



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Soins psychiatriques et santé mentale en milieu pénitentiaire
Etat des lieux dans le Nord de la France**

Présentée et soutenue publiquement le 6 juin 2019 à 18 heures
au Pôle Formation
Par Marion Eck

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre Thomas

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume Vaiva

Monsieur le Docteur Ali Amad

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Thomas Fovet

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

ABREVIATIONS

ARS : agence régionale de santé

ARSE : assignation à résidence sous surveillance électronique

CAP : comité d'action des prisonniers

CATTP : centre d'activité thérapeutique à temps partiel

CCOMS : centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé

CD : centre de détention

CEDH : cour européenne des droits de l'Homme

CGLPL : contrôleur(e) général des lieux de privation de liberté

CHU : centre hospitalier universitaire

CMP : centre médico-psychologique

CMPR : centre médico-psychologique régional

CP : centre pénitentiaire

CPA : centre pour peines aménagées

CPIP : conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation

CRIAVS : centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles

CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSL : centre de semi-liberté

DAP : direction de l'administration pénitentiaire

DISP : direction interrégionale des services pénitentiaires

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSP : dispositif de soins psychiatriques

EPM : établissement pour mineur(e)s

ETP : équivalent temps plein

F2RSM : fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale

GIP : groupe d'information sur les prisons

HDJ : hôpital de jour

HO : hospitalisation d'office

IC : intervalle de confiance

IGAS : inspection générale des affaires sociales

IGSJ : inspection générale des services judiciaires

MC : maison centrale

MINI : mini international neuropsychiatric interview

OIP-SF : observatoire international des prisons – section française

OSSD : observatoire des structures de santé des personnes détenues

qCD : quartier centre de détention

qMA : quartier maison d'arrêt

qMC : quartier maison centrale

SMPR : service médico-psychologique régional

SPDRE : soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

SPG : secteur de psychiatrie générale

SPIP : service pénitentiaire d'insertion et de probation

SPMP : secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire

UCSA : unité de consultation et de soins ambulatoires

UHSA : unité d'hospitalisation spécialement aménagée

UMD : unité pour malades difficiles

USMP : unité sanitaire en milieu pénitentiaire

TABLE DES MATIERES

RESUME	7
I. INTRODUCTION	8
A. Histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire.....	8
1. Evolution du concept d'irresponsabilité pénale.....	8
2. Histoire de la psychiatrie (fin XVIII ^e – XX ^e siècle).....	12
3. Histoire des prisons (fin XVIII ^e – XX ^e siècle).....	20
B. Organisation actuelle de la justice et du système pénitentiaire en France.....	24
1. Parcours judiciaire de l'auteur d'infraction grave	24
2. Les structures pénitentiaires.....	30
3. La population carcérale	36
C. Santé mentale des personnes détenues.....	39
1. Prévalence des troubles psychiatriques en détention	39
2. Suicide en détention.....	41
D. Organisation actuelle des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire en France.....	44
1. Fondements législatifs.....	44
2. Structures et missions	46
E. Objectifs de l'étude	53
II. MATERIELS ET METHODES	54
A. Type d'étude	54
B. Population carcérale	56
C. Offre de soins	58
D. Recours aux soins	59
E. Santé mentale.....	60
F. Adéquation des soins.....	63

III. RESULTATS	65
A. Population étudiée.....	65
B. Offre de soins.....	67
1. Structures de soins.....	67
2. Professionnels de la santé mentale.....	69
C. Recours aux soins.....	76
D. Santé mentale.....	81
1. Enquête « santé en population carcérale ».....	81
2. Base de données « suicide en milieu carcéral ».....	83
E. Adéquation des soins.....	85
IV. DISCUSSION	87
V. CONCLUSION	107
BIBLIOGRAPHIE	108
FIGURES & TABLEAUX	118
Figures.....	118
Tableaux.....	119

RESUME

Contexte. La prévalence des troubles psychiatriques est élevée dans les prisons françaises. Pourtant, l'efficacité des dispositifs de soins en place (unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA)) est peu étudiée. L'objectif de cette thèse est d'évaluer, dans les 20 prisons du Nord de la France (Hauts-de-France, Eure, Seine-Maritime), l'organisation des soins psychiatriques en matière d'offre et de recours, ainsi que leur adéquation aux besoins des personnes incarcérées.

Méthode. Nous avons réalisé une étude descriptive à partir de bases médico-administratives et de résultats d'enquête. Les données suivantes ont été collectées, pour chaque établissement pénitentiaire, pour l'année 2016 : 1) effectifs et taux d'occupation des postes pour les professionnels de la santé mentale, 2) taux d'hospitalisation en psychiatrie (UHSA ou secteur de psychiatrie générale), 3) données relatives à la santé mentale des personnes détenues (issues de l'enquête « *santé en population carcérale* » réalisée entre 2014 et 2017 dans 8 maisons d'arrêt du Nord et du Pas-de-Calais) et 4) taux de suicide (données de l'administration pénitentiaire).

Résultats. L'offre de soins est incomplète et inégale selon les prisons : 40% des postes de psychiatres ne sont pas pourvus dans les USMP étudiées. L'accès à l'UHSA varie considérablement selon l'établissement d'origine : logiquement, plus celui-ci est éloigné de l'UHSA, moins les personnes incarcérées y sont hospitalisées. La prévalence des troubles psychiatriques est importante au sein des maisons d'arrêt étudiées : en moyenne, les personnes détenues souffrent d'au moins 1 trouble psychiatrique à leur arrivée en détention. La demande est en adéquation avec l'offre de soins : il existe une corrélation positive entre le nombre moyen de troubles par personne et 1) le taux de soignant(e)s, 2) le taux d'hospitalisation en psychiatrie. Soixante-huit suicides ont été enregistrés entre 2013 et 2016 et le taux moyen de suicide dans les prisons du Nord de la France est de 210 pour 100 000, suggérant une mortalité par suicide importante dans cette région.

Conclusion. Malgré les avancées qu'a permis la création des UHSA, l'accès aux soins reste problématique, étant donné l'éloignement géographique de certains établissements, le nombre de places limité en UHSA, les effectifs médicaux insuffisants dans les USMP.

I. INTRODUCTION

A. Histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire

L'histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire est liée à celle du droit, de la psychiatrie et de leurs interactions. Dans un premier temps, nous aborderons donc l'histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire au travers de l'évolution du concept d'irresponsabilité pénale pour trouble mental dans les sociétés occidentales, à la base du partenariat entre Psychiatrie et Justice (voir **Partie I.A.1**). Puis, nous évoquerons la naissance de la clinique psychiatrique, la création du dispositif public de soins psychiatriques et les principales étapes de l'intervention psychiatrique en prison (voir **Partie I.A.2**). Enfin, nous retracerons brièvement l'évolution de l'institution carcérale dans laquelle intervient le travail du psychiatre, de la Révolution jusqu'à la fin du XX^e siècle (voir **Partie I.A.3**).

1. Evolution du concept d'irresponsabilité pénale

Fondements historiques

L'irresponsabilité pénale du malade mental est un principe du droit très ancien, puisque déjà à l'époque d'Hadrien (76-138), les méfaits des impubères et des « *furiosus* » (fous) sont automatiquement excusés. Leur crime est rendu non imputable. La tradition de pensée romaine voyant dans la folie une punition infligée par les dieux, on ne saurait punir le fou une seconde fois. On trouve ainsi dans un des fragments du Digeste (recueil rassemblant la jurisprudence romaine depuis le II^e siècle avant J.-C. jusqu'à la fin du III^e siècle après J.-C., voir (1)) : « *satis furore ipso puniatur* », qui signifie « *Tu pourras négliger de le punir, car il est*

assez puni par sa folie même ». Cette expression, relevant plus de la morale que du droit, deviendra une maxime récurrente au Moyen-Âge.

Les tribunaux médiévaux héritent des conceptions du droit romain : on ne châtie pas le dément au Moyen-Âge. Si la réalité de la folie apparaît, les poursuites pénales sont annulées. Nul besoin de faire appel à des médecins, les juges reconnaissent eux-mêmes la folie en examinant les actes de la personne et le discours qu'elle tient. La justice séculière de l'époque étant imprégnée de dévotion, le fou exempté peut être amené à réaliser un « *pèlerinage thérapeutique* » : les insensés, les fous, les possédés, accompagnés par leur famille, se rendent auprès d'un saint pour obtenir la guérison. Dans les cas d'extrême agitation, ils sont enfermés et enchaînés dans un sanctuaire, toujours dans le but de les soigner. Puis, les pouvoirs publics ne s'étant pas encore emparés du problème de la folie, ce sont les familles qui gardent les malades à la maison (2).

De même, sous l'Ancien Régime (fin XVI^e – début XVIII^e), les fous ne sont pas punis. En attestent les écrits de Jean Domat (1625 – 1696 ; juriconsulte sous le règne de Louis XIV) à propos de l' « *homicide casuel* » :

« L'homicide casuel est celui qui arrive sans volonté de tuer, sans faute et sans négligence de la part de celui qui a donné lieu à la mort d'un autre. Comme il n'y a en ce cas ni crime ni délit, on ne peut prononcer aucune peine contre la personne qui est accusée d'homicide [...] On met au rang des homicides casuels, ceux qui sont commis par les furieux et par les foux [...] » (3).

Il en est de même à l'époque des Lumières (1715 – 1789) où la question de l'irresponsabilité pénale est abordée sous le prisme de la raison et du libre-arbitre. Pour Emmanuel Kant (1724 – 1804 ; philosophe allemand), cette question ne peut être que philosophique. Selon lui :

« Les médecins et les physiologistes n'ont [...] pas fait progresser leurs connaissances assez loin pour pénétrer si profondément dans la mécanique de l'Être humain qu'ils pourraient expliquer à partir de là ce qui pousse à commettre une telle abomination ou à la prévoir » et « une medicina forensis – quand il s'agit de la question de savoir si l'état de l'auteur du forfait relevait de la folie, ou si c'est en pleine connaissance et santé intellectuelle qu'il a pris sa décision – constitue une immixtion dans une affaire étrangère à sa compétence, et à laquelle le juge n'entend rien [...] » (4,5).

Aucun regard médical n'est porté et jusqu'à la fin du XVIII^e siècle, il n'existe pas de Code pénal : c'est au juge lui-même qu'il revient d'apprécier la gravité de l'acte et de punir son auteur en conséquence.

Evolution des textes législatifs

Le premier Code pénal français, adopté en 1791 pendant la Révolution ne traite pas de la question de l'irresponsabilité. Il faut attendre 1810 pour mettre un terme à ce vide juridique. L'article 64 du Code pénal de 1810 énonce : « Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. » Ces dispositions nouvelles se mettent en place dans le contexte de la naissance de la psychiatrie, avec pour conséquence la médicalisation de la notion de responsabilité pénale (voir **Partie I.A.2**). Dans le même temps, le système pénitentiaire s'organise : les peines privatives de liberté se substituent progressivement aux châtiments corporels (voir **Partie I.A.3**).

Mettant fin à cette loi du « tout ou rien » qui voudrait que les auteurs d'infraction soient soit responsables donc punissables, soit irresponsables du fait d'une maladie mentale donc non punissables, un arrêt de la Cour de cassation de 1885 pose clairement le principe de l'atténuation de la peine en cas d'altération du discernement. Ainsi, la Cour déclare :

« Il n'y a pas violation de l'article 64 du Code pénal dans un arrêt qui condamne un prévenu, tout en constatant, pour justifier la modération de la peine, qu'il ne jouit pas de la somme ordinaire de jugement que caractérise un complet discernement des choses, et qu'il n'y a en lui un certain défaut d'équilibre qui, sans annuler sa responsabilité, permet cependant de la considérer comme limitée » (6).

Toujours dans l'idée d'une gradation de la maladie mentale suggérée par les aliénistes de l'époque, Joseph Chaumié (1849 – 1919 ; avocat, garde des Sceaux de 1905 à 1906) adresse en 1905 une circulaire aux parquets généraux, connue sous le nom de « *circulaire Chaumié* ». Il y réintroduit le principe de responsabilité limitée pour les « *individus sujets à des impulsions morbides momentanées, ou atteints d'anomalies mentales assez marquées pour justifier, à leur égard, une certaine modération dans l'application des peines édictées par la loi.* » L'expert doit alors répondre à deux questions : « *1° Dire si l'inculpé était en état de démence au moment de l'acte, dans le sens de l'article 64 du Code pénal ; 2° Si l'examen psychiatrique et biologique ne révèle point chez lui des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer dans une certaine mesure, sa responsabilité* » (6,7).

Le « *Nouveau Code pénal* » est adopté par le Parlement en 1992 et entre en vigueur le 1^{er} mars 1994. Les alinéas 1 et 2 de l'article 122-1 remplacent l'article 64 du Code pénal de 1810. L'alinéa 1 énonce : « *N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes* » et l'alinéa 2 reprend le concept de responsabilité atténuée : « *La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable : toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime* ». A noter que le Code pénal de 1994 ne précise pas la conséquence d'une altération du discernement sur le choix de la peine et sa durée en cas d'emprisonnement (8). Sur le plan médical, la notion de « *démence* », correspondant à un état assimilé à l'inconscience et n'incluant pas la diversité des troubles mentaux susceptibles d'altérer le

discernement est remplacée par celle plus précise de « *troubles psychiques ou neuropsychiques ayant aboli [le] discernement ou le contrôle [des] actes.* » L'article 122-1 a connu quelques modifications, mais est toujours valide aujourd'hui (voir **Partie I.B.1**).

2. Histoire de la psychiatrie (fin XVIII^e – XX^e siècle)

Naissance de la clinique

La psychiatrie ne prend son nom et ne devient une « *médecine spéciale* » qu'au début du XIX^e siècle en France, à l'heure où naît un cadre juridique rigoureux (Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789, Code pénal de 1791, Code pénal de 1810). Ainsi, pour les pionniers de la psychiatrie Philippe Pinel et Jean-Etienne Esquirol, il s'agit essentiellement d'ouvrir un domaine nouveau d'expertise, en distinguant les infracteurs aliénés des autres. Les malades doivent être confiés à des médecins spécialistes, capables de les reconnaître et de les soigner (9).

Philippe Pinel (1745 – 1826 ; aliéniste français) est classiquement considéré comme le précurseur de la psychiatrie. En 1810, alors médecin-chef à l'hôpital de la Salpêtrière, il théorise le « *traitement moral* » dans son ouvrage majeur, le « *Traité médico-philosophique* » (10). Ce traitement humaniste est une sorte d'éducation morale inspirée de l'approche développée par Jean-Baptiste Pussin (1745 – 1811 ; surveillant de l'asile de Bicêtre, puis de la Salpêtrière, second de Philippe Pinel, précurseur de la fonction d'infirmier psychiatrique). Pour Pinel, le soignant doit accueillir chaleureusement le malade, compatir à ses maux, en usant si besoin, de son autorité. L'approche est à la fois humaine et ferme. L'« *aliéné* » n'est ni possédé, ni réduit à l'animalité : on peut lui faire entendre raison ou le faire renoncer à un débordement passionnel si on parvient à susciter chez lui une passion contraire plus forte. Le terme « *passion* » désigne ici, dans son sens classique, l'ensemble des pulsions qui peuvent entraver la capacité des hommes à réfléchir et à agir de manière raisonnée. Avant de rejoindre

Philippe Pinel à la Salpêtrière, Jean-Baptiste Pussin restreint l'usage des moyens de contention chez les patients, délivrant les aliénés de leurs chaînes. L'insensé devient sujet : les « *fous* » ne sont plus considérés comme absolument privés de raison. Enfin, Pinel et Pussin s'affranchissent de la tradition qui voudrait que l'aliénation soit une possession diabolique, ou un trouble des humeurs (9).

La récente codification des infractions sert de point de départ à la description d'une nouvelle entité nosographique par le principal élève et continuateur de Philippe Pinel, Jean-Etienne Esquirol (1772 – 1840 ; aliéniste français). Il s'agit de la « *monomanie* », trouble caractérisé par un délire limité à un seul objet ou à un petit nombre d'idées. D'après Esquirol, le trouble est invisible par l'entourage car « *hors de ce délire partiel, [les malades] sentent, raisonnent, agissent comme tout le monde* » (11). Il distingue dans le groupe des « *monomanies* » plusieurs sous-groupes, dont celui des « *monomanies instinctives* » dans lesquelles seule la volonté est atteinte et qui conduisent à des actions délictuelles ou criminelles. C'est dans ce cadre qu'Esquirol situe la « *monomanie-homicide* », trouble dont le seul symptôme est un crime involontaire (12). Ainsi, la responsabilité pénale se médicalise : la « *monomanie* » permet à l'expert d'affirmer l'irresponsabilité d'un malade au sens de l'article 64 du Code pénal de 1810, là où le profane ne verrait que le crime d'un coupable (9). La doctrine de la « *monomanie-homicide* », vivement critiquée par les magistrats de l'époque qui s'opposent à l'extension de l'irresponsabilité des criminels, décline progressivement. Toutefois, grâce à ce concept, la psychiatrie s'impose désormais définitivement dans les tribunaux (12).

Evolutions institutionnelles

L'histoire de la psychiatrie légale est indissociable de celle des institutions psychiatriques. Dès la publication du Code pénal de 1810, l'enjeu fondamental de la psychiatrie est de repérer les personnes souffrant de troubles mentaux parmi les criminels incarcérés, de les extraire de la prison pour les conduire dans des instituts spécialisés : les « *asiles d'aliénés* », puis les hôpitaux psychiatriques.

La loi n°7443 du 30 juin 1838 sur les « *aliénés* », ou « *loi Esquirol* », est la loi fondatrice de l'organisation des soins en psychiatrie. Promulguée sous le règne du roi Louis-Philippe (1773 – 1850), elle traite des institutions et de la prise en charge des malades mentaux, car « *dans aucun cas, les aliénés ne pourront être ni conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison* » (article 24). Son premier article ordonne à chaque département d'avoir un établissement spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, criminels ou non (13). La loi de 1838 prévoit l'internement forcé des malades, à la demande de la famille ou d'un tiers (« *placements volontaires* »), ou d'office sous la responsabilité de l'autorité administrative. On appelle ces derniers les « *placements d'office* » : « *hospitalisations d'office* » depuis la loi du 27 juin 1990 sur les soins sans consentement, puis « *soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat* » (SPDRE) depuis celle du 5 juillet 2011. Ces deux types de placements formalisent ainsi le rôle de « *défense sociale* » que doit remplir l'asile. Il s'agit pour les psychiatres de diagnostiquer, soigner, mais aussi de protéger la société face à la dangerosité potentielle du malade, quitte à le maintenir dans l'asile, faute de traitements efficaces. La loi de 1838 apparaît alors comme une loi d'équilibre entre asile et prison, projet de soins et préoccupations sécuritaires (8,9).

