINTE CEDEX	D 01/41/51/41/30

Annexe 2.

RAPPORTS D'ACTIVITE DES DISPOSITIFS DE SOINS EN PSYCHIATRIE AYANT ETE TRANSMIS.

1. Rapport d'activité du DSP du centre de détention de Liancourt, de la maison d'arrêt de Compiègne, de la maison d'arrêt de Beauvais 2003.
2. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt d'Albi 2003.
3. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Luynes et du centre de détention de Salon 2002.
4. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Luynes et du centre de détention de Salon 2003.
5. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt d'Alençon 2003.
6. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt d'Angers 2003.
7. Rapport d'activité du DSP du centre de détention d'Argentan 2003.
8. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Bar-le-Duc 2003.
9. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Bourges-Sancerre 2003.
10. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Cahors 2003.
11. Rapport d'activité du DSP du centre pénitentiaire de Clairvaux et de la maison d'arrêt de Troyes 2003.
12. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Béziers 2003.
13. Rapport d'activité du DSP de la maison centrale de Château-Thierry de 1996 à 2000.
14. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Douai 2003.
15. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Melun 2003.
16. Rapport d'activité du DSP du centre pénitentiaire de Nouméa 2003.
17. Rapport d'activité du DSP du centre de détention de Saint-Mihiel 2003.
18. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Valenciennes 2003.
19. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Dunkerque 2003.
20. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Gap 2003.
21. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Limoges, du centre de détention d'Uzerche, de la maison d'arrêt de Tulle 2003.

22. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Montauban 2003.
23. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Mulhouse 2003.
24. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Nancy 2003.
25. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Nanterre 2003.
26. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Nîmes 2003.
27. Rapport d'activité du DSP de Poissy 2003.
28. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Rodez 2003.
29. Rapport d'activité du DSP de centre de détention de Tarascon et du centre pénitentiaire du Pontet 2003.
30. Rapport d'activité du DSP des centres de détention de Toul et d'Ecrouves 2003.
31. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Tours 2003.
32. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Vesoul 2003.
33. Projet du service de soins psychiatriques ambulatoires aux détenus SPAD de la maison d'arrêt de Luynes et du centre de détention de Salon « consultation cannabis » 2004.
34. Comité de coordination de l'unité de consultation de soins ambulatoires du centre pénitentiaire de Clairvaux le 25 novembre 2003.
35. Projet du SPAD de la maison d'arrêt de Luynes concernant le quartier mineur, juin 2004.
36. Rapport d'activité du DSP de la maison central de Poissy 2003.
37. Rapport d'activité du DSP des centres de détention d'Ecrouves et de Toul 2003.
38. Rapport d'activité du DSP du centre pénitentiaire de Majicavo (Mayotte) 2003.
39. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Villefranche sur Saône 2003.
40. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt d'Epinal 2003.

Annexe 3.

RAPPORTS D'ACTIVITE DES SERVICES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES REGIONAUX AYANT ETE TRANSMIS.

1. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Fresnes 2002.
2. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Fresnes 2003.
3. Rapport d'activité du SMPR du centre pénitentiaire de Marseille 2003.
4. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt d'Amiens 2003.
5. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Bois-d'Arcy 2003.
6. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Chalons-en-Champagne 2003.
7. Rapport d'activité du SMPR du centre pénitentiaire de châteauroux, et de l'antenne SMPR de la maison centrale de Saint Maur 2003.
8. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Loos-lès-Lille, et de l'antenne SMPR du centre de détention de Loos-lès-Lille 2003.
9. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Lyon Saint Paul, de l'antenne SMPR de la maison d'arrêt de Lyon-Montluc 2003.
10. Rapport d'activité du SMPR du centre pénitentiaire de Metz 2003.
11. Rapport d'activité du SMPR du centre pénitentiaire de Nantes 2003.
12. Rapport d'activité du SMPR de centre pénitentiaire de Perpignan-Thuir 2003.
13. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Rouen 2003.
14. Rapport d'activité du SMPR du centre pénitentiaire de Gradignan 2002.
15. Projet médical concernant le SMPR de Gradignan 2003.
16. Rapport d'activité de l'antenne SMPR (Rouen) du centre de détention national du Val-de-Reuil 2003.
17. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Grenoble -Varces 2003.
18. Rapport d'activité du SMPR du centre pénitentiaire de Baie-Mahault (Guadeloupe) 2003.
19. Rapport d'activité du SMPR du centre pénitentiaire de Nantes 2001/2002.
20. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Poitiers 2002.
21. Résultats de l'enquête nationale en santé mentale, SMPR de Nantes 2002.
22. Rapport du SMPR de la maison d'arrêt de Dijon 2003.
23. Rapport du SMPR de la maison d'arrêt de Toulouse 2003.

