



Les dispositifs de prise en soins psychiatriques des personnes présentant des troubles psychiques en détention

Déborah Sebbane

Cheffe de clinique au CHU de Lille, membre du CCOMS (Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale), Inserm, Paris (ECEVE UMRS 1123)

Pierre Thomas

Chef de pôle de psychiatrie, médecine légale et médecine en milieu pénitentiaire du CHU de Lille

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 50.

Plus de dix millions de personnes sont incarcérées dans le monde ; en France, le taux d'incarcération est actuellement de 102 pour 100 000 habitants, pour une moyenne de 144 pour 100 000 dans le monde entier [34]. La première étude faisant état d'une prévalence élevée des troubles psychiatriques en prison a été écrite il y a maintenant un siècle. Ces dernières décennies, les États européens, dont la France, ont continué d'observer une augmentation de la prévalence des troubles psychiques en détention. Il semblerait que cette évolution soit la résultante complexe d'un faisceau de facteurs tels que l'évolution des politiques de santé, l'évolution des politiques pénales et celle des contextes sociétaux qui les façonnent.

Contexte épidémiologique et cadre législatif

Les travaux scientifiques récents convergent vers une prévalence des troubles psychiatriques en prison largement supérieure à celle retrouvée en population générale. Tous les troubles sont représentés : les schizophrénies, les troubles de l'humeur – notamment le trouble bipolaire et l'épisode dépressif caractérisé –, le trouble stress post-traumatique, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité et la déficience intellectuelle. Les travaux récents de S. Fazel [14] apportent notamment des résultats, d'un niveau de preuve élevé, en faveur d'une surreprésentation de l'épisode dépressif caractérisé et des troubles psychotiques : un détenu sur sept souffrirait de l'une ou l'autre de ces pathologies. Les troubles addictifs sont aussi largement surreprésentés et apparaissent très fréquemment associés à des troubles psychiatriques. Le suicide apparaît également comme une problématique majeure, son taux restant particulièrement élevé en France (179 pour 100 000 détenus) par rapport aux autres pays [16].

Le constat des inégalités de santé et du non-respect des droits des personnes concernées par un problème de santé mentale selon les pays a amené le Conseil de l'Europe à recommander que la santé en prison soit intégrée aux politiques nationales de santé. En France, la loi 994-43 du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale, a ainsi posé le principe du transfert de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au ministère chargé de la santé. À ce titre, le service public hospitalier est chargé d'une mission globale de soins aux personnes détenues, qui sont désormais systématiquement immatriculées et affiliées aux assurances maladies et maternité du régime général.

Organisation actuelle des soins de santé mentale en milieu pénitentiaire

Créés en application de la loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire répondent aux besoins de santé mentale de la population incarcérée dans les établissements relevant d'une région pénitentiaire. Chaque secteur est rattaché à un établissement hospitalier public et comporte un service médico-psychologique régional (SMPR), aménagé au sein d'un établissement pénitentiaire.

Les structures de soins prenant en charge les personnes placées sous main de justice (PPSMJ) ont ensuite été définies par :

- le décret du 14 mars 1986, qui a créé les 26 SMPR ;
- le décret du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux personnes détenues ;
- la loi 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, qui a créé les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

Ces mesures sont identifiées comme des dispositions législatives qui réaffirment le nécessaire respect des droits de chacun à la protection de sa santé et qui tentent ainsi de concourir à l'amélioration de la santé globale des personnes détenues.

La prévalence élevée des troubles psychiatriques a contribué à poursuivre l'adaptation du dispositif d'offre de soins de santé mentale en milieu pénitentiaire, traduite à quatre reprises dans le guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, dont la dernière édition a été récemment publiée, en janvier 2018 [25].

Depuis 2012, les ex-unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) sont appelés « unités sanitaires en milieu pénitentiaires » (USMP). Aujourd'hui, 175 USMP dépendant de l'hôpital de proximité sont implantées dans la plupart des établissements pénitentiaires, et 93 secteurs de psychiatrie générale interviennent au sein des USMP. Bien que s'inscrivant dans la continuité du concept de santé globale, leur organisation repose actuellement sur deux dispositifs distincts : le premier pour les « soins somatiques », le second pour les « soins psychiatriques », chacun étant organisé en trois niveaux [33].

Soins de santé mentale de niveau 1

Il regroupe les soins ambulatoires réalisés au sein de l'USMP. Le dispositif de soins psychiatriques assure l'ensemble des activités de consultation et d'activités

thérapeutiques de groupe, dont celles menées dans le cadre des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Ce premier niveau concerne également les missions communes aux deux dispositifs et regroupe des actions de formation à la santé, de promotion et de prévention pour la santé ainsi que la mise en place de la continuité des soins à la sortie.