Dans les années 1920-1930, certains médecins remettent en question la philosophie asilaire. Une nouvelle vision de la psychiatrie émerge ; elle multiplie les possibilités de placements volontaires, sans contraintes légales. Le docteur Edouard Toulouse (1865 – 1947 ;

psychiatre et journaliste) fonde en 1921 la « *Ligue Française de Prophylaxie et d'Hygiène Mentale* », comité visant à améliorer le traitement des patients en favorisant les outils de prévention et de réinsertion sociale. Il ouvre en 1922 le premier service libre de psychiatrie à l'hôpital Sainte-Anne à Paris. D'autres médecins réfléchissent à l'installation de structures spécialisées pour les patients particulièrement agités et les « *aliénés criminels* », minoritaires mais dont on ne sait que faire (14). Ces interrogations sont liées au débat, encore vivement animé aujourd'hui, sur la dangerosité psychiatrique des personnes souffrant de troubles mentaux, sur les conditions de leur prise en charge, et sur les rôles respectifs de la Justice et de la Santé en cette matière.

Étapes de l'intervention psychiatrique en prison (15,16)

La mise en œuvre de structures de soins psychiatriques à l'intérieur des prisons a été un processus complexe. Chaque étape de l'intervention psychiatrique en prison doit être contextualisée, car les guerres, les contraintes de sécurité et les pénuries budgétaires ont fortement influencé leur développement au cours des XIX^e et XX^e siècle (14).

A partir du début du XIX^e siècle, le rôle du psychiatre intervenant en milieu carcéral se cantonne à celui d'expert, répondant à la demande du juge : il est chargé de repérer les « *aliénés* » et de les acheminer vers les « *asiles* ». Dans sa « *Note sur la fréquence de la folie chez les prisonniers* » de 1844 (17), Jules Baillarger (1809 – 1890 ; médecin aliéniste français) dénonce la présence de nombreux détenus présentant des troubles mentaux, malgré l'application de l'article 64 du Code pénal de 1810 et de la loi de 1838 (18). Selon lui, « *les cas d'aliénation dans les prisons sont quatre, cinq ou même six fois plus nombreux, toutes choses égales d'ailleurs, que dans la population libre* ». Pour expliquer ce phénomène, il évoque plusieurs hypothèses :

1) « *Il y a des aliénés dont la folie méconnue avant et après le jugement n'est constatée qu'à l'entrée dans le pénitencier, par suite de l'examen médical auquel le malade est alors soumis* » ;

2) « *Quelques crimes sont commis pendant la période d'incubation de la folie par des malades qui ne sont point encore complètement aliénés, mais qui le deviennent peu après le jugement* » ;

3) « *Il y a parmi les prisonniers un certain nombre d'individus doués d'une organisation spéciale qui constitue, presque à elle seule, un commencement de maladie et qui prédispose au plus haut degré à tous les dérangements de l'intelligence* » ;

4) « *Les prisonniers, soit avant, soit après le jugement, sont soumis à beaucoup de causes occasionnelles propres à provoquer l'alinéation mentale* » ;

5) « *Le régime disciplinaire peut devenir une cause de folie chez les détenus* » (17).

Sur la base de ces constatations, la Société Médico-Psychologique insiste en 1860 sur l'intérêt et la nécessité de proposer une prise en charge spécifique aux « *aliénés dangereux* » incarcérés. Ce mouvement conduit à l'ouverture du quartier des aliénés criminels à la maison centrale de Gaillon en 1876, première unité regroupant les détenus souffrant de troubles mentaux et nécessitant des soins psychiatriques (18).

Par ailleurs, la circulaire Chaumié de 1905 ayant introduit le concept de responsabilité limitée, certains malades mentaux, ceux « *sujets à des impulsions morbides momentanées* », restent punissables et sont potentiellement accessibles à une peine d'emprisonnement. Ainsi, on retrouve dans les prisons, à partir du XX^e siècle des « *demis-fous* », « *demi-responsables* », en plus des détenus malades déjà évoqués par Baillarger en 1844.

Refusant de se limiter à la mission d'expertise à laquelle se prête la majorité des psychiatres intervenant en milieu carcéral à l'époque, les docteurs Georges Raviart et Robert Vullien ouvrent en 1927 la première annexe psychiatrique en France à la prison de Loos-lès-Lille (14). Ce lieu est dédié aux expertises médico-légales d'une part et au traitement des psychopathes délinquants d'autre part. Pour Robert Vullien, il ne s'agit pas d'extraire ces

« *demi-fous* » des établissements pénitentiaires mais bien de faire entrer les soins psychiatriques en prison, le soin et la peine étant les composantes d'une même sanction (19).

Le décret du 31 mars 1936 permet ensuite la création de services psychiatriques dans trois prisons parisiennes : la Santé, la Petite Roquette et Fresnes. Malheureusement, la Seconde Guerre mondiale coupe court à toutes les autres tentatives de rapprochement entre les milieux médicaux et judiciaires. A la Libération, les institutions psychiatriques et carcérales sont confrontées aux mêmes problèmes : insalubrité, famine, pénurie. Prisonniers malades et patients hospitalisés sont délaissés, la grande majorité ne recevant aucun traitement. Devant ce terrible constat, les psychiatres d'une part et les acteurs du système pénitentiaire d'autre part remettent en cause leurs pratiques : l'heure est à la réforme (14).

C'est avec la dixième proposition de la réforme pénitentiaire de 1945, ou « *réforme Amor* » (voir **Partie I.A.3**), qu'est imaginée l'implantation de services médico-psychologiques dans les principales maisons d'arrêt. Même si cette promesse n'est tenue que bien des années plus tard, cette réforme conduit tout de même à la création du « *Centre d'observation spécialisé pour détenus psychopathes* » (« *Maison centrale sanitaire* » de Château-Thierry dans l'Aisne), et de quelques annexes psychiatriques (14).

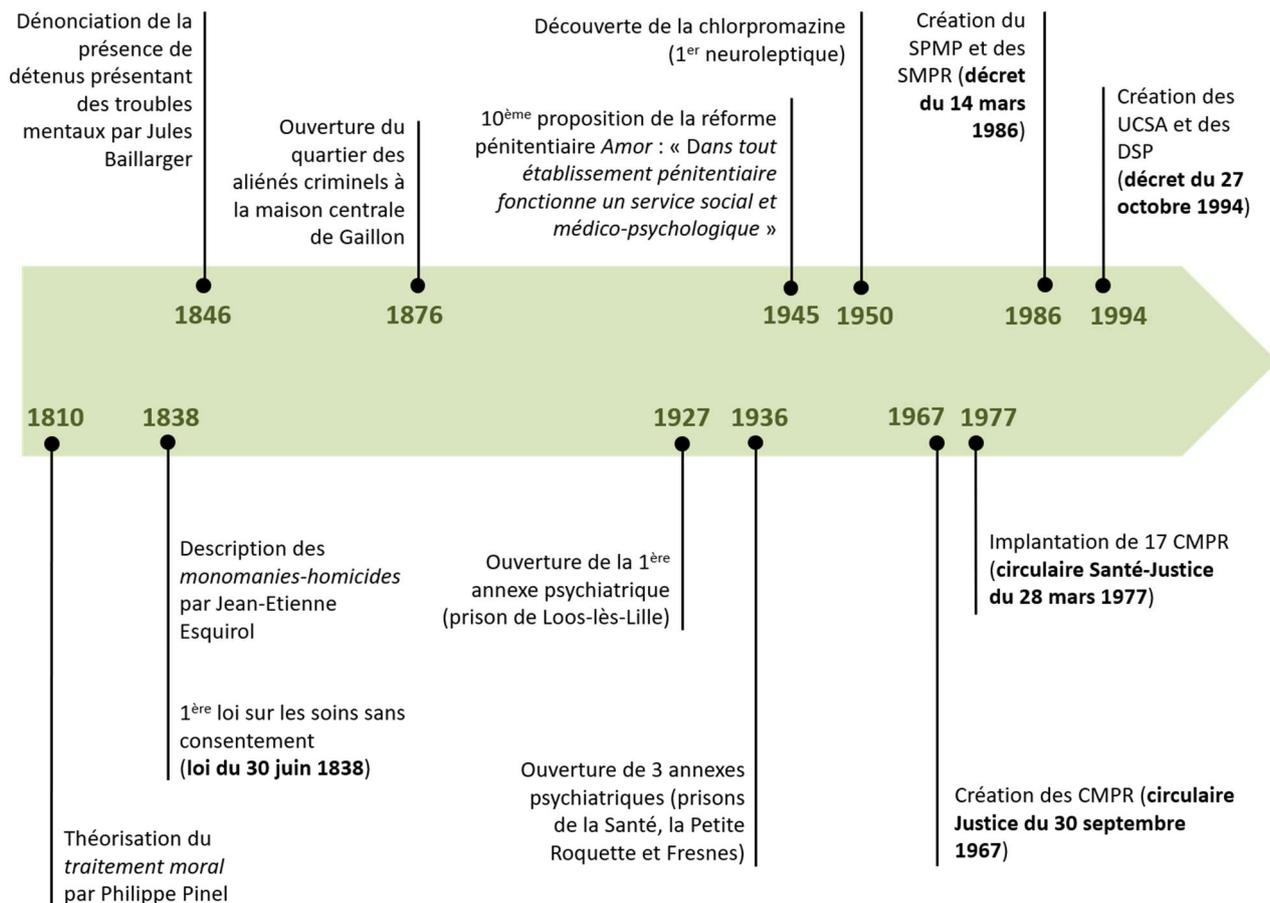
Un nouveau pas est franchi avec la découverte du premier neuroleptique dans les années 1950, la chlorpromazine, par Henri Laborit, puis sa première utilisation par Jean Delay et Pierre Deniker. Cette découverte permet aux psychiatres de se faire accepter à l'intérieur des prisons : les psychiatres sont dorénavant capables de « *calmer la détention* » (14).

Du début des années 1960 à la fin des années 1970, l'exercice de la psychiatrie en milieu pénitentiaire est valorisé et soutenu par des personnalités politiques (Simone Veil, Edouard Michelet) et des médecins (Georges Fully, Marie-Rose Mamelet, Marcel Colin). Avec l'aide du docteur Georges Fully (médecin, résistant, chef de la prison de la Santé et inspecteur général de l'administration pénitentiaire, assassiné en 1973), les annexes psychiatriques de Lyon et de la Santé font figure d'exemple. La prise en charge des détenus souffrant de

troubles mentaux y rejoint les préoccupations de l'administration pénitentiaire et les communications entre soignants et agents pénitentiaires s'y multiplient. Le statut du psychiatre expert, intervenant extérieur à l'institution, y est différencié de celui de psychiatre soignant à l'intérieur des prisons. La prison devient aussi un espace de formation et d'innovation pour une nouvelle génération de professionnels inspirés par leurs aînés ; par les docteurs Jacques Laurans et Jacques Mérot en particulier (14).

Ces expérimentations et réflexions autour de la question des soins psychiatriques en milieu carcéral donnent lieu en 1967 à la création des Centres Médico-Psychologiques Régionaux (CMPR), destinés à remplacer les annexes psychiatriques (circulaire Justice, Administration Pénitentiaire 6716 du 30 septembre 1967). Dans le contexte de la réforme pénitentiaire de 1975 (voir **Partie I.A.3**), la première circulaire interministérielle Santé-Justice du 28 mars 1977, présentée par Simone Veil (magistrate et ministre de la Santé), permet enfin la mise en œuvre de ce programme : 17 CMPR sont alors implantés sur le territoire français, soit un centre dans chaque région. Les équipes médicales et paramédicales des CMPR d'une part, et les équipes pénitentiaires d'autre part, sont désormais techniquement indépendantes : si les frais de fonctionnement de ces unités sont pris en charge par l'administration pénitentiaire, et si le personnel médical est toujours sous l'autorité du chef d'établissement pénitentiaire, les emplois des professionnels de santé des CMPR sont dorénavant à la charge du ministère de la Santé (14).

Les CMPR sont remplacés par les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR), encore d'actualité, par le décret du 14 mars 1986, en même temps que le Secteur de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (SPMP) voit le jour. La loi du 18 janvier 1994 donne lieu à la création des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA), chargées d'assurer les soins médicaux non-psychiatriques et à celle des Dispositifs de Soins Psychiatriques (DSP) dans les prisons non dotées de SMPR. Les soins psychiatriques en milieu pénitentiaire tels que nous les connaissons aujourd'hui sont désormais en place (voir **partie I.D**).



En guise de conclusion, la **Figure 1** reprend les dates clés de l'histoire de la psychiatrie et de son institution, ainsi que les principales étapes de l'intervention psychiatrique en prison, du début du XIX^e siècle jusqu'à la création des SMPR et des DSP, respectivement en 1986 et en 1994.

Figure 1. Frise chronologique retraçant l'histoire de la psychiatrie et de son institution en France, et rappelant les principales étapes de l'intervention psychiatrique en milieu carcéral, de la naissance de la psychiatrie au début du XIX^e siècle à la création des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) en 1986 et des Dispositifs de Soins Psychiatriques (DSP) en 1994.

CMPR : centre médico-psychologique régional
SPMP : secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire
SMPR : service médico-psychologique régional
UCSA : unité de consultation et de soins ambulatoires
DSP : dispositif de soins psychiatriques

3. Histoire des prisons (fin XVIII^e – XX^e siècle)

Naissance du droit pénal moderne

Sous l'influence des enseignements et principes tirés de l'ouvrage « *Des délits et des peines* » (1764) de Cesare Beccaria (1738 – 1794 ; juriste italien, fondateur du droit pénal moderne), la justice pénale s'organise. Un cadre rigoureux est établi : « *Nul homme ne peut être accusé, arrêté ni détenu que dans les cas déterminés par la loi, et selon les formes qu'elle a prescrites.* » (article 7 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789). Le ministère de la Justice est créé en 1790 ; le premier Code pénal de 1791, puis celui de 1810, permettent la codification des infractions (20). A cette même période, la loi du 10 Vendémiaire An IV (2 octobre 1795) permet la création de l'administration des prisons.

Une série de lois, d'ordonnances, d'arrêtés et de circulaires jalonnent le cours de l'histoire des prisons et des peines en France à partir de la fin du XVIII^e siècle, et c'est au cours du XX^e siècle que le système carcéral connaît ses plus profondes transformations.

La réforme Amor (1945)

Camps de concentration, prisons et autres lieux de détention sont en première ligne des atrocités commises par le régime nazi. Ainsi, au sortir de la seconde guerre mondiale, Paul Amor (1901 – 1984 ; magistrat français, premier directeur de l'Administration

pénitentiaire) préconise une réforme pénale institutionnelle, sanitaire et sociale, formulée en 14 points. La réforme pénitentiaire de 1945, ou « *réforme Amor* », est basée sur le principe suivant : « *La peine privative de liberté a pour but essentiel l'amendement ou le reclassement social du condamné* » (1^{ère} proposition). Elle propose en outre que « *dans tout établissement pénitentiaire fonctionne un service social et médico-psychologique* » (10^{ème} proposition) (20,21). Les personnels pénitentiaires partagent alors la prison avec un certain nombre d'intervenants extérieurs : assistantes sociales, éducateurs, psychiatres, psychologues, enseignants, etc. (22).

La réforme Jean Lecanuet (1975)

Dans les années 1970, des débats émergent autour de la question pénitentiaire, qui devient un problème de société.

L'insalubrité des établissements pénitentiaires et les mauvaises conditions de détention sont à l'origine d'une prise de conscience collective, initiée par les mouvements politiques de gauche et soutenue par de nombreux intellectuels, au premier rang desquels figurent Michel Foucault (1926 – 1984 ; philosophe français), Jean-Paul Sartre (1905 – 1980 ; écrivain et philosophe français), Jean Genet (1910 – 1986 ; écrivain, poète et auteur dramatique français) ou encore Maurice Clavel (1920 – 1979 ; écrivain, journaliste et philosophe français). Le Comité d'Action des Prisonniers (CAP) est créé en 1972 : constituée d'un groupe de détenus et d'ex-détenus et prolongeant l'action du Groupe d'Information sur les Prisons (GIP), cette association milite en particulier pour le droit d'association pour les détenus, la suppression du casier judiciaire, l'abandon du costume pénal, les parloirs sans séparation, etc. Les détenus se mobilisent : plusieurs incidents éclatent dans de nombreux établissements pénitentiaires jusqu'à l'été 1974, période durant laquelle de violentes mutineries affectent plus de 120 prisons en France. Pour apaiser les tensions, face à la révolte des détenus et à la mobilisation des associations, est créé un secrétariat d'Etat à la condition pénitentiaire. Il est confié à Hélène Dorlhac (1935 –), médecin, femme politique française. En

parallèle, une réforme, la « *réforme pénitentiaire de 1975* », est mise en œuvre par Jean Lecanuet (1920 – 1993), homme politique français alors garde des Sceaux. Cette réforme a pour objectif de développer la libération conditionnelle et le sursis avec mise à l'épreuve, de créer des centres de détention orientés vers la réinsertion, mais aussi d'humaniser les prisons en ouvrant des premiers droits aux personnes détenues. Enfin, la loi du 11 juillet 1975 relative aux substituts aux peines d'emprisonnement en matière délictuelle marquera le début des suivis en milieu ouvert.

La **Figure 2** retrace au travers de ses dates clés l'évolution de l'administration pénitentiaire en France, de la fin du XVIII^e siècle à 1981, date de l'abolition de la peine de mort (23).