Annexe 4.

Centre spécialisé de soins aux toxicomanes
décret nº 2003 -- 160 du 26 février 2003 abrogée et remplace le décret du 29 juin 1992. Il décrit les conditions minimales de nomination et de fonctionnement des centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

Selon les dispositions de l'article premier de ce texte, les centres spécialisés assurent la mission de prévention, d'accueil et de prise en charge des personnes ayant une consommation à risque ou un usage nocif de substances ou plantes classées comme stupéfiants présentant des addictions associées.
L'article 2 du décret indique les missions de ces centres.
On peut noter que ces missions vont jusqu'à la prescription et le suivi de traitement de substitution. Ses prestations sont assurées, soit en cure ambulatoire, soit en hébergement collectif.
Les dispositions du décret sont assez succinctes, il est vrai qu'il ne défini que des conditions minimales de fonctionnement.
Par ailleurs, l'article 5 indique aussi qu'un arrêté ministériel précisera la composition de l'équipe médico-sociale. La réglementation doit donc encore être complétée.

Décret nº 2003 -- 160 du 26 février 2003
fixant les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des centres spécialisés de soins aux toxicomanes.
NOR :SANP0320261D

Article 1
Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes relevant des catégories d'établissements mentionnés au 9° du I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles assurent la mission de prévention, d'accueil et de prise en charge des personnes ayant une consommation à risque ou un usage nocif de substances ou plantes classées comme stupéfiants ou présentant des addictions associées.
Article 2
Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes assurent :
-- l'accueil, l'information et l'orientation de la personne, ainsi que l'accompagnement de son entourage ;
-- l'aide au repérage des usages nocifs et à la réduction des risques associés à la consommation de substances ou plantes mentionnées à l'article premier ;
-- le diagnostic et des prestations de soins, dans le cadre d'une prise en charge médicale et psychologique. Le centre assure le sevrage, ainsi que son accompagnement, lorsqu'il est réalisé en milieu hospitalier ;
-- la prescription et le suivi de traitement de substitution ;
-- la prise en charge sociale et éducative qui comprend l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.
Article 3
Le centre assure, soit des prestations ambulatoires, soit des prestations en hébergement collectif, soit ces deux sortes de prestations.
Article 4
Peuvent être rattachées au centre une ou plusieurs sections qui correspondent à des modes de prise en charge spécifiques comportant notamment :
-- des permanences d'accueil et d'orientation située à l'extérieur des centres ;

-- des appartements thérapeutiques ;
-- des structures d'hébergement, individuel ou collectif, de transition ou d'urgence ;
-- des ateliers d'insertion.

Les conditions d'organisation et de fonctionnement des sections d'appartements thérapeutiques et de réseaux de familles d'accueil sont définies par arrêté conjoint des ministres chargés des affaires sociales, de la santé et de la sécurité sociale.

Article 5

Le centre s'assure les services d'une équipe médico-sociale pluridisciplinaire.

La composition minimale ainsi que les qualifications des personnels qui composent l'équipe médico-sociale du centre, sont déterminées par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de la santé.