Soins de santé mentale de niveau 2

Ce niveau regroupe les soins requérant une prise en charge à temps partiel, assurée par les hôpitaux de jour (HDJ). Ils sont réalisés au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaires porteuses d'un service médico-psychologique régional, qui demeurent, et sont également dotés depuis la circulaire de 2012 d'une mission de coordination régionale entre l'ensemble des acteurs de la psychiatrie intervenant en prison ou avec les autorités de tutelle et de formation. Des cellules spécifiques sont dédiées à l'hospitalisation des personnes prises en charge en HDJ, qui restent gérées par l'administration pénitentiaire (ouverture et fermeture des portes entre autres). L'accès aux hôpitaux de jour reste encore limité et restreint pour certains patients au regard de l'implantation encore insuffisante et de la répartition très inégale des 26 SMPR sur le territoire.

Soins de santé mentale de niveau 3

Les soins de niveau 3 correspondent à la prise en charge hospitalière à temps complet. Ils sont assurés par :

- les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), créées par la loi de septembre 2002, qui ont permis l'organisation des soins hospitaliers complets sous la modalité du soin libre, c'est-à-dire avec le consentement du patient. Les UHSA prévoient en effet deux modalités de soins : les soins libres ou les soins à la demande d'un représentant de l'État – sans le consentement du patient. Elles sont la règle pour toute hospitalisation à temps complet en psychiatrie d'une personne détenue et peuvent accueillir des personnes des deux sexes, y compris les mineurs. Il existe aujourd'hui neuf UHSA pour une capacité totale de 440 places. La feuille de route « santé mentale et psychiatrie » inscrite dans le cadre de la Stratégie nationale de santé, et présentée par la ministre de la Santé en juin 2018, réaffirme le lancement de la deuxième tranche des UHSA dont le programme de construction initial prévoyait 705 places (action n° 21, axe 3) [7];
- les établissements de santé autorisés en psychiatrie, dans le cadre des hospitalisations régies par l'article D. 398 du Code de procédure pénale, seule voie d'accès d'une personne détenue à l'hôpital. Cette décision d'hospitalisation tente d'être la moins utilisée possible puisqu'elle ne prévoit comme seule modalité de prise en charge le soin sans consentement et peut donc amener à maintenir sous contrainte une personne qui accepterait les soins. Le recours aux mesures d'isolement et parfois de contention est également majoré pour ces personnes susceptibles de porter le stigmate

du « fou » en détention puis celui du « détenu dangereux ou potentiel fugitif » en structure de soins ;

- les unités pour malades difficiles (UMD) lorsque les critères cliniques le justifient. Les admissions en UMD s'effectuent dans l'unité la plus proche du lieu d'hospitalisation, sous réserve des disponibilités.

Il existe des spécificités propres aux soins de santé mentale en milieu pénitentiaire :

- les consultations post-carcérales, dont la mise en place s'appuie sur la difficulté à mettre en œuvre la continuité des soins entre milieu fermé et milieu libre. Aujourd'hui, la loi prévoit une « consultation sortant », coordonnée par le médecin généraliste, obligatoire le mois qui précède la libération. Elle peut être doublée d'une « consultation sortant » de psychiatrie, mais souvent les ressources disponibles sur place et les contraintes d'organisation rendent difficile sa réalisation ;
- la prise en charge des personnes présentant un risque suicidaire (lire p. 28). L'évaluation du potentiel suicidaire est portée par les équipes sanitaires et l'administration pénitentiaire, dotée de dispositifs qui lui sont propres (dispositif de protection d'urgence et cellule de protection d'urgence) ;
- la prise en charge des personnes présentant des conduites addictives (lire p. 32), qui intègre le repérage (dès l'entretien arrivant systématisé), le diagnostic, la définition d'un projet de soins adapté, la préparation à la sortie, la politique de réduction des risques et les actions de prévention et d'éducation pour la santé. Le recours spécialisé est assuré par un médecin addictologue intervenant dans l'établissement ou par un professionnel d'une équipe de liaison et de soins en addictologie du centre hospitalier de rattachement de l'USMP ou par un professionnel d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Le personnel du CSAPA référent assure la mise en relation du patient avec les partenaires extérieurs ;
- la prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel (AICS), qui répond au principe de l'incitation aux soins pendant la détention. La spécificité de la prise en charge sanitaire tient également à l'existence d'un cadre juridique particulier (incitation aux soins et injonction de soins) et à une offre de soins psychiatriques et psychologiques plus développée dans certains établissements pénitentiaires spécialisés. Les centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIA VS) assurent le maillage santé-justice au niveau régional.