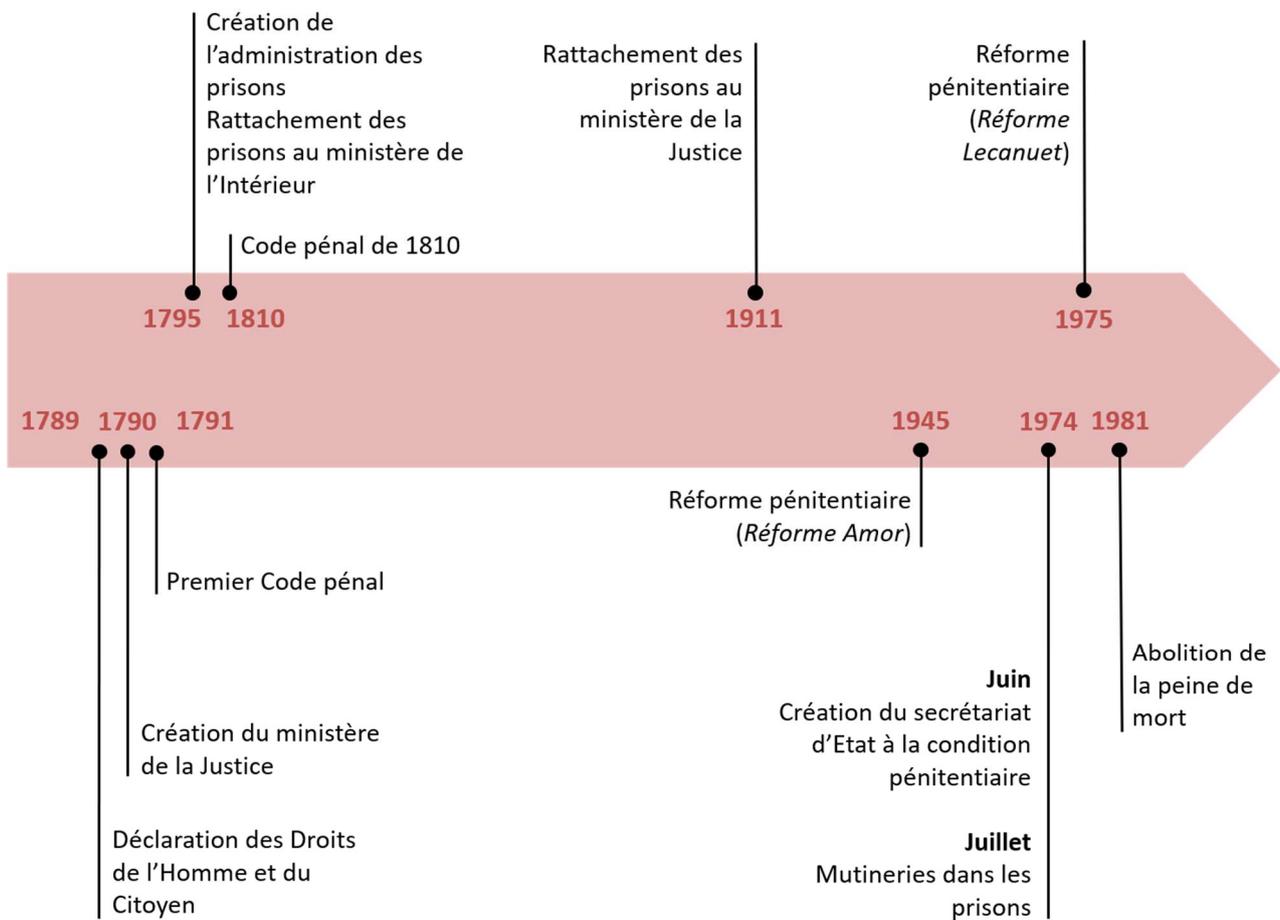


Figure 2. Frise chronologique retraçant l'histoire des prisons françaises, de 1789 à 1981.

B. Organisation actuelle de la justice et du système pénitentiaire en France

1. Parcours judiciaire de l'auteur d'infraction grave

Quelques notions de droit pénal

Le droit pénal français classe les infractions en trois grandes catégories, selon leur gravité :

- Les contraventions (peine encourue : amende) ;
- Les délits (peine encourue : emprisonnement de moins de 10 ans) ;
- Les crimes (peine encourue : réclusion criminelle, c'est-à-dire emprisonnement de plus de 10 ans).

Ainsi, seuls les délits et les crimes sont punissables d'une peine d'emprisonnement.

D'une façon générale, et conformément aux principes du droit pénal français, trois éléments doivent être présents pour constituer une infraction :

- L'élément matériel ;
- L'élément légal ;
- L'élément moral.

Pour qu'une personne soit punie d'une peine d'emprisonnement, il faut qu'elle ait commis un crime ou un délit (élément matériel), et qu'il existe une peine prévue par la loi (élément légal). Il faut également que l'action soit intentionnelle (élément moral).

Une fois l'infraction constituée, se pose la question de la responsabilité pénale : la personne était-elle atteinte, « *au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes* » (article 122-1 du Code pénal) ?

Ensuite, vient la question de la culpabilité (si la personne a commis une infraction et qu'elle est responsable pénalement, alors elle est coupable), puis celle de la peine.

La procédure pénale est constituée de plusieurs phases :

- La phase précédant le procès (l'enquête, appelée l' « *instruction* ») ;
- La phase du procès ;
- La phase de l'exécution de la peine (par exemple : période d'incarcération).

L'expertise psychiatrique pénale

C'est au stade de *l'instruction* que le juge peut prescrire « *un examen médical, un examen psychologique ou ordonner toutes mesures utiles* » (article 81 du Code de procédure pénale). L'expertise médicale n'est obligatoire que pour les infractions les plus graves (article 706-47-1 du Code de procédure pénale), mais en pratique, elle est systématique en matière criminelle.

On demande d'abord à l'expert psychiatre de répondre à la question de l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ayant *aboli* le discernement ou le contrôle des actes (article 122-1, alinéa 1). S'il écarte une telle possibilité, il doit se prononcer sur l'existence de troubles ayant *altéré* le discernement ou *entravé* le contrôle des actes (article 122-1, alinéa 2). Les dernières questions auxquelles l'expert doit répondre abordent le délicat problème de la dangerosité de la personne mise en cause (8).

Selon un certain nombre d'experts psychiatres, il existe actuellement une tendance à « *responsabiliser* » les personnes présentant des troubles psychiques graves. Le nombre d'affaires clôturées à l'instruction par des non-lieux pour raisons psychiatriques ne cesse de diminuer : 0,51% en 1990 ; 0,37% en 1995 ; 0,17% en 1997 (24). Cette question fait l'objet d'une médiatisation croissante depuis la fin des années 1990 : le rapport Pradier a ouvert le débat sur la condition et sur le nombre de personnes malades dans les prisons françaises, jugé trop important (25). Depuis, ce constat est repris par divers rapports gouvernementaux, et régulièrement pointé du doigt par des organismes internationaux (26,27).

Evolutions de l'article 122-1 du Code pénal

Rappelons que les conditions dans lesquelles peut être reconnue l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental sont définies par l'article 122-1 du Code pénal. L'alinéa 1 énonce : « *N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes* » et l'alinéa 2 reprend le concept de responsabilité atténuée : « *La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable : toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime* ».

Depuis l'entrée en vigueur du Code pénal en 1994, des modifications ont été apportées à l'article 122-1.

Jusqu'alors, lorsque les expertises psychiatriques concluaient à l'irresponsabilité pénale de l'auteur des faits, le juge d'instruction (magistrat chargé d'instruire les enquêtes judiciaires) rendait une « *ordonnance de non-lieu pour cause d'irresponsabilité pénale* » et aucune audience n'avait lieu. La loi n°2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale a profondément réformé les modalités de constatation et de déclaration de l'irresponsabilité pénale :

- Une fois l'enquête terminée, quand le juge d'instruction estime qu'il y a des raisons plausibles d'appliquer le premier alinéa de l'article 122-1 du Code pénal, il peut :
 - o Rendre une « *ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental* », ce qui met fin à la détention provisoire ou au contrôle judiciaire (article 706-121 du Code de procédure pénale) ;
 - o Saisir la chambre de l'instruction (chambre spéciale contrôlant les décisions du juge d'instruction et la validité des actes d'instruction) d'office, à la demande du procureur de la République, ou à la demande des parties (article 706-120 du Code de procédure pénale).

- Lorsque la chambre de l'instruction est saisie, la juridiction peut désormais procéder à une audience publique avec comparution personnelle de la personne mise en examen (article. 706-122 du Code de procédure pénale) ;
- Si la juridiction rend un « *arrêt de déclaration d'irresponsabilité pour cause de trouble mental* », la personne n'est pas condamnée à une peine au sens strict, mais encourt de nouvelles formes de pénalité, les « *mesures de sûreté* » (article 706-125 du Code de procédure pénale) ;
- Au titre de ces « *mesures de sûreté* », le juge a désormais le pouvoir d'ordonner lui-même une hospitalisation en milieu psychiatrique (après une expertise), alors que cette mesure était jusqu'ici réalisée sur décision préfectorale.

Ainsi, la tendance est à la judiciarisation des hospitalisations pour motifs médico-légaux et à la pénalisation croissante des malades : même déclarés irresponsables, ils ne sont pas pour autant hors du champ de la justice pénale (6).

Puis, la loi n°2914-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions a également modifié l'article 122-1. Elle a réécrit son alinéa 2 en introduisant le principe d'atténuation de la peine prononcée : la peine maximale est désormais réduite d'un tiers en matière correctionnelle (c'est-à-dire, dans le cas d'un délit) et ramenée à trente années en cas de crime puni de la réclusion criminelle (6).

La **Figure 3** présente le parcours simplifié de l'auteur d'infraction grave déclaré entièrement responsable de ses actes, dont le discernement a été jugé altéré (alinéa 2 de l'article 122-1 du Code pénal), et dont le discernement a été jugé aboli (alinéa 1 de l'article 122-1 du Code pénal).

Une fois déclarée irresponsable, la personne est prise en charge par les services du secteur de psychiatrie générale : hôpitaux psychiatriques, services de consultations (CMP).

Si les troubles mentaux qu'elle a présentés au moment de l'infraction sont de nature à avoir altéré son discernement, la personne peut être condamnée à une peine d'emprisonnement. Dans ce cas, les soins psychiatriques nécessaires seront dispensés par les services de psychiatrie en milieu pénitentiaire : hôpitaux psychiatriques (UHSA), services de consultations (USMP, SMPR).

Dans certains cas, si une hospitalisation en urgence dans une UHSA n'est pas possible, la personne détenue qui présente des troubles mentaux peut être hospitalisée dans un hôpital du secteur de psychiatrie générale, conformément à l'article D398 du Code de procédure pénale.

Si la personne souffrant de troubles psychiatriques présente une particulière dangerosité pour autrui, elle peut être hospitalisée dans l'une des dix UMD installées sur le territoire français. Ces structures sont « hybrides » : elles accueillent autant des patients sans antécédents judiciaires, que des patients détenus.

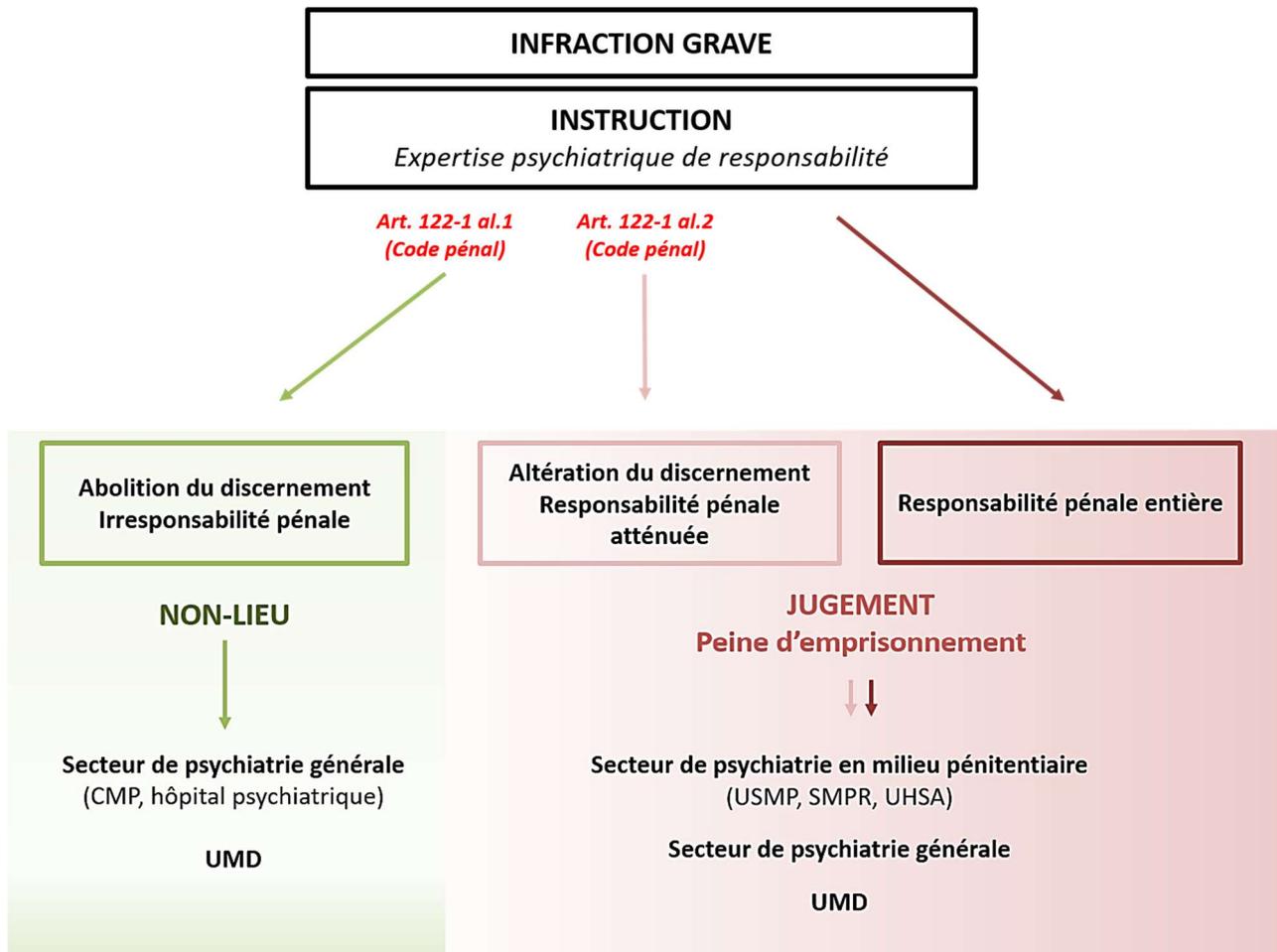


Figure 3. Prononcé de l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : parcours résumé de l'auteur d'infraction grave (hors des dispositions introduites par la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration pénale).

CMP : centre médico-psychologique

UHSA : unité d'hospitalisation spécialement aménagée

UMD : unité pour malades difficiles

USMP : unité sanitaire en milieu pénitentiaire

SMPR : service médico-psychologique régional

2. Les structures pénitentiaires

L'administration pénitentiaire est une direction du ministère de la Justice, placée sous l'autorité du garde des Sceaux depuis 1911 (voir **Partie I.A.3**). Elle est en particulier composée d'une administration centrale, la direction de l'administration pénitentiaire (DAP), de sous-directions et de services déconcentrés : les directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP), les établissements pénitentiaires et les services d'insertion et de probation (SPIP) (23).

Les directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP)

Il existe neuf DISP, correspondant à neuf régions pénitentiaires, et une mission des départements et territoires d'outre-mer (voir **Figure 4**). Celles-ci coordonnent l'activité des établissements pénitentiaires et des SPIP placés sous leur autorité (23).

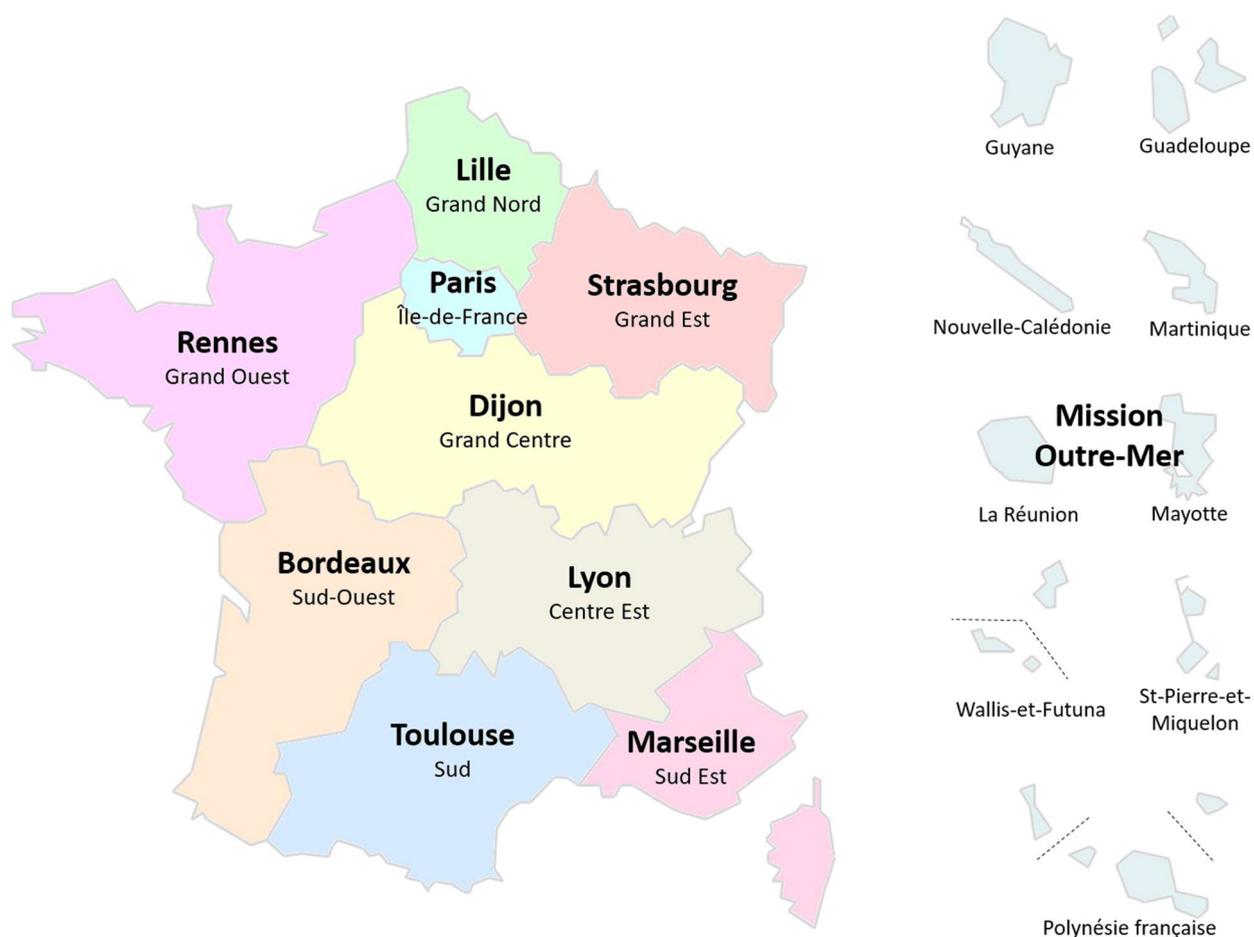


Figure 4. Répartition des neuf régions pénitentiaires, chacune dépendant d'une direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP), et de la mission outre-mer.