Article 6

Le directeur ou le responsable du centre assure lui-même ou, le cas échéant, par délégation, dans le respect des compétences des règles déontologiques des différents professionnels, la cohérence d'ensemble de l'activité des personnels, ainsi que la coordination avec les intervenants extérieurs. Il a la responsabilité générale de fonctionnement du centre.

La responsabilité des activités médicales est assurée par un médecin.

Article 7

Le centre peut participer à des actions de prévention, de soins, de formation et de recherche en matière de toxicomanie, organisées par des personnes morales de droit public ou privé, sous réserve que ces personnes rémunèrent l'intervention du centre.

La participation à des actions de soins et les conditions de leur financement donnent lieu à la signature d'une convention entre le centre et la structure qui organise l'action dont un exemplaire est adressé au préfet de département pour information.

Article 8

Le centre rédige un rapport annuel d'activité, établi conformément à un modèle fixé par arrêté conjoint des ministres chargés des affaires sociales et de la santé, qui est transmis au préfet et à la caisse régionale d'assurance-maladie.

Article 9

Le centre est géré, soit par l'association régie par la loi du 1er juillet 1901, soit par l'établissement de santé.

Article 10

Le décret nº 92 -- 590 du 29 juin 1992 relatif au centre spécialisé de soins aux toxicomanes est abrogé.

Article 11

Le ministre des affaires sociales, du travail de la solidarité et les ministres de la santé et de la famille et des personnes handicapées sont chargées, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au journal officiel de la république française.

Par le premier ministre
Jean-Pierre Raffarin.

Annexe 5.

Extrait de la Notice individuelle de mise en examen d'une personne majeure (cour d'appel de Rennes, tribunal de grande instance de Nantes)
Notice remplie par le juge d'instruction en charge de l'affaire.

Renseignements sanitaires :

- L'intéressé a-t-il fait état de problèmes de santé ?
  Existe-t-il un traitement en cours ?
  Si oui, lesquels ?

- L'intéressé à qui fait état de l'usage de substances stupéfiantes ?
  Y a-t-il un risque de manque ?

- Un examen médical urgent apparaît-il nécessaire ?
  Un examen psychiatrique urgent apparaît-il nécessaire ?

- Y a-t-il lieu de prescrire la mise en observation de la personne mise en examen au service médico-psychologique régional ?

- Existe-t-il, dans le comportement de la personne mise en examen, des éléments laissant craindre qu'elle porte atteinte à son intégrité physique ?

- Présente-t-elle des troubles psychologiques ?
  Ou psychiatriques ?

Annexe 6.

Extrait de la Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice

Article 48

I – le Code de la Santé Publique est ainsi modifié

1° Au titre 1er du livre II de la troisième partie, il est créé un chapitre IV intitulé : « Hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux » ;

2° Le chapitre IV devient le chapitre V et les articles L 3214-1 à L. 3214-4 deviennent les articles L. 3215-1 à L. 3215-4 ; 3° Dans le nouveau chapitre IV, sont créés les articles L. 3214-1 à L. 3214-5 ainsi rédigés : « **Art. L 3214-1.** - L'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée » .

« **Art. L 3214-2.** - Sous réserve des restrictions rendues nécessaires par leur qualité de détenu ou, s'agissant des personnes hospitalisées sans leur consentement, par leur état de santé, les articles L. 3211-3, L. 3211-4, L. 3211-6 , L. 3211-8 , L. 3211-9 et L. 3211-12 sont applicables aux détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux. « Lorsque le juge des libertés et de la détention ordonne en application de l'article L. 3211-12, une sortie immédiate d'une personne détenue hospitalisée sans son consentement, cette sortie est notifiée sans délai à l'établissement pénitentiaire par le procureur de la République. Le retour en détention est organisé dans les conditions prévues par le décret en Conseil d'Etat visé à l'article L. 3214-5 ».