Enjeux relatifs aux soins psychiatriques en détention

L'OMS insiste sur la nécessité d'envisager les besoins individuels de chaque personne concernée comme l'axe central des soins de santé mentale prodigués en détention. À cet effet, tout professionnel (de la justice ou de la santé) intervenant en milieu carcéral doit être particulièrement éclairé sur le respect inébranlable des besoins sanitaires des personnes détenues et des conséquences inhérentes à l'environnement carcéral,



engendrant des risques majeurs de santé publique [38]. La peine de prison, conditionnant par sa nature la privation de liberté, doit rester la seule et unique peine à laquelle la personne concernée doit faire face. La « double peine », dénoncée dans le rapport de l'ONGI (organisation non gouvernementale internationale) Human Rights Watch en 2016, rappelle le droit fondamental des personnes détenues de jouir du meilleur état de santé globale (physique et mentale) possible. Celui-ci est resitué par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) et par la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), ratifiée par la France en 2010.

À l'instar des difficultés et des retards d'accès aux soins de santé mentale en milieu libre, l'égalité d'accès aux soins et le respect de la dignité des personnes présentant des troubles psychiques en milieu pénitentiaire restent en partie impactés par un manque accru d'information en santé mentale en détention, et par une stigmatisation importante des personnes concernées. La formation auprès des personnels intervenant en détention (Assistance publique, Justice) doit perpétuellement être proposée afin d'améliorer les connaissances nécessaires au respect du droit à une bonne santé globale en détention.

La disponibilité des services de soins *ad hoc* et la réponse aux besoins sanitaires des personnes détenues

présentant un trouble psychique remplissent seulement les conditions de respect des droits fondamentaux de jouir de la meilleure santé mentale possible. Elle ne doit pas permettre de penser que la prison sera un lieu de soins optimal puisque les nombreux freins à la qualité de vie en son sein sont clairement identifiés et paraissent difficiles à neutraliser à court terme. Pour autant, il persiste un enjeu puissant autour de l'organisation des soins de santé mentale en milieu pénitentiaire qui doit s'attacher à ne pas alimenter une quelconque « binarisation » des soins entre prison et hôpital psychiatrique, au risque de voir (re)naître les notions « d'asile pénitentiaire » ou de « prison psychiatrique ». Bien que la « loi de Penrose¹ » traduise le constat d'une augmentation de la prévalence des troubles psychiques en détention dans de nombreux pays, contemporaine du mouvement de désinstitutionalisation psychiatrique, certains auteurs réaffirment que la suggestion selon laquelle le retour des structures hospitalières de type asilaire pourrait être une réponse politique appropriée aux inégalités socio-économiques qui sous-tendent des situations d'exclusion et d'incarcération doit être combattue de la manière la plus ferme qui soit [23]. ●

1. <https://psyzoom.blogspot.com/2015/04/population-carcerale-et-nombre-de-lits.html>

Les suicides et tentatives de suicide, et leur prise en charge en milieu carcéral

**Pierre Thomas
Thomas Fovet**

Pôle de psychiatrie,
médecine légale et
médecine en milieu
pénitentiaire du CHU
de Lille

Le suicide en population carcérale est plus fréquent qu'en population générale. C'est la première cause de décès en prison à travers le monde. Les hommes et les femmes incarcérés constituent une population vulnérable.

Le taux moyen de suicide, sur l'ensemble des pays qui fournissent des chiffres, est de 109 suicides pour 100 000 personnes dans les prisons. Les taux de mortalité les plus bas sont trouvés en Australie et en Nouvelle-Zélande, ainsi que dans les pays d'Amérique du Nord, avec 23 à 67 décès par suicide pour 100 000 détenus.

En France, le taux de suicide en population carcérale est sept fois supérieur à celui observé en population générale. La mortalité par suicide des détenus a nettement progressé au cours des dernières décennies, passant de 2 pour 10 000 détenus en 1950 à 25 pour 10 000 dans les années 2000. La baisse modérée du nombre de suicides à partir de 2012 pourrait s'expliquer en partie par une série d'initiatives prises par l'administration pénitentiaire et le ministère de la Santé : d'une part la détection systématique du

risque suicidaire des personnes entrant en détention, et d'autre part l'ouverture à partir de 2010 des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA), destinées à accueillir les personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques en hospitalisation à temps complet.

Le taux de suicide reste très important dans la période suivant l'incarcération. Au cours des deux semaines suivant la libération, il est multiplié par quatre par rapport à celui observé en détention. Six mois après la libération, le taux de décès par suicide reste identique à celui observé en détention. La continuité des soins et de l'accompagnement est donc essentielle après la sortie, période où se concrétisent les difficultés sociales, financières et relationnelles.

Les suicides en prison sont, dans plus de 90 % des cas, réalisés par pendaison ou autostrangulation, le plus souvent lorsque le sujet se retrouve seul en cellule. L'intoxication volontaire représente 7 % des cas, la phlébotomie 5 % et la défenestration 2 %.

Le suicide en milieu carcéral est le résultat d'une interaction complexe entre plusieurs facteurs.