Les établissements pénitentiaires

Les établissements pénitentiaires sont classés en deux grandes catégories : les maisons d'arrêt et les établissements pour peines.

Les maisons d'arrêt (MA) reçoivent en théorie des personnes placées en détention provisoire en attente de leur jugement (« *prévenues* » dans le cadre d'une procédure délictuelle, et « *accusées* » dans le cadre d'une procédure criminelle) ou condamnées à de

courtes peines (inférieures à deux ans en moyenne) (23). Il s'agit du type d'établissement qui souffre le plus de la surpopulation carcérale en France, le taux d'occupation moyen étant de 143% au 1^{er} juillet 2018 (28).

Il existe plusieurs types d'établissements pour peines, en fonction du type de population pénale accueillie. On distingue les centres de détention (CD), les maisons centrales (MC), les centres de semi-liberté (CSL), les centres pour peines aménagées (CPA) et les établissements pour mineur(e)s (EPM) (article D70 du Code de procédure pénale).

Les CD reçoivent des personnes détenues condamnées à une peine supérieure à deux ans. Le régime de détention qui y est appliqué est théoriquement orienté vers la resocialisation des personnes détenues. Les MC sont plutôt à vocation sécuritaire, elles accueillant des individus condamnés à de longues peines et/ou identifiés comme dangereux (29).

Les CSL et les CPA sont des établissements pénitentiaires « *semi-ouverts* », recevant des personnes admises au régime du placement extérieur ou de la semi-liberté (mesures d'aménagement de peine sous écrou), ou des individus investis dans un projet de réinsertion dont le reliquat de peine est inférieur à un an pour les CPA (29) (voir **Tableau 1** à propos des modalités d'exécution des peines).

Enfin, les EPM sont réservés aux mineur(e)s de 13 à 18 ans. Ces derniers peuvent également être accueillis au sein des établissements pénitentiaires disposant de « *quartiers mineur(e)s* ».

Les centres pénitentiaires (CP) sont des établissements mixtes qui regroupent des quartiers pouvant appartenir aux différentes catégories d'établissements pénitentiaires et dénommés ainsi : « *quartier maison d'arrêt* » (qMA), « *quartier centre de détention* » (qCD), « *quartier maison centrale* » (qMC), « *quartier de semi-liberté* », « *quartier pour peines aménagées* » (article D70 du Code de procédure pénale).

Les femmes sont obligatoirement détenues dans un établissement ou un quartier d'établissement distinct de celui des hommes.

Par souci de simplicité, et puisque notre intérêt se porte spécifiquement sur les soins psychiatriques dans les prisons « *fermées* » à destination des personnes adultes, le terme « *établissements pénitentiaires* » désignera dans la suite de l'exposé les établissements suivants : maisons d'arrêt, centres de détention, maisons centrales et centres pénitentiaires (centres de semi-liberté, centres pour peines aménagées et établissements pour mineur(e)s / quartiers mineur(e)s exclus) ; et les termes « *population carcérale* » et « *population pénale* » se rapporteront aux hommes et femmes adultes écroués et détenus jour et nuit (voir **Tableau 1**).

Au 1^{er} juillet 2018, on dénombre sur le territoire français 171 établissements pénitentiaires (en excluant les CSL, les CPA et les EPM) (28,30) :

- 83 MA ;
- 25 CD ;
- 6 MC (Arles, Clairvaux, Ensisheim, Poissy, St-Martin-de-Ré, Saint Maur) ;
- 57 CP, disposant de qMA et/ou de qCD et/ou de qMC ;
- Et 59 000 places opérationnelles (c'est-à-dire, calculées en fonction de la superficie du plancher tel que défini par la circulaire du 3 mars 1988 et effectivement disponibles).

Les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP)

On compte 103 services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) en France. Ces derniers assurent le suivi et le contrôle des personnes placées sous main de justice qui leur sont confiés par les autorités judiciaires : en milieu fermé (c'est-à-dire, auprès des personnes détenues dans les établissements pénitentiaires : MA, CD, MC, CP, CSL, CPA, EPM), ou en milieu ouvert (voir **Tableau 1**). En outre, les conseillers pénitentiaires d'insertion

et de probation (CPIP) participent à la lutte contre la désocialisation des détenus, les préparent à leur réinsertion, favorisent le maintien des liens familiaux.

Personnes écrouées		Personnes non écrouées	
Détenues		Non détenues	
Jour et nuit	Nuit uniquement		
<i>Avant le jugement</i>	<i>Après l'incarcération</i>	<i>Après le jugement ou après l'incarcération</i>	<i>Avant le jugement</i>
Détention provisoire	Placement extérieur (CSL, CPA)	Placement extérieur	Contrôle judiciaire
<i>Après le jugement</i>	Semi-liberté (CSL)	Placement sous surveillance électronique (bracelet)	Assignation à résidence (ARSE)
Détention (MA, CD, MC, CP, EPM)			<i>Après le jugement</i>
			Sursis avec mise à l'épreuve
			Travaux d'intérêt général
			Ajournement avec mise à l'épreuve
			<i>Après l'incarcération</i>
			Libération conditionnelle
Milieu fermé		Milieu ouvert	

Tableau 1. Les grandes catégories d'exécution de la peine pour les personnes placées sous main de justice, condamnées ou en attente de jugement, d'après (22).

La procédure pénale est constituée de plusieurs phases : la phase précédant le procès (« *avant le jugement* »), la phase du procès, et la phase de l'exécution de la peine (« *après le jugement* », ou plus précisément « *après l'incarcération* » dans le cas d'une mesure d'aménagement de peine d'emprisonnement).

On appelle une personne « *sous écrou* » ou « *écrouée* » une personne placée sous la responsabilité d'un établissement pénitentiaire : à l'intérieur (colonnes 2 et 3) ou à l'extérieur de celui-ci (colonne 4).

Les personnes non écrouées et non détenues sont soumises à un contrôle par les services pénitentiaires d'insertion et de probation.

MA : maison d'arrêt

CD : centre de détention

MC : maison centrale

CP : centre pénitentiaire

EPM : établissement pour mineur(e)s

CSL : centre de semi-liberté

CPA : centre pour peines aménagées

ARSE : assignation à résidence sous surveillance électronique

3. La population carcérale

Les chiffres

Actuellement, 11 millions de personnes sont incarcérées à travers le monde. En France, au 1^{er} juillet 2018, on compte **70 000** détenu(e)s, soit deux fois plus qu'en 1980 (31). Cette augmentation peut s'expliquer par l'accroissement du nombre d'entrées en détention, mais aussi par l'allongement de la durée moyenne des peines (23). Parmi ces détenus, 70% sont condamnés (c'est-à-dire, jugés et condamnés à une peine d'emprisonnement) et 30% sont en détention provisoire, en attente de jugement. Essentiellement masculine (on dénombre 4% de femmes en détention au 1^{er} juin 2018), la population carcérale est jeune (28). Il est toutefois observé un phénomène de vieillissement en milieu pénitentiaire depuis une trentaine d'années, l'âge moyen étant passé de 30,1 à 34,4 ans entre 1980 et 2013 (32).

La capacité opérationnelle des établissements pénitentiaires au 1^{er} juin 2018 étant de 59 000, la densité carcérale est de 120%. Cette surpopulation est plus marquée dans les MA où elle s'élève à 143%, rendant les conditions d'incarcération particulièrement difficiles. L'encellulement individuel, ou emprisonnement individuel, principe pourtant posé en 1875, n'a jamais été respecté pour ces raisons de surencombrement : on compte 1700 matelas au sol au 1^{er} juin 2018 (28).

La vie en prison

A l'arrivée en prison, le greffe judiciaire (service de gestion de la situation pénale et administrative des personnes détenues, contrôlant tous les mouvements d'entrée et de sortie) procède à la mise sous écrou : attribution d'un numéro à la personne détenue (le numéro d'écrou), enregistrement du titre de détention (acte judiciaire officialisant l'incarcération), vérification de son identité et établissement de sa fiche pénale (23).

L' « *entrant* », ou l' « *arrivant* », passe ensuite au vestiaire où il est soumis à une fouille. La plupart des objets appartenant à la personne lui sont retirés pour être conservés par l'administration pénitentiaire (33). La personne est ensuite placée temporairement dans une cellule d'attente (du « *quartier arrivant* » quand la maison d'arrêt en dispose) avant d'être affectée dans une cellule ordinaire qu'elle conservera, sauf circonstances particulières, pendant toute la durée de sa peine.

« *Dans les délais les plus brefs, la personne détenue bénéficie d'un examen médical* » (article D285 du Code de procédure pénale) afin de dépister toute maladie contagieuse ou évolutive qui nécessiterait des mesures d'isolement ou des soins urgents (33). Enfin, « *à l'issue de cette période d'observation, qui ne peut excéder trois semaines, les informations relatives à la personnalité, à l'état de santé et à la dangerosité de la personne détenue sont consignées par écrit.* » (article D285 du Code de procédure pénale).

Les journées en prison sont rythmées par les temps de repas, distribués dans les cellules, les promenades, et par des activités telles que l'enseignement, la formation professionnelle, le travail ou le sport (23). Précisons que la situation du travail en prison est vivement critiquée, en partie parce que les grands principes du droit du travail n'y sont pas respectés et que peu de détenu(e)s y ont accès (en 2016, seules 28,2% des personnes détenues travaillaient). Et pourtant, les places sont prisées : d'un part parce que le travail est l'une des seules sources de revenus pour les personnes détenues, d'autre part parce qu'il leur permet, plus que tout autre activité, de sortir de leur cellule (34). Il en est de même pour les places de formation : beaucoup de personnes incarcérées postulent, très peu sont admises.

Les détenus peuvent acheter par le dispositif de la « *cantine* » des produits courants (produits de toilettes, nourriture, papiers à lettre, etc.). Aucun argent ne doit circuler en détention : le service comptable de l'établissement ouvre un compte pour chaque personne détenue et les paiements s'effectuent par débit de celui-ci. Ce compte peut être approvisionné par les proches de la personne incarcérée : via un système de « *mandat justice* », présent dans les salles d'attente des parloirs, ou via un virement bancaire (23).

Les conditions d'incarcération

Malgré des opérations menées pour maintenir les liens familiaux des personnes détenues (amélioration des parloirs, accueil et hébergement des enfants de moins de 18 mois auprès de leur mère incarcérée, création des unités de vie familiale), le maintien des liens sociaux est parfois très limité. En outre, les effectifs réduits de personnel pénitentiaire ne permettent pas aux surveillants d'assurer leur rôle de soutien aux détenus. Ils limitent également les possibilités de mouvements de personnes détenues et leur accès à des activités. La Section Française de l'Observatoire International des Prisons (OIP-SF) a demandé, s'agissant de plusieurs établissements pénitentiaires français, la mise en place de mesures visant à améliorer les conditions de détention jugées contraires aux exigences de la dignité humaine (surpopulation, insuffisance d'activités, de travail ou de formation en détention, conditions matérielles d'incarcération précaires). A ce propos, 37 établissements ont à ce jour été considérés comme exposant les personnes détenues à des traitements inhumains ou dégradants par la justice française et/ou par la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) (35).

L'amélioration des conditions d'incarcération constitue un enjeu important pour éviter l'aggravation de pathologies psychiatriques préexistantes, prévenir le suicide en prison, faciliter l'accès aux soins, pour une population dont les besoins en matière de santé mentale sont considérables (36).

C. Santé mentale des personnes détenues

1. Prévalence des troubles psychiatriques en détention

Qu'il s'agisse de maladies psychiatriques préexistantes à l'incarcération, de pathologies dont la décompensation est favorisée par le stress de la détention chez des individus ayant un terrain vulnérable, ou bien de troubles réactionnels générés par le milieu carcéral, les troubles mentaux sont fréquents en milieu pénitentiaire (36,37).

Les études visant à mesurer la prévalence des troubles psychiatriques en prison sont particulièrement difficiles à mener, notamment du fait d'un accès limité aux données cliniques et socio-démographiques des personnes incarcérées. Cependant, les résultats apportés par les études disponibles sont unanimes : les personnes souffrant de troubles mentaux sont surreprésentées en prison par rapport à la population générale. D'après les méta-analyses, désormais célèbres, de Fazel et collaborateurs, les détenus présenteraient effectivement quatre à dix fois plus de troubles mentaux que la population générale (38,39). Plus précisément, la prévalence des pathologies psychotiques et des épisodes dépressifs caractérisés serait deux à quatre fois supérieures à celle observée dans la population générale. En France, un détenu sur deux bénéficierait d'un traitement psychotrope (36), et 36% des prisonniers masculins souffriraient d'au moins une maladie psychiatrique (40).

Les résultats des principales études épidémiologiques relatives à la santé mentale en milieu carcéral sont résumés dans le **Tableau 2**.

Les addictions sont également surreprésentées : une méta-analyse réalisée par l'équipe de Fazel, portant sur 24 études publiées entre 1966 et 2015 dans 10 pays différents, montre que la prévalence estimée de troubles liés à l'usage d'alcool en détention est de 24% (41). La consommation de drogues (toutes les drogues à l'exclusion de l'alcool et du tabac :

cannabis, opioïdes, cocaïne, amphétamines, hallucinogènes, inhalants, autres stimulants et tranquillisants) serait estimée à 30% chez les hommes, 51% chez les femmes incarcérés (41).

En France, selon une étude nationale de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) réalisée en 2003 sur 80 621 « *arrivants* » dans 134 établissements pénitentiaires (42) :

- Les consommations de substances psychoactives, cumulées chez 25% des « *arrivants* », sont nettement plus répandues chez les personnes détenues que dans l'ensemble de la population générale (consommation importante de tabac, consommation excessive régulière ou discontinue d'alcool, utilisation prolongée et régulière de drogues illicites – principalement cannabis, cocaïne, héroïne – dans les douze mois précédant l'incarcération) ;
- Chez les femmes, les prévalences de consommation de substances psychoactives sont plus proches de celles des hommes que dans l'ensemble de la population.

	<i>Fazel & Danesh, 2002 (39)</i>	<i>Falissard et al., 2006 (40)</i>	<i>Fazel et al., 2012 (38)</i>
Nombre de détenus interrogés	22 790	800	33 588
Troubles psychotiques	4%	17%	3,7%
<i>Dont schizophrénie</i>	-	6,2%	-
Trouble bipolaire	-	3,1%	-
Episode dépressif majeur	10%	24%	11,4%
Addiction	-	19,1%	-
Troubles anxieux	-	29,4%	-

Tableau 2. Principales études épidémiologiques relatives à la santé mentale en milieu carcéral (38–40), tiré de Fovet et al., 2004 (36).

2. Suicide en détention

Les comportements suicidaires sont largement plus fréquents en population carcérale qu'en population générale (43–45) et le suicide constitue l'une des premières causes de décès en prison malgré un accès en apparence « *limité* » aux moyens létaux.

Dans cette partie, nous reprendrons les éléments clés de la mise au point proposée par l'article « *Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention* », publié en 2018 dans La Presse Médicale, sur l'épidémiologie du suicide en population carcérale (46).

Taux de mortalité par suicide en population carcérale

Les résultats des principales études descriptives évaluant le taux de décès par suicide en milieu carcéral sont résumés dans le **Tableau 3**. Le constat d'une surmortalité par suicide en prison ne fait aucun doute puisque le taux de mortalité par suicide est au minimum multiplié par un facteur 3,5 par rapport à la population générale.

En France, le taux de suicide en population carcérale est 7 fois supérieur à celui observé en population générale. La mortalité par suicide des détenus a nettement progressé au cours des dernières décennies : le taux de suicide est ainsi passé de 2 pour 10 000 détenus en 1950 à 18,5 pour 10 000 pour la période 2005-2010 (47).

Il est important de souligner que le taux de suicide dans la période suivant l'incarcération est majeur. Au cours de la période post-libération immédiate (dans les deux semaines suivant la libération), il est multiplié par 4 par rapport à celui observé en détention (48). S'ajoute à cette augmentation du risque suicidaire un nombre important de décès par overdose, cause la plus fréquente de décès à cette période (48). Ce constat montre à quel point la continuité des soins est essentielle dans la prise en charge des patients détenus, en particulier pendant la phase post-libération immédiate souvent caractérisée par une confrontation à des difficultés sociales, financières et professionnelles.

	Période d'étude	Pays	Taux de suicide / 100 000 détenu(e)s <i>H : Hommes</i> <i>F : Femmes</i>	Surmortalité par suicide en prison par rapport à la population générale*
<i>Fruehwald et al., 2000</i>	1975 – 1997	Autriche	130,8 (H) 102 (F)	3,5 7
<i>Wobeser et al., 2002</i>	1990 – 1999	Canada	85,45 (H)	7
<i>Fazel et al., 2005</i>	1978 – 2003	Angleterre & Pays de Galle	75 (H)	5
<i>Fazel & Benning, 2009</i>	1978 – 2004	Angleterre & Pays de Galle	83 (F)	21
<i>Duthé et al., 2013</i> <i>Duthé et al., 2014</i>	2006 – 2009	France	179 (H)	6,7
<i>Austin et al., 2014</i>	1996 – 2010	Australie	106,3 (H & F)	8

Tableau 3. Résultats des principales études ayant évalué le taux de décès par suicide en détention (45,47,49–53), tiré de (46).