« **Art. L 3214-3.** - Lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le préfet de police à Paris ou Ie représentant de l'Etat du département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son hospitalisation dans une unité spécialement aménagée d'un établissement de santé visée à l'article L. 3214-1. « Le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans I'établissement d`accueil. « Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire. « Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris au préfet de police, ainsi qu'à la commission mentionnée à l'article L.3222-5 un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement. « Ces arrêtés sont inscrits sur le registre prévu au dernier alinéa de l'article L. 3213-1. »

« **Art. L 32144.** - La prolongation de l'hospitalisation sans son consentement d`une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans les conditions prévues aux articles L. 3213-3, L. 3213-4 et L. 3213-5.

« **Art. L 3214-5.** - Les modalités de garde, d'escorte et de transport des détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

II. - Dans l'attente de la prise en charge par les unités hospitalières spécialement aménagées mentionnées à l'article L. 3214-1 du Code de la Santé Publique, l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux continue d'être assurée par un service médico-psychologique régional ou un établissement de santé habilité dans les conditions prévues par les dispositions réglementaires prises sur le fondement des articles L. 6112-1 et L. 6112-9 du même code.

Annexe 7.

GUIDE METHODOLOGIQUE DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES DETENUES 2005
MODELE DE PROTOCOLE COMPLEMENTAIRE
CONCERNANT LES PRESTATIONS PSYCHIATRIQUES DISPENSEES AUX PERSONNES DETENUES D'UN ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE
SIEGE D'UN SERVICE MEDICO-PSYCHOLGIQUE REGIONAL

Entre :
- le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation…….
- l'établissement de santé (*de rattachement du service médico-psychologique régional)*

représenté par …….
- l'établissement de santé (*signataire du protocole conclu en application de l'article R.711-7 du Code de la Santé Publique)*

représenté par …….
- le directeur régional des services pénitentiaires……..…….
- l'établissement pénitentiaire de ……...

représenté par ……..……..

Article 1er

L'établissement de santé …… (*nom de l'établissement de rattachement du service médico-psychologique régional)* assure les prestations psychiatriques dans les conditions fixées par l'arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant l'organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant de secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Article 2

L'établissement de santé met en œuvre dans le cadre de la lutte contre les maladies mentales, les actions de prévention, de diagnostic et de soins prévues aux articles 2 et 3 de l'arrêté du 14 décembre 1986 selon les modalités décrites en annexe I.

Ces actions sont menées en étroite collaboration avec l'équipe hospitalière chargée des soins somatiques de l'établissement de santé…… *(nom de l'établissement).*

Article 3

Le suivi après l'incarcération est préparé par l'équipe psychiatrique en liaison avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation de l'établissement pénitentiaire, dans les conditions prévues à l'article 3 de l'arrêté du 14 décembre 1986.

Article 4

Le service est placé sous l'autorité d'un psychiatre, praticien hospitalier, assurant les responsabilités de chef du service.

La composition de l'équipe psychiatrique assurant les missions visées aux articles 2 et 3 est définie en annexe I.

L'activité de ses membres s'exerce dans le cadre des règles professionnelles qui leur sont applicables.

Article 5

Les missions et les obligations respectives des personnels de surveillance et des membres de l'équipe psychiatrique s'exercent dans les conditions prévues aux article 7 et 8 de l'arrêté du 14 décembre 1986.

Article 6

Les locaux visés à l'article 5 de l'arrêté du 14 décembre 1986 sont décrits en annexe II.

L'établissement pénitentiaire s'engage à ce que les locaux du service médico-psychologique régional soient mis en conformité avec ses missions selon les modalités et le calendrier indiqués en annexe II.

Article 7

Les membres de l'équipe du service médico-psychologique régional ont accès au dossier médical établi par l'unité de consultations et de soins ambulatoires. Les psychiatres doivent y inscrire les conclusions de leurs examens et leurs prescriptions.

Un dossier médical spécifique est établi par le service médico-psychologique régional pour les personnes détenues hébergées dans ses locaux. Ce dossier est placé sous la responsabilité de son établissement de rattachement. Les conditions de sa gestion et de son archivage sont fixées en annexe III.