*Exemple de lecture : une surmortalité par suicide égale à 7 signifie que le taux de suicide en prison est 7 fois supérieur à celui observé dans la population générale.

Facteurs de risque de suicide en milieu carcéral

Les quelques études actuellement disponibles dans la littérature internationale montrent que le suicide en milieu carcéral est le résultat d'une interaction complexe entre plusieurs types de facteurs : les facteurs individuels (démographiques, psycho-sociaux, cliniques), les facteurs environnementaux, en lien avec la détention, et les facteurs criminologiques et judiciaires, se rapportant à la situation pénale de la personne (statut pénal, motif d'incarcération, durée de la peine, antécédents judiciaires) (54–56).

Le **Tableau 4** présente les facteurs de risque identifiés comme étant les plus fortement associés au suicide en détention, d'après une méta-analyse menée en 2008 par Fazel et collaborateurs à partir de 34 études publiées dans 12 pays différents (54). Les résultats obtenus montrent un excès de risque statistiquement significatif et une force d'association particulièrement élevée pour les facteurs suivants : l'isolement physique en détention (c'est-à-dire, le fait d'être seul(e) en cellule, ou d'être placé dans une cellule disciplinaire), les antécédents de tentatives de suicide et les autres antécédents psychiatriques.

FACTEURS DE RISQUE	FORCE D'ASSOCIATION Odds Ratio (IC 95%)*
<i>Facteurs individuels</i>	
<i>Antécédents de tentatives de suicide</i>	8,4 (6,2 – 11,4)
<i>Antécédents psychiatriques</i>	5,9 (2,3 – 15,4)
<i>Prise de traitements psychotropes</i>	4,2 (2,9 – 6,0)
<i>Trouble lié à l'usage d'alcool</i>	3,0 (1,9 – 4,6)
<i>Sexe masculin</i>	1,9 (1,4 – 2,5)
<i>Origine caucasienne</i>	1,9 (1,7 – 2,2)
<i>Statut « marié »</i>	1,5 (1,3 – 1,7)
<i>Facteur environnemental</i>	
<i>Isolement physique</i>	9,1 (6,1 – 13,5)
<i>Facteurs judiciaires et criminologiques</i>	
<i>Détention provisoire</i>	4,1 (3,5 – 4,8)
<i>Réclusion à perpétuité</i>	3,9 (1,1 – 13,3)
<i>Incarcération pour homicide</i>	3,6 (1,6 – 8,3)

Tableau 4. Facteurs de risque de suicide en milieu carcéral, d'après la méta-analyse de Fazel et collaborateurs (54), tiré de (46).

Les facteurs de risque sélectionnés sont classés par type (individuels, environnementaux, judiciaires et criminologiques) et par ordre décroissant, en fonction de la force avec laquelle ils sont associés au suicide en détention.

*IC 95% : *intervalle de confiance à 95%*

D. Organisation actuelle des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire en France

La prescription d'une prise en charge psychiatrique concerne environ 10% des « arrivant(e)s » (un homme sur onze et une femme sur sept), 20% en y ajoutant les consultations d'alcoologie et de toxicomanie (42). Cette demande de soins considérable, en lien avec la forte prévalence des troubles psychiatriques parmi les personnes détenues, impose la mise en place de dispositifs de soins en milieu carcéral, efficaces et accessibles.

1. Fondements législatifs

Les lois de 1985 et de 1994 ont constitué une avancée considérable dans la prise en charge médicale des personnes détenues.

En 1985, la loi n°85-1468 du 31 décembre relative à la sectorisation psychiatrique précise que « *chaque établissement assurant le service public hospitalier et participant à la lutte contre les maladies mentales [...] met à la disposition de la population, dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés, des services et des équipements de prévention, de diagnostic et de soins [...] non seulement à l'intérieur de l'établissement mais aussi en dehors de celui-ci* » (article 4ter).

Il faudra attendre la parution du décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique pour que soient institués les SPMP, créés pour répondre « *aux besoins de santé mentale de la population incarcérée dans les établissements relevant d'une région pénitentiaire* » (article 1) et comportant chacun un SMPR (article 11).

La loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, et plus précisément le décret n°94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux personnes détenues, apporte, entre autres, les modifications suivantes :

- Rattachement de chaque établissement pénitentiaire à un établissement hospitalier public ;
- Création des UCSA, délivrant des soins médicaux non-psychiatriques dans tous les établissements pénitentiaires ;
- Création des DSP au sein des UCSA, dans les prisons non dotées de SMPR ;
- Affiliation de chaque détenu au régime général de la Sécurité Sociale.

La médecine en milieu pénitentiaire devient une mission du service public hospitalier : les soins, psychiatriques ou non, et la protection sociale des détenus, jusqu'alors gérés par l'administration pénitentiaire, sont confiés aux hôpitaux ; et les détenus, qui doivent recevoir des soins de qualité identique à ceux délivrés en milieu libre, sont intégrés au système de santé de droit commun (57,58).

Il est à noter que depuis 2012, UCSA, DSP et SMPR sont désormais regroupés sous l'appellation « *Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire* » (USMP) (59) (voir **Tableau 5**).

Les UHSA sont créées en application de la loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, dite « *loi Perben I* ». L'hospitalisation pour troubles mentaux est alors assurée 1) par les SMPR, 2) par les établissements du secteur psychiatrique si le détenu ne peut être maintenu dans l'établissement pénitentiaire (article D398 du Code de procédure pénale), et 3) par les UHSA (voir **Tableau 5**).

Enfin, des précisions concernant les missions et l'organisation du service public pénitentiaire sont apportées par la loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 qui affirme le respect du droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation. En

particulier, « *ne peuvent être demandés aux médecins et aux personnels soignants intervenant en milieu carcéral ni un acte dénué de lien avec les soins ou avec la préservation de la santé des personnes détenues, ni une expertise médicale* ». En revanche, ces dispositions s'appliquent en dehors des situations dans lesquelles « *il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes* » qui imposent aux personnels soignants de le signaler au directeur de l'établissement pénitentiaire (article L6141-5 du Code de la santé publique).

2. Structures et missions

Le **Tableau 5** résume l'organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire, structurée en trois niveaux (59,60).

	Structures	Equivalents en milieu libre*
<p>NIVEAU 1 Soins psychiatriques ambulatoires</p> <p><i>Consultations, examens, promotion à la santé, éducation thérapeutique</i></p>	Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP)	Centres Médico-Psychologiques (CMP) <i>et</i> Centres d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP)
<p>NIVEAU 2 Hospitalisations de jour</p> <p><i>Facilitation de l'accès aux consultations et aux activités thérapeutiques</i></p>	Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP) disposant d'un Service Médico-Psychologique Régional (SMPR)	Hôpitaux de Jour (HDJ)
<p>NIVEAU 3 Hospitalisations à temps complet</p>	<p><u>Soins libres</u> Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA)</p> <p><u>Soins sans consentement</u> Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA) <i>ou</i> Unités du secteur de psychiatrie générale <i>ou</i> Unités pour Malades Difficiles (UMD)</p>	Unités du secteur de psychiatrie générale

Tableau 5. Les trois niveaux de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire en France.

**Milieu libre : milieu hors incarcération.*

Niveau 1 : Soins psychiatriques ambulatoires

Les soins psychiatriques ambulatoires (c'est-à-dire, en dehors de l'hôpital) sont dispensés au sein des établissements pénitentiaires par les professionnels des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) présents dans chaque région pénitentiaire, ou, dans la majorité des prisons, par les soignants intervenant dans les Dispositifs de Soins Psychiatriques (DSP) implantés au sein des USMP (DSP/USMP). On trouve parmi les 171 établissements pénitentiaires français : 28 SMPR (27 en considérant le fait que les USMP de Lille-Sequedin et Lille-Annœullin font partie du même SMPR) et 143 DSP/USMP (voir **Figure 5**).

Les psychiatres des unités sanitaires de niveau 1 sont assistés par une équipe pluridisciplinaire relevant du centre hospitalier de rattachement : psychologues, infirmiers, aides-soignants, assistants de service social, cadres de santé et secrétaires. Les soignants de ces unités assurent des consultations aux patients consentants, individuellement ou dans le cadre d'une prise en charge groupale (60).

Niveau 2 : Hospitalisations de jour

Les hospitalisations de jour sont des hospitalisations en SMPR, dans des cellules dédiées au sein des établissements pénitentiaires. Ces admissions permettent de faciliter l'accès des patients aux consultations et aux activités thérapeutiques. Les soins n'y sont prodigués que durant la journée pour la plupart, et avec le consentement du patient (60).

Ces hospitalisations concernent principalement les patients, sans idées suicidaires, dont l'état de santé nécessite une courte hospitalisation (par exemple, dans le but de modifier un traitement ou d'évaluer un diagnostic). Certains HDJ permettent également à des groupes de patients détenus de bénéficier de programmes thérapeutiques plus ciblés (éducation thérapeutique, par exemple).

Niveau 3 : Hospitalisations à temps complet

Lorsqu'une prise en charge psychiatrique en hospitalisation à temps complet est indiquée, les patients peuvent être admis 1) dans les UHSA, avec leur consentement ou sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE), 2) dans les établissements des secteurs psychiatriques (article D398 du Code de procédure pénale) ou 3) dans les UMD, sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE).

Les unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA)

Aujourd'hui, neuf UHSA sont implantées sur le territoire français (Lyon-Bron, Toulouse, Nancy-Laxou, Orléans-Fleury les Aubray, Paris-Villejuif, Lille-Seclin, Rennes, Bordeaux-Cadillac et Marseille ; voir **Figure 5**) pour une capacité de 440 places : il s'agit des UHSA de la « *première tranche* », telle qu'elle a été fixée par le décret n°2010-507 du 18 mai 2010 et l'arrêté du 20 juillet 2010. Au total, dix-sept UHSA doivent être créées en France (capacité totale de 705 places). Créées en application de la loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002, la construction des UHSA a débuté en mai 2010 (UHSA de Lyon-Bron). Plus récemment, l'UHSA de Marseille a été mise en service en juin 2017.

Ces structures innovantes ont permis un certain nombre d'avancées pour l'accès aux soins psychiatriques des personnes détenues (61,62). Les UHSA permettent l'hospitalisation à temps complet des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux en **soins libres**, ce qui est sans précédent dans l'histoire des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire en France ; ou **sans consentement**, mais uniquement sous le régime de SPDRE (article L3214-1 du Code de la santé publique). L'objectif des UHSA est d'offrir une prise en charge de la même qualité qu'en milieu libre, conformément à la loi n°94-43 du 18 janvier 1994.

L'impact de ces unités sur l'état de santé de la population carcérale et l'organisation des soins n'a que très peu été évalué. A ce jour, seule une étude dans la littérature s'est intéressée à la satisfaction des patients hospitalisés dans les UHSA (62). Cette étude, publiée en 2017 et menée au sein des UHSA de Lille-Seclin et de Paris-Villejuif, a montré que plus de

70% des patients étaient satisfaits, voire très satisfaits de leur prise en charge. En outre, la majorité des patients souhaitait continuer leurs soins en détention (85%), et après la sortie d'incarcération (75%) suggérant l'impact positif de ces hospitalisations dans la continuité des soins.

Le secteur de psychiatrie générale (article D398 du Code de procédure pénale)

Lorsqu'aucune place n'est disponible en UHSA pour une personne détenue souffrant de troubles psychiatriques et ne pouvant être maintenue dans un établissement pénitentiaire, l'autorité préfectorale doit procéder le plus rapidement possible à son hospitalisation dans un établissement de santé chargé d'assurer les soins psychiatriques sans consentement, bien souvent dans l'unité fermée d'un hôpital du secteur de psychiatrie générale, et uniquement sous le régime de SPDRE (articles D398 du Code de procédure pénale et L3214-1 du Code de la santé publique).

Les Unités pour Malades Difficiles (UMD)

Les UMD sont des unités à vocation interrégionale, gérées par des équipes pluridisciplinaires, qui accueillent des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en hospitalisation complète « *lorsqu'elles présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mises en œuvre que dans une unité spécifique* » (loi n°2011-803 du 5 juillet 2011, article L322-3 du Code de la santé publique). Les UMD « *sont spécialement organisées à l'effet de mettre en œuvre les protocoles thérapeutiques intensifs et les mesures de sûreté particulières adaptés à l'état des patients* » (décret n°2011-847 du 18 juillet 2011, article L3222-1 du Code de la santé publique) (63). Elles sont implantées dans des établissements publics de santé mentale, mais ne font pas partie des secteurs de psychiatrie générale.

Les admissions en UMD se font sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE). Elles ne concernent pas seulement les patients détenus, mais aussi les patients hospitalisés dans

un établissement du secteur de psychiatrie générale, et les personnes déclarées pénalement irresponsables conformément à l'article 122-1 du Code pénal.

Il existe aujourd'hui dix UMD en France, la première ayant été créée en 1910 à Villejuif (voir **Tableau 6**).

UMD	Année de création	Nombre de lits
Villejuif (Val-de-Marne)	1910	80
Montfavet (Vaucluse)	1947	80
Sarreguemines (Moselle)	1957	166
Cadillac (Gironde)	1963	86
Plouguernevel (Côtes d'Armor)	2008	40
Monestier-Merlines (Corrèze)	2011	40
Bron (Rhône)	2011	40
Châlons-en-Champagne (Marne)	2011	40
Albi (Tarn)	2011	40
Sotteville-lès-Rouen (Seine-Maritime)	2012	40

Tableau 6. Les unités pour malades difficiles (UMD) en France, d'après (63).

Afin d'assurer la continuité des soins du milieu pénitentiaire vers le milieu libre, toutes ces unités, qu'elles soient de niveau 1, 2 ou 3 ont également pour mission d'assurer la liaison avec les unités du secteur de psychiatrie générale, les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), ou encore les Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIA VS)

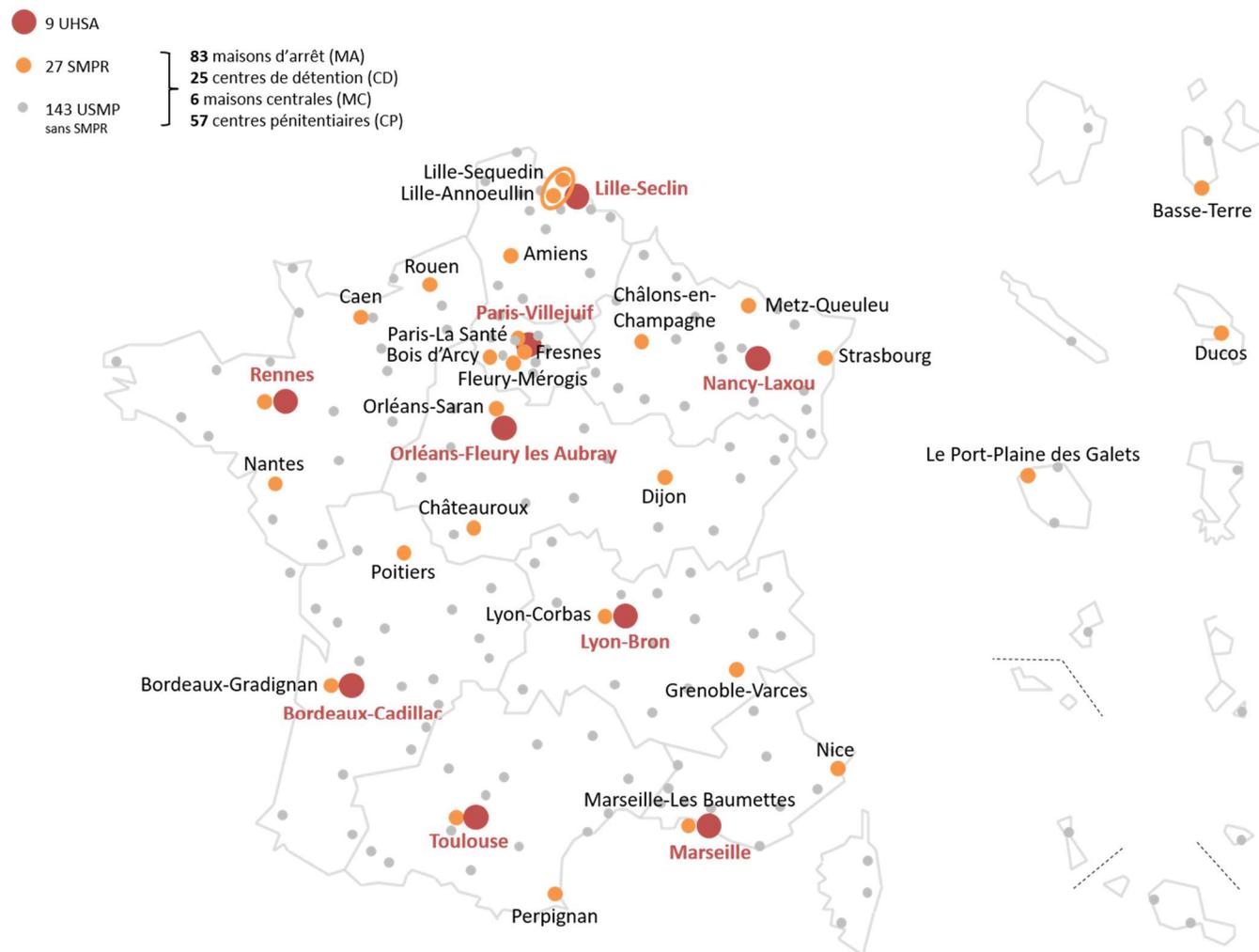


Figure 5. Répartition des structures de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire sur le territoire français : UHSA (Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées), SMPR (Services Médico-Psychologiques Régionaux) et, quand l'établissement pénitentiaire ne dispose pas de SMPR, Dispositifs de Soins Psychiatriques implantés au sein des Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaires (DSP/USMP).

E. Objectifs de l'étude

Les soins psychiatriques en milieu pénitentiaire en France ont considérablement évolué au cours des dernières décennies, avec la création en 1986 des SPMP permettant à chaque région pénitentiaire de disposer d'un SMPR, la reconnaissance en 1994 de la médecine en milieu pénitentiaire comme mission du service public hospitalier, et plus dernièrement la création des UHSA en 2002.

Malgré ce déploiement, les indicateurs de santé mentale en milieu carcéral restent préoccupants. Le peu de données mises à disposition semble suggérer une prise en charge incomplète et inégale à l'échelle nationale (64). A ce jour, nous avons très peu de recul sur la qualité des soins psychiatriques dispensés en milieu carcéral : aucune étude n'est disponible à ce sujet. Ces études sont pourtant essentielles pour ajuster le système de soins en milieu carcéral, et permettre à chaque personne détenue présentant des troubles mentaux, quel que soit son établissement pénitentiaire d'origine, de bénéficier d'une consultation avec un professionnel de la santé mentale (65).

L'objectif de cette étude est donc d'évaluer, dans les établissements pénitentiaires dépendant de l'UHSA de Seclin (Hauts-de-France, Eure et Seine-Maritime), les soins psychiatriques en milieu carcéral en matière d'offre et de recours aux soins, ainsi que leur adéquation aux besoins des personnes détenues, à la lumière des données dont nous disposons sur la santé mentale des personnes incarcérées dans ces régions.

II. MATERIELS ET METHODES

A. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude descriptive observationnelle à partir de bases médico-administratives et de résultats d'enquête, rétrospective et multicentrique. Tous les établissements pénitentiaires (MA, CD, MC, CP) pour lesquelles l'UHSA de Seclin constitue le lieu de référence pour les hospitalisations à temps complet en psychiatrie ont été inclus (quel que soit le type de structure de soins psychiatriques dont ils disposent).

Ces établissements sont exclusivement rattachés aux DISP de Lille et de Rennes.

La région pénitentiaire de Lille correspond à la région des Hauts-de-France, qui compte cinq départements : l'Aisne, le Nord, l'Oise, le Pas-de-Calais et la Somme. Une partie seulement des établissements pénitentiaires placés sous le contrôle de la DISP de Rennes ont recouru à l'UHSA de Seclin pour les hospitalisations à temps complet en psychiatrie : ce sont les prisons de l'ancienne région Haute-Normandie, qui regroupe les départements de l'Eure et de la Seine-Maritime (voir **Figure 6**).

Au total, vingt établissements pénitentiaires ont été étudiés : quatre de la DISP de Rennes, seize de la DISP de Lille ; dix MA, deux CD, et huit CP disposant de six qMA, huit qCD, deux qMC (voir **Figure 6**).

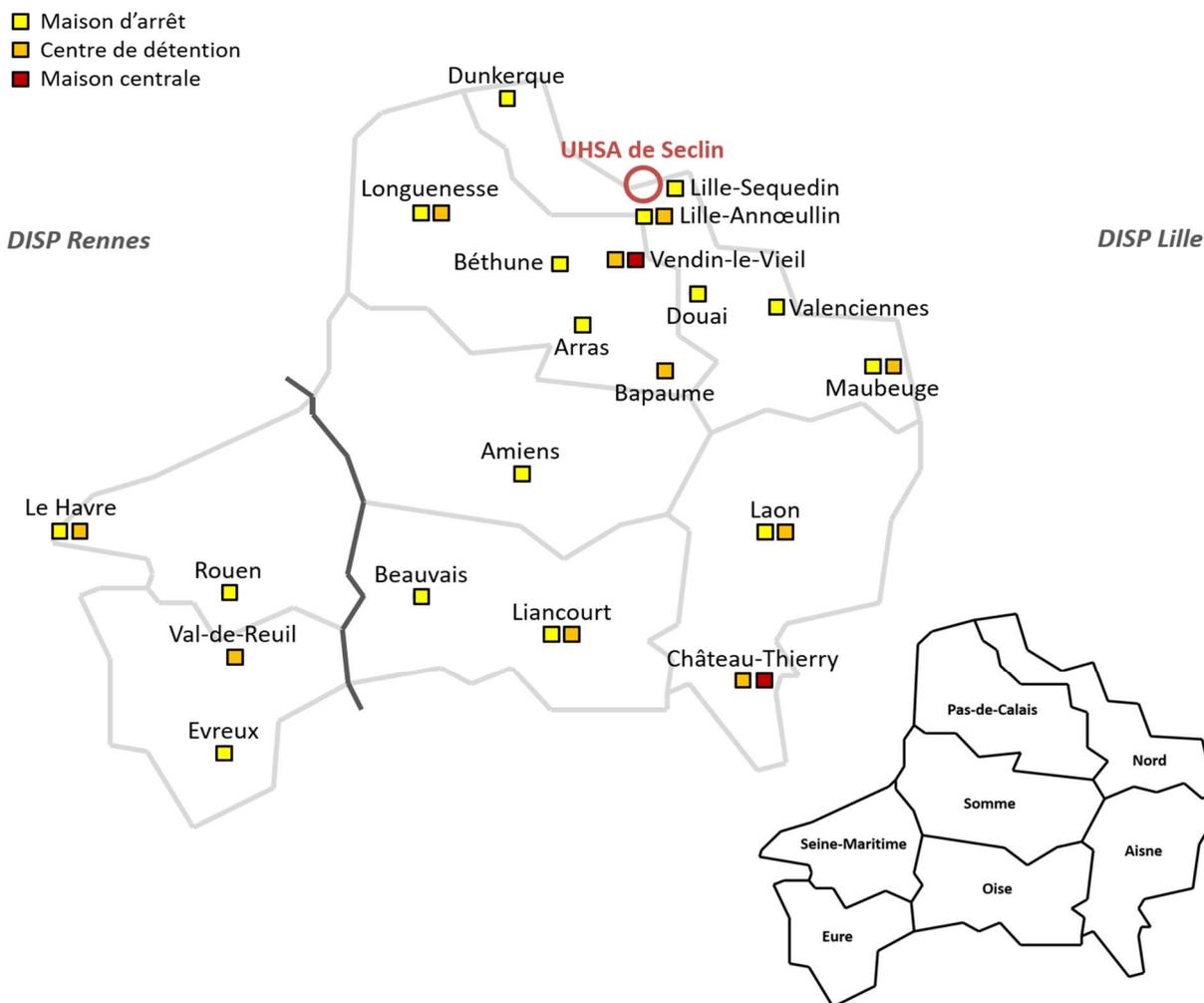


Figure 6. Répartition des établissements pénitentiaires pour lesquels l’UHSA de Seclin constitue le lieu de référence pour les hospitalisations à temps complet en psychiatrie.

DISP : direction interrégionale des services pénitentiaires

UHSA : unité d’hospitalisation spécialement aménagée

B. Population carcérale

Dans le but de se figurer clairement ce qu'est notre population d'étude et les conditions dans lesquelles elle évolue, nous avons réalisé la représentation cartographique des statistiques mensuelles publiées par la direction de l'administration pénitentiaire (situation au 1^{er} décembre 2016) (66). Les données utilisées étaient le nombre de personnes écrouées détenues, présenté dans le **Tableau 7**, et la densité carcérale, égale au nombre de personnes écrouées détenues divisé par le nombre de lits dans chaque établissement pénitentiaire (capacité opérationnelle).

Les établissements pour peines (CD, MC) et les MA n'appliquant pas le même type de régime de détention et n'accueillant pas le même type de population pénale (personnes condamnées à de longues peines pour les établissements pour peines, et personnes en détention provisoire ou condamnées à une peine d'emprisonnement n'excédant pas deux ans pour les MA), nous avons réalisé deux cartes, une pour chacune des deux structures pénitentiaires.

Les cartes ont été réalisées à l'aide du logiciel « *Cartes & Données* », logiciel de cartographie statistique mis à disposition par M. Laurent Plancke, de la fédération régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts-de-France (F2RSM).

Etablissement pénitentiaire	Type	Nombre total de personnes détenues et écrouées au 1 ^{er} décembre 2016
Val-de-Reuil	CD	717
Lille-Sequedin	MA	705, dont 107 femmes
Lille-Annœullin	CP : qMA, qCD	690
Longuenesse	CP : qMA, qCD	686
Beauvais	MA	633, dont 38 femmes
Le Havre	CP : qMA, qCD	627
Bapaume	CD	543, dont 68 femmes
Douai	MA	532
Rouen	MA	531, dont 26 femmes
Laon	CP : qMA, qCD	474
Amiens	MA	438
Maubeuge	CP : qMA, qCD	432
Liancourt	CP : qMA, qCD	380
Valenciennes	MA	356, dont 13 femmes
Béthune	MA	324
Evreux	MA	297
Arras	MA	193
Dunkerque	MA	132
Vendin-le-Vieil	CP : qCD, qMC	91
Château-Thierry	CP : qCD, qMC	88
TOTAL		8869, dont 252 femmes

Tableau 7. Population étudiée : nombre total de personnes détenues et écrouées, adultes, hommes et femmes, d'après les statistiques mensuelles de l'administration pénitentiaire au 1^{er} décembre 2016 (66).

Les établissements pénitentiaires sont classés par ordre décroissant, en fonction du nombre de détenu(e)s qu'ils accueillent.

MA : maison d'arrêt

CD : centre de détention

CP : centre pénitentiaire

qMA : « quartier maison d'arrêt »

qCD : « quartier centre de détention »

qMC : « quartier maison centrale »

C. Offre de soins

Afin de caractériser l'offre de soins psychiatriques dans les établissements pénitentiaires qui ont recours à l'UHSA de Seclin pour les hospitalisations à temps complet en psychiatrie, les données suivantes ont été collectées :

- Nombre de structures de soins ;
- Type de structure (USMP sans SMPR, SMPR, UHSA) ;
- Localisations des structures ;
- Taux d'occupation des postes de psychiatres, psychologues et infirmiers/ères en psychiatrie calculé à partir des postes budgétés et effectivement pourvus ;
- Effectifs de ces différentes catégories de professionnels de la santé mentale par structure et pour cent détenu(e)s, exprimés en « *équivalent temps plein* », ou ETP (1 ETP correspondant à 35 heures hebdomadaires ou 5 jours de travail, soit un temps plein ; 0,5 ETP correspondant à 2,5 jours de travail, soit un mi-temps ; 0,2 ETP correspondant à 1 jour de travail, etc.).

Les données concernant le nombre, le type et la répartition géographique des structures de soins psychiatriques sont celles publiées par le ministère de la Justice (67) et par l'OIP-SF (68) (données publiques en accès libre).

Les données relatives aux taux d'occupation des postes et aux effectifs des différentes catégories de professionnels de la santé mentale par structure ont quant à elles été collectées à partir de la base de l'Observatoire des Structures de Santé des Personnes Détenues (OSSD), avec l'aide des Agences régionales de santé (ARS) des Hauts-de-France et de Normandie. Cet outil, développé par la Direction Générale de l'Offre de Soins en 2010, permet un recueil, certes déclaratif, mais précieux pour corriger les inégalités et les manques dans

l'offre de soins. De cette base ont été extraits les effectifs de personnels médicaux et paramédicaux, budgétés et effectivement pourvus par unité sanitaire (69).

Toutes ces données documentaient l'année 2016, et la population étudiée était le nombre total d'adultes (hommes et femmes) écroués et détenus dans les établissements étudiés (MA, CD, MC, CP) au 1^{er} décembre 2016, tiré des statistiques mensuelles publiées par la direction de l'administration pénitentiaire (66) et présenté dans le **Tableau 7**.

D. Recours aux soins

Afin d'apprécier le recours aux soins psychiatriques dans chaque établissement étudié, les données suivantes ont été recueillies :

- Nombre d'hospitalisations à l'UHSA de Seclin (soins libres et soins sans consentement) ;
- Nombre d'hospitalisations sur le secteur de psychiatrie générale (soins sans consentement) ;
- Nombre total d'hospitalisations en psychiatrie (secteur de psychiatrie générale et UHSA).

Comme précédemment, les données documentaient l'année 2016.

Les données relatives au nombre d'hospitalisations à l'UHSA de Seclin nous ont été transmises par le service gestionnaire du Pôle de Psychiatrie, Médecine légale et Médecine en Milieu Pénitentiaire du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille ; et celles concernant le nombre d'hospitalisations dans les unités du secteur de psychiatrie générale nous ont été

adressées par le Service Soins sans Consentement des ARS des Hauts-de-France et de Normandie.

En ce qui concerne les hospitalisations à l'UHSA de Seclin, les données exploitées étaient le nombre d'entrées directes par établissement pénitentiaire d'origine. Les transferts d'un secteur psychiatrique vers l'UHSA n'ont pas été comptabilisés.

Le nombre d'hospitalisations a été calculé pour 100 détenu(e)s. Là encore, la population d'étude était le nombre total d'adultes écroués et détenus dans les établissements étudiés au 1^{er} décembre 2016 (66) (voir **Tableau 7**).

De plus, afin d'étayer nos résultats, la durée du trajet en automobile (en minutes) entre l'UHSA de Seclin et chacun des vingt établissements pénitentiaires a été recueillie à partir du service de cartographie en ligne « *Google Maps* » (<https://maps.google.com>). La recherche a été effectuée le même jour et à la même heure pour les vingt prisons.

E. Santé mentale

Nous avons collecté les données relatives à la santé mentale des personnes détenues dans les Hauts-de-France (Aisne, Nord, Oise, Pas-de-Calais, Somme), dans l'Eure et en Seine-Maritime. Ces dernières sont provenues 1) de l'enquête « *santé en population carcérale* », pour les personnes incarcérées dans les établissements à l'étude (huit établissements pénitentiaires de l'ancienne région du Nord-Pas-de-Calais) et 2) de la base de données « *suicide en milieu pénitentiaire* », couvrant l'ensemble des établissements pénitentiaires des Hauts-de-France, de l'Eure et de la Seine-Maritime.

L'enquête « santé en population carcérale »

Cette enquête, financée par l'ARS, a été conçue par le CHU de Lille et le Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) et réalisée avec le concours de la F2RSM des Hauts-de-France (70).

L'objectif principal de cette étude était de mesurer la prévalence des troubles mentaux présentés par les personnes entrant en détention (les « *arrivant(e)s* »). Elle a été menée par des professionnels de la santé mentale intervenant au sein des DSP/USMP des MA du Nord et du Pas-de-Calais, auprès des adultes entrés en détention entre mars 2014 et avril 2017. Huit des neuf structures concernées ont participé à l'étude (la neuvième a fait part de son refus de participer) : Douai, Dunkerque, Maubeuge, Lille-Sequedin, Lille-Annœullin et Valenciennes dans le département du Nord ; Arras et Longuenesse dans le département du Pas-de-Calais.

Les caractéristiques socio-démographiques des participants ont été recueillies (âge, sexe, situation professionnelle, situation maritale, religion, antécédents d'incarcération). Les professionnels se sont prononcés sur la perception qu'ils avaient de l'état de santé général du patient (bon, moyen ou mauvais). Puis, les troubles mentaux ont été étudiés au moyen de la version français du « *Mini International Neuropsychiatric Interview* » (MINI), explorant la survenue des troubles suivants :

- Troubles de l'humeur : épisodes dépressifs sur les deux dernières semaines, trouble dépressif récurrent, dysthymie sur les deux dernières années, épisode maniaque sur la vie entière ;
- Troubles anxieux : agoraphobie actuelle, trouble panique actuel, phobie sociale actuelle, anxiété généralisée (ou trouble anxieux généralisé) sur les six derniers mois, état de stress post-traumatique actuel ;
- Syndromes psychotiques : syndrome psychotique isolé, syndrome psychotique récurrent ;

- Addictions : utilisation nocive de l'alcool ou de drogues sur les douze derniers mois, dépendance à l'alcool ou aux drogues sur les douze derniers mois,
- Troubles du sommeil : insomnie actuelle ;
- Risque suicidaire actuel moyen ou élevé.

A partir des résultats de cette enquête, la variable que nous avons utilisée comme indicateur du besoin des personnes détenues en matière de santé mentale était le nombre moyen de troubles mentaux par arrivant(e), dans les huit établissements étudiés.

La base de données « suicide en milieu carcéral »

La base de données « *suicide en milieu carcéral* » nous a été transmise par la DAP. Elle renseigne le nombre de décès par suicide survenus dans chaque prison française, de 1996 à 2016, ainsi que les caractéristiques démographiques des suicidés (âge, sexe), la date et le lieu précis du décès (type d'établissement pénitentiaire, type de quartier). A partir de cette base, nous avons sélectionné le nombre de décès par suicide survenus dans chaque établissement pénitentiaire à l'étude (c'est-à-dire, des Hauts-de-France, d'Eure et de Seine-Maritime) sur quatre années entières, de 2013 à 2016, afin d'homogénéiser les différentes périodes d'étude.

L'effectif d'étude était la somme du nombre d'adultes (hommes et femmes) écroués et détenus dans les établissements étudiés (MA, CD, MC, CP) au 1^{er} décembre 2013, au 1^{er} décembre 2014, au 1^{er} décembre 2015 et au 1^{er} décembre 2016 (66,71–73).

A partir de ces données, la variable utilisée était la somme du nombre de suicides pour 100 000 détenu(e)s sur quatre années, de 2013 à 2016, dans chaque établissement pénitentiaire, calculée en divisant la somme du nombre de suicides du 1^{er} janvier 2013 au 31

décembre 2016 à la somme du nombre de personnes détenues au 1^{er} décembre 2013, 2014, 2015 et 2016 puis en multipliant ce résultat par 100 000.

F. Adéquation des soins

Afin d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des personnes détenues en matière de santé mentale, il nous a été nécessaire de regrouper deux types de variables, dans chaque établissement pénitentiaire :

- Les variables utilisées comme indicateurs de santé mentale en milieu carcéral (nombre moyen de troubles mentaux par arrivant, variable issue de l'enquête « *santé en population carcérale* » et nombre de suicides pour 100 000 détenu(e)s, variable issue de la base de données « *suicide en milieu carcéral* », voir **Partie II.E.**) ;
- Les variables en lien avec les conditions de détention (densité carcérale, voir **Partie II.B.**), l'offre de soins (postes pourvus et budgétés de psychiatres, psychologues et infirmiers/infirmières, voir **Partie II.C.**) et le recours aux soins (nombre d'hospitalisation pour 100 détenu(e)s et distance prison – UHSA, voir **Partie II.D.**).