Pendant le séjour du détenu au service médico-psychologique régional, le dossier médical établi par l'unité de consultations et de soins ambulatoires est momentanément transféré au service médico-psychologique régional. Les prescriptions des psychiatres sont portées sur ce dossier auquel est joint le compte rendu du séjour au service médico-psychologique régional.

Article 8

Les prestations délivrées par l'équipe psychiatrique font l'objet d'un rapport d'activité annuel, incluant notamment une évaluation du coût de ces prestations.

Il est joint au rapport d'activité annuel établi en application des dispositions du 8° de l'article R. 711-16 du Code de la Santé Publique par l'établissement de santé (*nom de l'établissement de santé assurant les soins somatiques).*

Article 9

Les produits et les petits matériels à usage médical ainsi que les médicaments et les produits pharmaceutiques sont fournis, conformément aux dispositions du 3° de l'article R. 711-13 du Code de la Santé Publique par l'établissement de santé…. (*nom de l'établissement de santé assurant les soins somatiques).*

Article 10

L'établissement de santé de rattachement du service médico-psychologique régional est représenté au comité de coordination créé en application du 10° article R. 711-16 du code de santé publique par……

Article 11

Le présent protocole est applicable à compter du ……..

Les annexes au protocole sont actualisées en tant que de besoin après accord de l'ensemble des signataires.

Fait à , le

Le Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation

Le Directeur régional des services pénitentiaires

Le Directeur de l'établissement pénitentiaire

Le Directeur de l'établissement de santé

Le Directeur de l'établissement de santé

ANNEXES AU PROTOCOLE COMPLEMENTAIRE

Annexe I

Elle s'applique lorsque l'établissement pénitentiaire est siège d'un service médico-psychologique régional relevant de l'établissement de santé.

Elle précise :

- le numéro du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire ainsi que les établissements pénitentiaires desservis par ce secteur ;
- les activités développées au titre de l'article 10 de l'arrêté du 14 décembre 1986 ;
- la composition de l'équipe psychiatrique ;
- les horaires de consultations et d'interventions des personnels ;

Annexe II - le descriptif des locaux visés à l'article 5 de l'arrêté du 14 décembre 1986 ainsi que le programme et l'échéancier des travaux de mise en conformité de ces locaux (réaménagement et/ou extension et/ou reconstruction) avec les missions du service médico-psychologique régional.

Annexe III - les modalités de transmission des dossiers entre le service médico-psychologique régional et l'unité de consultations et de soins ambulatoires.

Annexe 8.

GUIDE METHODOLOGIQUE DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES DETENUES 2005
MODELE DE PROTOCOLE COMPLEMENTAIRE
CONCERNANT LES PRESTATIONS PSYCHIATRIQUES DISPENSEES AUX PERSONNES DETENUES D'UN ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE PAR UN SECTEUR DE PSYCHIATRIE GENERALE

Entre :

- le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation…….……..…….
- l'établissement de santé (*dispensant les prestations psychiatriques)*

représenté par …….

- l'établissement de santé (*signataire du protocole conclu en application de l'article R. 711-7 du Code de la Santé Publique)*

représenté par …….

- le directeur régional des services pénitentiaires……..…….
- l'établissement pénitentiaire de ……...

représenté par ……..……...

Article 1er

L'établissement de santé …… (*nom de l'établissement de santé chargé des prestations psychiatriques)* assure les prestations psychiatriques conformément aux dispositions de l'article R. 711-9 du Code de la Santé Publique dans les conditions prévues aux articles suivants du présent protocole.

Article 2

L'établissement de santé met en œuvre dans le cadre de la lutte contre les maladies mentales, les actions de prévention, de diagnostic et de soins courants destinées aux personnes détenues de l'établissement pénitentiaire, en coordination avec le secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire du service médico-psychologique régional de ……. selon les modalités décrites en annexe I**.**

Ces actions sont menées en étroite collaboration avec l'équipe hospitalière chargée des soins somatiques de l'établissement de santé…… *(nom de l'établissement).*

Article 3

Le suivi après l'incarcération est préparé par l'équipe psychiatrique en liaison avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation de l'établissement pénitentiaire.

Article 4

Les interventions mentionnées aux articles 2 et 3 sont assurées par une équipe hospitalière placée sous l'autorité médicale d'un praticien hospitalier.

La composition de l'équipe psychiatrique est définie en annexe II.

L'activité de ses membres s'exerce dans le cadre des règles professionnelles qui leur sont applicables.

Article 5

Les membres de l'équipe psychiatrique intervenant en milieu pénitentiaire sont soumis à une procédure d'habilitation par l'Administration Pénitentiaire conformément aux dispositions du Code de Procédure Pénale.

Les personnels hospitaliers sont informés des mesures de sécurité en vigueur dans l'établissement et des règles de fonctionnement auxquelles ils doivent se conformer. L'Administration Pénitentiaire y assure leur sécurité.

Le personnel pénitentiaire est informé des missions dévolues à l'établissement de santé et des modalités de mise en œuvre des prestations psychiatriques. Il y contribue dans le cadre de ses missions propres.

Article 6

Des bureaux de consultations de l'unité de consultations et de soins ambulatoires en milieu pénitentiaire et des salles d'activité sont mis à disposition de l'équipe psychiatrique selon des modalités prévues à l'annexe III.

Article 7

Les membres de l'équipe psychiatrique ont accès au dossier médical établi par l'établissement de santé…… (*nom de l'établissement de santé assurant les soins somatiques).*

Les conclusions des examens psychiatriques et les prescriptions sont jointes à ce dossier.

Article 8

Les prestations délivrées par l'équipe psychiatrique font l'objet d'un rapport d'activité annuel, incluant notamment une évaluation du coût de ces prestations.

Il est joint au rapport d'activité annuel établi en application des dispositions du 8° de l'article R. 711-16 du Code de la Santé Publique par l'établissement de santé (*nom de l'établissement de santé assurant les soins somatiques).*

Article 9

Les produits et les petits matériels à usage médical ainsi que les médicaments et les produits pharmaceutiques sont fournis, conformément aux dispositions du 3° de l'article R. 711-13 du Code de la Santé Publique par l'établissement de santé…. (*nom de l'établissement de santé assurant les soins somatiques).*

Article 10

Les membres de l'équipe psychiatrique font appel pour leurs activités en milieu pénitentiaire au secrétariat médical assuré par l'établissement de santé ….. (*nom de l'établissement de santé assurant les soins somatiques).*

Article 11

L'établissement de santé (*nom de l'établissement chargé des prestations psychiatriques*) est représenté au comité de coordination créé en application du 10° de l'article R. 711-16 du Code de la Santé Publique par …….

Article 12

Le présent protocole est applicable à compter du …….. Les annexes au protocole sont actualisées en tant que de besoin après accord de l'ensemble des signataires.

Fait à , le

Le Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation

Le Directeur régional des services pénitentiaires

Le Directeur de l'établissement de santé

Le Directeur de l'établissement pénitentiaire

ANNEXES AU PROTOCOLE COMPLEMENTAIRE SUR LES PRESTATIONS PSYCHIATRIQUES

L'annexe I (article 2 du protocole) décrit l'organisation des prestations psychiatriques en milieu pénitentiaire.

Elle mentionne :

- le secteur de rattachement de l'équipe psychiatrique intervenant en milieu pénitentiaire ;
- les horaires de consultation des psychiatres ;
- les horaires d'intervention des autres membres de l'équipe ;
- les modalités de permanence de soins.

L'annexe II (article 4 du protocole) indique la composition de l'équipe psychiatrique exprimée en équivalent temps plein ou en vacation.

Elle précise :

- les effectifs médicaux ;
- les effectifs non médicaux .

L'annexe III (article 6 du protocole) précise les bureaux de l'unité de consultations et de soins ambulatoires mis à disposition ainsi que les salles d'activité.

Elle indique les horaires de cette mise à disposition.