Des analyses de corrélation ont été réalisées dans le but de tester l'association entre ces deux groupes de variables (2 variables x 9 variables). Elles ont été effectuées via des tests classique de Pearson, à l'aide des logiciels « *R for statistical computing v3.5.2* » et « *Microsoft Excel* ». Une différence a été jugée significative pour une valeur de p inférieure à 0,05.

Variables	Source de données	Période documentée	Localisation des établissements étudiés
Population carcérale			
. Nombre de personnes détenues	DAP	1 ^{er} décembre 2016	
. Densité carcérale	DAP	.	
Offre de soins			
. Nombre de structures	DAP	2016	Hauts-de-France, Eure, Seine-Maritime
. Type de structures	DAP	.	.
. Répartition géographique	OIP-SF	.	.
. Taux d'occupation des postes	OSSD	31 décembre 2016	.
. Effectifs soignants	OSSD	.	.
Recours aux soins			
. Nombre d'hospitalisations à l'UHSA	CHU de Lille	2016	Hauts-de-France, Eure, Seine-Maritime
. Nombre d' « HO D398 »	ARS des Hauts-de-France et de Normandie	.	.
Santé mentale des personnes détenues			
. Enquête « <i>santé en population carcérale</i> »	CHU de Lille / CCOMS / F2RSM	2014 – 2017	MA du Nord et du Pas-de-Calais
. « <i>Suicide en milieu carcéral</i> »	DAP	2013 – 2016	Hauts-de-France, Eure, Seine-Maritime

Tableau 8. Variables utilisées et source de données : récapitulatif.

DAP : direction de l'administration pénitentiaire

OIP-SF : observatoire international des prisons – section française

OSSD : observatoire des structures de santé des personnes détenues

CHU : centre hospitalier régional universitaire

ARS : agence régionale de santé

CCOMS : centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale

F2RSM : fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France

MA : maisons d'arrêt

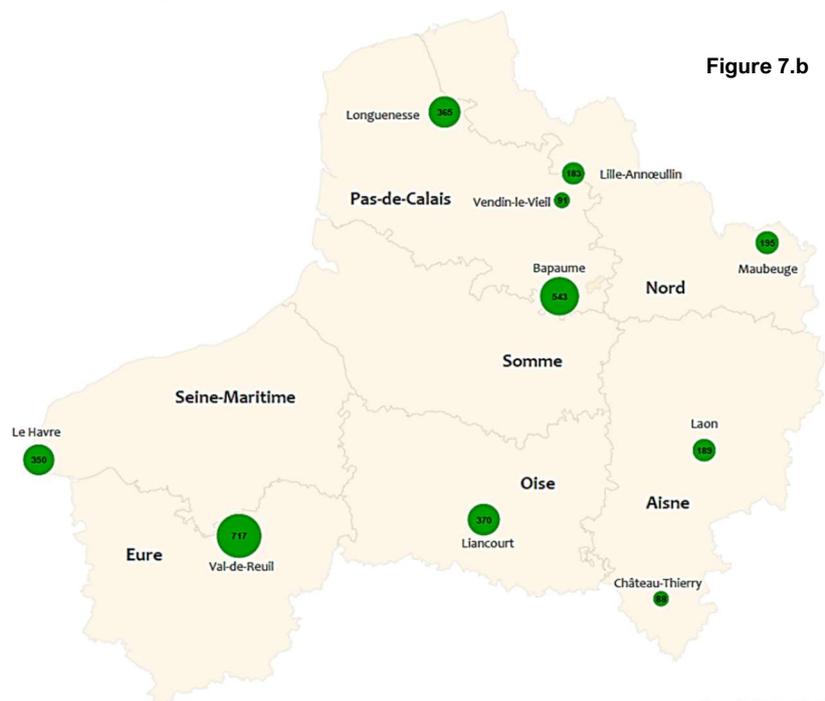
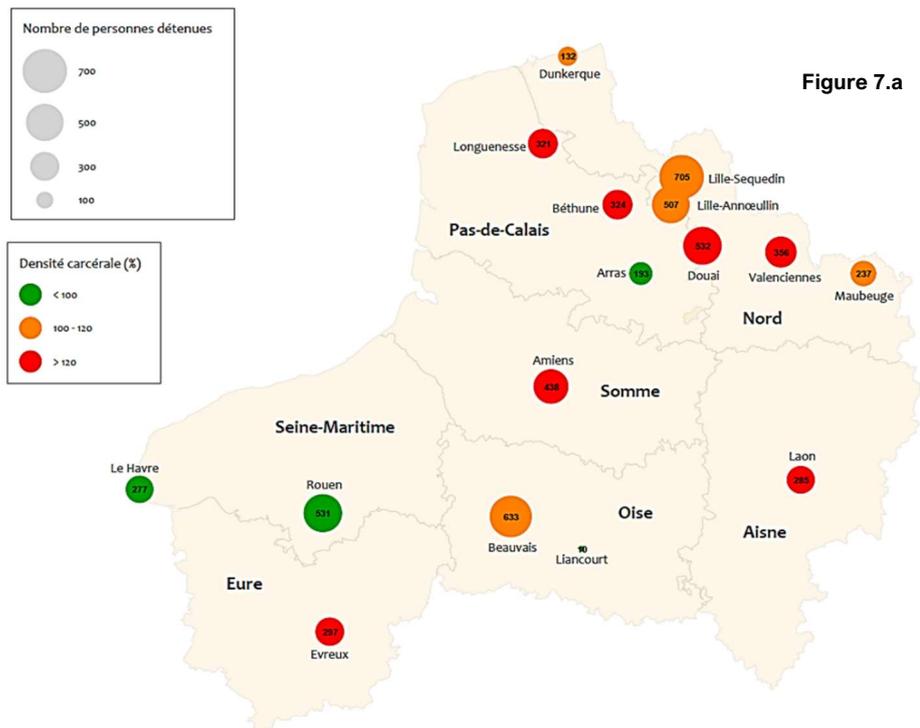
III. RESULTATS

A. Population étudiée

La **Figure 7.a** présente le nombre de personnes détenues et la densité carcérale dans les MA et les qMA des CP situés dans notre territoire d'intérêt (10 MA et 6 qMA). Parmi ces établissements, ceux qui accueillent le plus grand nombre de prisonniers/ères au 1^{er} décembre 2016 sont : Lille-Sequedin (705, dont 107 femmes), Beauvais (633, dont 38 femmes), Douai (532) et Rouen (531, dont 26 femmes). Le qMA du CP de Liancourt (10), les MA de Dunkerque (132) et d'Arras (193) sont de taille plus modeste. Douze établissements sur les vingt étudiés, soit deux tiers, sont en surpopulation (disques orange et rouges sur la **Figure 7.a**), avec une densité carcérale supérieure à 120% à Evreux (183%), Béthune (180%), Valenciennes (168%), Longuenesse (166%), Amiens (162%), Laon (151%) et Douai (145%).

La **Figure 7.b** présente le nombre de personnes détenues et la densité carcérale dans les CD, qCD et qMC des CP étudiés. Il existe, sur notre territoire d'intérêt : 8 qCD et 2 qMC répartis dans 8 CP et 2 CD (voir également **Figure 6**). Les établissements qui accueillent le plus grand nombre de prisonniers/prisonnières sont : Val-de-Reuil (717) et Bapaume (534, dont 68 femmes). A l'inverse, un plus petit nombre de personnes sont incarcérées à Château-Thierry (88) et Vendin-le-Vieil (91). Aucun des 10 établissements pour peines ci-dessus ne sont confrontés à une situation de surpopulation carcérale (disques verts sur la **Figure 7.b**).

Sur la **Figure 7**, La taille des disques est proportionnelle au nombre de personnes détenues dans chaque prison et la couleur des disques indique la densité carcérale (c'est-à-dire, nombre de personnes écrouées détenues divisé par la capacité opérationnelle de chaque établissement).



Source : Administration pénitentiaire. Traitement : audeure et F2RSM Pay.

Figure 7. Nombre de personnes détenues et densité carcérale, au 1^{er} décembre 2016 : dans les maisons d'arrêt (MA) et les « quartiers maison d'arrêt » (qMA) (Figure 7.a) ; dans les centres de détention (CD) et les « quartiers centre de détention » (qCD) des centres pénitentiaires (CP) étudiés (Figure 7.b), d'après (66).

B. Offre de soins

1. Structures de soins

Les vingt établissements pénitentiaires étudiés disposent d'une USMP : des DSP sont implantés au sein de toutes ces USMP.

Il existe trois SMPR (Amiens, Rouen et Lille ; Lille-Annœullin et Lille-Sequedin étant les deux sites d'un même SMPR). Le SMPR de Lille (Lille-Annœullin et Lille-Sequedin) doit couvrir les besoins des détenu(e)s du Nord et du Pas-de-Calais (soit 4684 personnes) ; celui d'Amiens les besoins des personnes en provenance des prisons de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme (2013 personnes) ; et celui de Rouen les besoins des personnes détenues dans l'Eure et la Seine-Maritime (2172 personnes) (voir **Figure 8**).

Il n'existe qu'une seule UHSA (60 places) pour les 8869 personnes détenues de l'ensemble des établissements pénitentiaires situés dans les sept départements examinés (voir **Figure 8**).

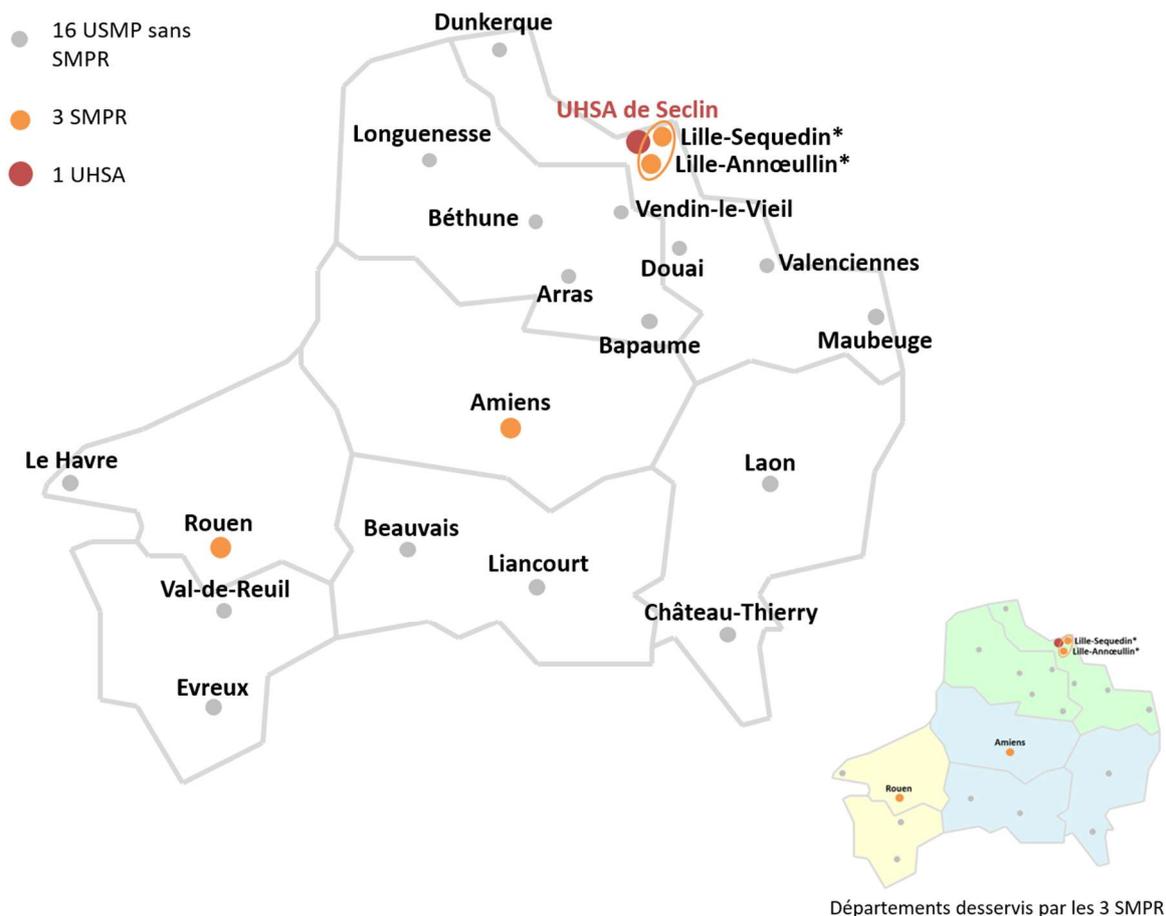


Figure 8. Répartition géographique des structures de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire des Hauts-de-France, d'Eure et de Seine-Maritime.

On retrouve, sur le territoire étudié (Aisne, Eure, Nord, Oise, Pas-de-Calais, Seine-Maritime et Somme) : 1 UHSA, 20 DSP/USMP et 3 SMPR (les DSP de Lille-Sequedin et Lille-Annœullin fait partie du même SMPR).

La figure en bas à droite représente les départements desservis par les 3 SMPR : en jaune ceux desservis par le SMPR de Rouen (Eure et Seine-Maritime) ; en bleu par le SMPR d'Amiens (Aisne, Oise et Somme) et en vert par le SMPR de Lille (Nord et Pas-de-Calais).

USMP : unité sanitaire en milieu pénitentiaire

SMPR : service médico-psychologique régional

UHSA : unité d'hospitalisation spécialement aménagée

DSP/USMP : dispositifs de soins psychiatriques implantés au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaire

2. Professionnels de la santé mentale

Au total, la région est dotée, au 31 décembre 2016, de 27,8 postes de psychiatres budgétés, dont 16,8 occupés ; 55,3 postes de psychologues budgétés, dont 50,3 occupés et 66,9 postes d'infirmiers/infirmières en psychiatrie budgétés, dont 64,7 occupés.

Le **Tableau 9** présente le nombre d'ETP budgétés et effectivement pourvus, par établissement pénitentiaire.

	Psychiatres (ETP*)		Psychologues (ETP*)		Infirmiers/ères (ETP*)	
	Budgétés	Pourvus	Budgétés	Pourvus	Budgétés	Pourvus
Amiens	3	1,6	4	3,1	12	12
Arras	0,5	0,3	2	1,9	DM	DM
Bapaume	1	0,6	3,5	3,5	DM	DM
Beauvais	1,8	0,8	5,5	4,5	4,9	4,7
Béthune	1	0,5	1,8	1,2	3	3
Château-Thierry	0,9	0,5	1,5	1,5	3,8	3,8
Douai	1	0,4	1,5	1,5	2	2
Dunkerque	0,2	0,2	0,8	0,8	0,9	0,9
Evreux	0,6	0,4	2	1,7	4	3,4
Laon	1	0,6	1,5	0,7	3	3
Le Havre	1	0,3	4	3,8	DM	DM
Liancourt	1,3	0,8	5,5	4,5	5,5	5
Lille-Annœullin	3,5	2	4,5	4,4	3	3
Lille-Sequedin	4,8	3,4	4,5	4,5	11,4	10,6
Longuenesse	1,6	0,4	2	2	3,5	3,5
Maubeuge	0,6	0,5	1,5	1,5	1	1
Rouen	3	2,9	2	2	5,9	5,9
Val-de-Reuil	0,2	0,2	4,7	4,7	3	3
Valenciennes	0,4	0,4	1,5	1,5	DM	DM
Vendin-le-Vieil	0,5	0,1	1	1	DM	DM
Total	27,8	16,8	55,3	50,3	66,9	64,7

Tableau 9. Nombre de postes budgétés et pourvus par établissement pénitentiaire et par catégorie professionnelle (psychiatres, psychologues et infirmiers/infirmières), exprimés en équivalent temps plein (ETP), au 31 décembre 2016.

DM : données manquantes

ETP : équivalent temps plein (pour rappel, 1 ETP correspond à 35 heures hebdomadaires ou 5 jours de travail, soit un temps plein ; 0,5 ETP correspond à 2,5 jours de travail, soit un mi-temps ; 0,2 ETP correspond à 1 jour de travail, etc.)

Psychiatres

En moyenne, un(e) psychiatre est présent(e) environ 4 jours par semaine dans chaque USMP étudiée (0,84 ETP). Si on rapporte le temps de présence médicale au nombre de personnes détenues, on trouve une moyenne de 0,20 ETP (1 jour par semaine) pour 100 prisonniers, avec une variation importante selon les établissements : de 0,03 ETP (moins qu'un quart de journée par semaine) pour 100 détenus au centre de détention de Val-de-Reuil à 0,57 ETP (environ 3 jours par semaine) pour 100 détenus à la maison centrale de Château-Thierry (voir **Figure 9**).

En moyenne, 40% des postes budgétés de psychiatres ne sont pas pourvus et des postes de psychiatres sont vacants dans les USMP de 17 établissements sur 20. Les taux d'occupation les plus bas concernent les USMP des centres pénitentiaires de Vendin-le-Vieil (taux d'occupation : 20%), de Longuenesse (25%) et du Havre (30%). Le nombre de postes budgétés est égal au nombre de postes pourvus (taux d'occupation : 100%) dans trois établissements : MA de Dunkerque, CD de Val-de-Reuil et MA de Valenciennes (voir **Figure 10**).

On note des disparités départementales majeures : alors que le taux d'occupation des postes de psychiatres est de 80% dans les USMP de Seine-Maritime (Le Havre, Rouen), il n'est que de 41% dans celles du Pas-de-Calais (Arras, Bapaume, Béthune, Longuenesse, Vendin-le-Vieil).

Psychologues

En moyenne, deux psychologues à temps plein (5 jours par semaine) et un(e) psychologue à mi-temps (soit 2,5 jours par semaine) sont présent(e)s dans chaque USMP étudiée (2,51 ETP). Rapporté au nombre de personnes détenues, cela représente une moyenne de 0,65 ETP pour 100 détenu(e)s (plus de 3 jours par semaine). Là encore, l'USMP la plus dotée est celle de la MC de Château-Thierry (1,70 ETP pour 100 détenus). A l'inverse,

l'USMP du CP de Laon est la moins bien pourvue en psychologues (0,15 ETP pour 100 détenus) (voir **Figure 9**).

Le taux moyen d'occupation des postes de psychologues est de 91%, et supérieur à 80% dans 18 établissements sur 20. Des postes de psychologues ne sont pas pourvus dans 9 établissements sur 20 ; les taux d'occupation les plus bas sont retrouvés à Laon (47%), Béthune (67%) et Amiens (78%) (voir **Figure 10**).

A l'échelle départementale, les différences sont moins importantes qu'en ce qui concerne les postes de psychiatres : le taux moyen d'occupation des postes de psychologues varie de 77% dans l'Aisne à 99% dans le Nord.

Infirmiers/infirmières

En ce qui concerne les infirmiers et infirmières en psychiatrie, plus de quatre d'entre eux en moyenne sont présents à temps plein (5 jours par semaine) dans chaque USMP étudiée (4,31 ETP), soit 1,14 ETP pour 100 détenu(e)s. Des disparités existent : alors qu'encore une fois, la MC de Château-Thierry est de loin la mieux équipée (4,32 ETP pour 100 détenus), le CP de Maubeuge semble manquer de personnel (0,23 ETP pour 100 détenus) (voir **Figure 9**).

Comme en ce qui concerne les postes de psychologues, le taux moyen d'occupation des postes d'infirmiers/infirmières en psychiatrie est proche de 100% (97%). Des postes d'infirmiers et d'infirmières en psychiatrie sont vacants dans 4 établissements sur 15 (les données sont manquantes à Arras, Bapaume, Le Havre, Valenciennes et Vendin-le-Vieil) et le taux d'occupation des postes est supérieur à 80% dans tous les établissements étudiés (voir **Figure 10**).

A l'échelle départementale, ce taux varie de 91% dans l'Eure à 100% dans l'Aisne, le Pas-de-Calais, la Seine-Maritime et la Somme.

Les USMP avec SMPR sont mieux dotées en psychiatres que les autres. Il s'agit des unités sanitaires d'Amiens (0,37 ETP pour 100 détenus), d'Annœullin (0,29), de Sequedin (0,48) et de Rouen (0,55). Les SMPR du territoire se distinguent moins du reste des USMP en ce qui concerne le nombre de psychologues et le nombre d'infirmiers/infirmières pour 100 détenu(e)s (voir **Figure 9**).

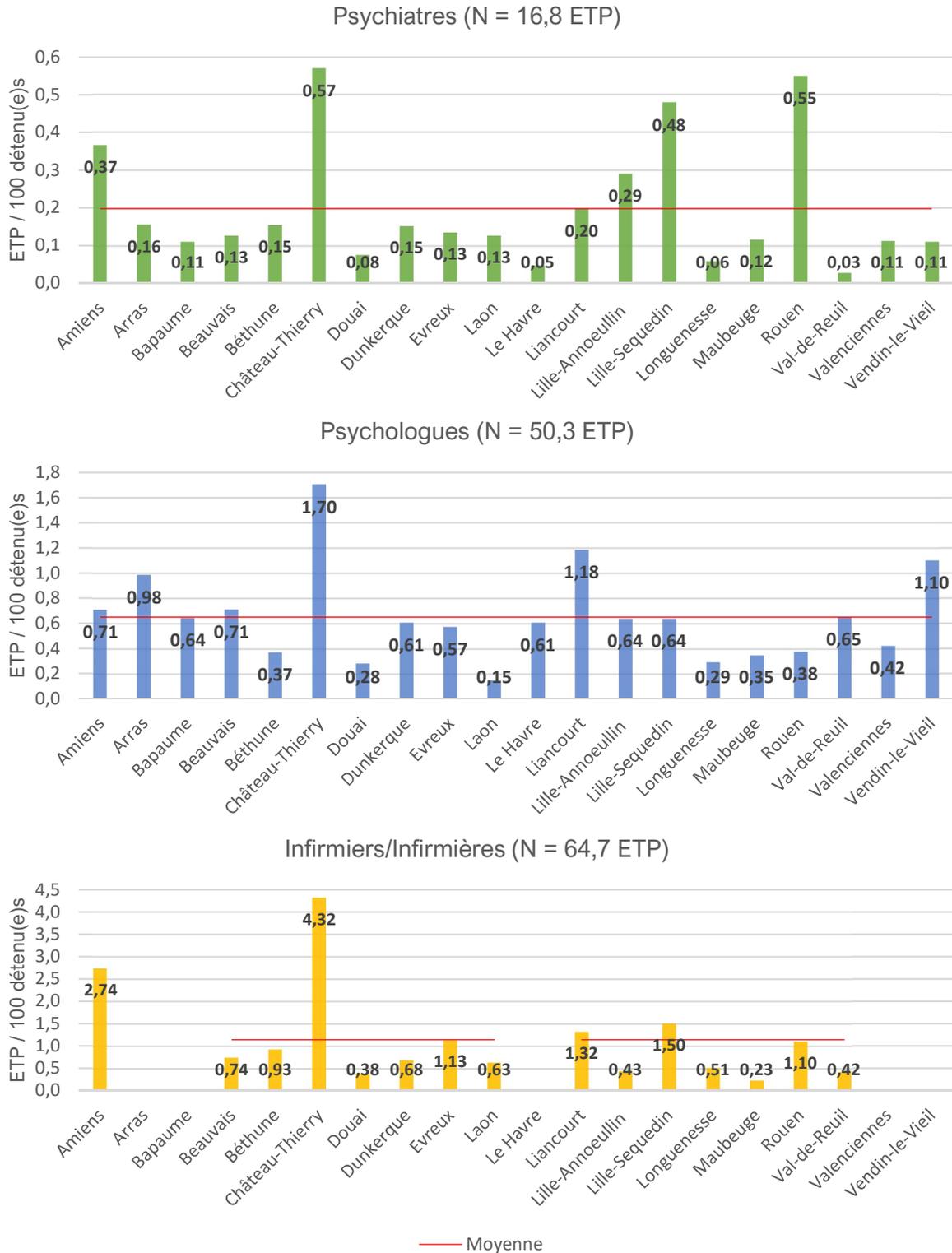


Figure 9. Nombre de psychiatres, psychologues et d'infirmiers/ères en psychiatrie pour 100 détenu(e)s, exprimé en équivalent temps plein (ETP), en 2016.

N : nombre (valeur absolue)

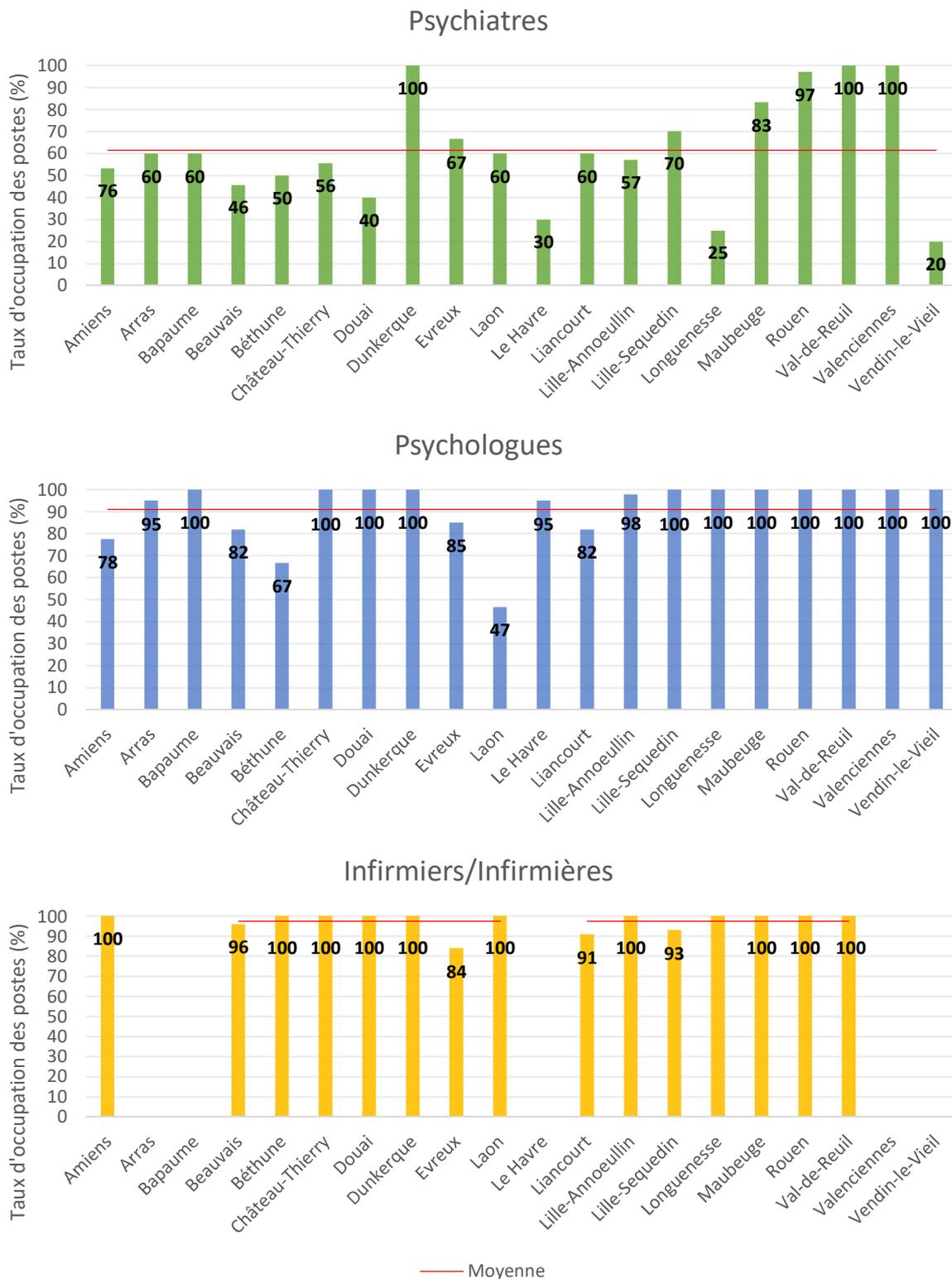


Figure 10. Taux d'occupation des postes de psychiatres, psychologues et infirmiers/infirmières dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) des prisons étudiées, en 2016.

C. Recours aux soins

Au total, on compte 1204 séjours hospitaliers en psychiatrie (612 hospitalisations à l'UHSA et 592 hospitalisations dans l'hôpital d'un secteur de psychiatrie générale) et une moyenne de 60,2 hospitalisations par USMP sur l'année 2016 : de 13 hospitalisations depuis le CP de Vendin-le-Vieil à 144 depuis la MA de Lille-Sequedin. Si on rapporte ces données aux nombres de personnes détenues dans chaque établissement, on trouve une moyenne de 14,8 hospitalisations pour 100 détenu(e)s depuis chaque unité sanitaire, avec une variation au sein du territoire étudié. Les établissements pénitentiaires qui comptent le plus grand nombre d'hospitalisations comparativement au nombre de prisonniers qu'ils accueillent sont : le CP de Château-Thierry (42 hospitalisations pour 100 détenus), la MA d'Amiens (23,1 hospitalisations pour 100 détenus) et la MA de Rouen (23 hospitalisations pour 100 détenu(e)s). A l'inverse, les personnes incarcérées à Laon (6,1 hospitalisations pour 100 détenus), Valenciennes (7,0 hospitalisations pour 100 détenu(e)s) et Douai (7,1 hospitalisations pour 100 détenus) sont peu hospitalisées.

Le recueil du nombre d'hospitalisations à l'UHSA de Seclin et du nombre d'hospitalisations dans les secteurs de psychiatrie générale à partir de chaque établissement montre une forte disparité d'accès à l'UHSA au sein de notre territoire d'étude.

Le **Tableau 10** présente les données concernant les hospitalisations en psychiatrie depuis les 20 USMP étudiées. Les établissements pénitentiaires y sont classés par ordre décroissant, en fonction de la part d'hospitalisations à l'UHSA sur le total des hospitalisations en psychiatrie depuis l'établissement. On trouve ainsi que 92,3% des hospitalisations psychiatriques depuis le CP de Vendin-le-Vieil se font à l'UHSA et qu'à contrario, 94,6% des hospitalisations psychiatriques depuis la MA d'Evreux sont réalisées dans l'hôpital d'un secteur de psychiatrie générale.

	Hospitalisations (2016)				
	Nombre	UHSA (%)			SPG* (%)
	(nombre pour 100 dét.)	SL	SPDRE		
Vendin-le-Vieil	13 (14,3)	92,3 76,9 15,4		7,7	
Maubeuge	33 (7,6)	90,9 66,7 24,2		9,1	
Lille-Sequedin	144 (20,4)	90,3 54,9 35,4		9,7	
Dunkerque	17 (12,9)	88,2 64,7 23,5		11,8	
Lille-Annœullin	62 (9,0)	83,9 51,6 32,3		16,1	
Arras	31 (16,1)	77,4 54,8 22,6		22,6	
Bapaume	121 (22,3)	73,6 60,3 13,3		26,4	
Béthune	41 (12,7)	73,2 46,3 26,9		26,8	
Liancourt	37 (9,7)	73,0 56,8 16,2		27,0	
Valenciennes	25 (7,0)	72,0 52 20,0		28,0	
Longuenesse	62 (9,0)	62,9 37,1 25,8		37,1	
Douai	38 (7,1)	60,5 44,7 15,8		39,5	
Le Havre	83 (13,2)	36,1 21,7 14,4		63,9	
Laon	29 (6,1)	34,5 27,6 6,9		65,5	
Beauvais	46 (7,3)	32,6 19,6 13,0		67,4	
Val-de-Reuil	106 (14,8)	29,2 27,4 1,8		70,8	
Rouen	122 (23,0)	15,6 13,1 2,5		84,4	
Amiens	101 (23,1)	11,9 6,9 5,0		88,1	
Château-Thierry	37 (42,0)	8,1 5,4 2,7		91,9	
Evreux	56 (18,9)	5,4 1,8 3,6		94,6	

Tableau 10. Hospitalisations en psychiatrie depuis les vingt unités sanitaires étudiées, en 2016 : nombre d'hospitalisations, nombre d'hospitalisations pour 100 détenu(e)s ; et, sur toutes les hospitalisations, pourcentage d'orientation vers l'unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA) de Seclin et vers les secteurs de psychiatrie générale.

Exemple de lecture : sur l'année 2016, on note 83 séjours hospitaliers en psychiatrie depuis le CP du Havre, soit 13,2 hospitalisations pour 100 détenus. Sur ces 83 séjours, 36,1% sont réalisés à l'UHSA de Seclin (21,7% en soins libres et 14,4% en soins sans consentement) et 63,9% dans une unité du secteur de psychiatrie générale.

Dét. : détenu(e)s

CP : centre pénitentiaire

UHSA : unité d'hospitalisation spécialement aménagée

SPG : secteur de psychiatrie générale (pour rappel, lorsqu'aucune place n'est disponible à l'UHSA pour une personne détenue souffrant de troubles psychiatriques, l'autorité préfectorale doit procéder à son hospitalisation dans un hôpital du secteur de psychiatrie générale ; cette hospitalisation ne peut se faire que sur le mode de SPDRE)

SL : soins libres

SPDRE : soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (soins sans consentement)

USMP : unité sanitaire en milieu pénitentiaire

On note d'importantes disparités départementales dans l'accès aux hospitalisations à l'UHSA. Rappelons que l'UHSA en question se situe à Seclin, dans le département du Nord, à une vingtaine de minutes de Lille en voiture (18 km ou 12,5 km, en fonction du trajet emprunté). Les prisons les plus proches de l'UHSA, en temps de trajet, sont le CP d'Annœullin (13 minutes), celui de Vendin-le-Vieil (18 minutes) et la MA de Sequedin (20 minutes). Ces derniers établissements font partie de ceux dont la part d'orientation vers l'UHSA est la plus grande avec 83,9% d'hospitalisations à l'UHSA depuis Annœullin, 92,3% depuis Vendin-le-Vieil et 90,3% depuis Sequedin. A l'inverse, les prisons les plus éloignées ont moins recours à l'UHSA : il s'agit de la MA d'Evreux, à 177 minutes de Seclin (5,4% d'orientation vers l'UHSA sur toutes les hospitalisations en psychiatrie depuis cet établissement), du CP du Havre, à 174 minutes (36,1% d'orientation vers l'UHSA) et du CD de Val-de-Reuil, à 162 minutes (29,2% d'orientation vers l'UHSA). En moyenne, les parts d'hospitalisations à l'UHSA depuis les

établissements situés dans les départements les plus éloignés de Seclin, l'Eure et la Seine-Maritime, sont respectivement de 24% et 21%, nettement moins que depuis les prisons situées dans le Nord (84%) et le Pas-de-Calais (72%).

Le nombre d'hospitalisations à l'UHSA pour 100 détenu(e)s évolue dans le même sens : alors qu'il est élevé depuis les établissements les plus proches de Seclin (9,4 et 10,6 hospitalisations à l'UHSA pour 100 détenu(e)s en moyenne depuis les unités sanitaires du Nord et du Pas-de-Calais respectivement), il est nettement plus bas depuis les établissements pénitentiaires de l'Aisne (2,3 hospitalisations à l'UHSA pour 100 détenu(e)s en moyenne), de l'Eure (3,3), de l'Oise (4,1), de la Seine-Maritime (4,2) et de la Somme (2,7).

Devant ces observations, nous avons étudié la corrélation entre le temps de trajet prison – UHSA (exprimé en minutes) et le nombre d'hospitalisations à l'UHSA pour 100 détenu(e)s ; l'hypothèse étant qu'avec l'éloignement, le nombre d'hospitalisations diminue. Le résultat du test classique de Pearson nous montre qu'il existe bien une corrélation négative ($r = -0,65$) et significative ($p = 0,002$) entre ces deux variables. La **Figure 11** présente graphiquement le résultat du modèle de régression linéaire simple.

Nous n'avons pas trouvé de relation significative entre le temps de trajet prison – UHSA et le nombre total d'hospitalisations pour 100 détenu(e)s, toute orientation confondue (*test classique de Pearson ; $r = 0,29$; $p = 0,207$*).

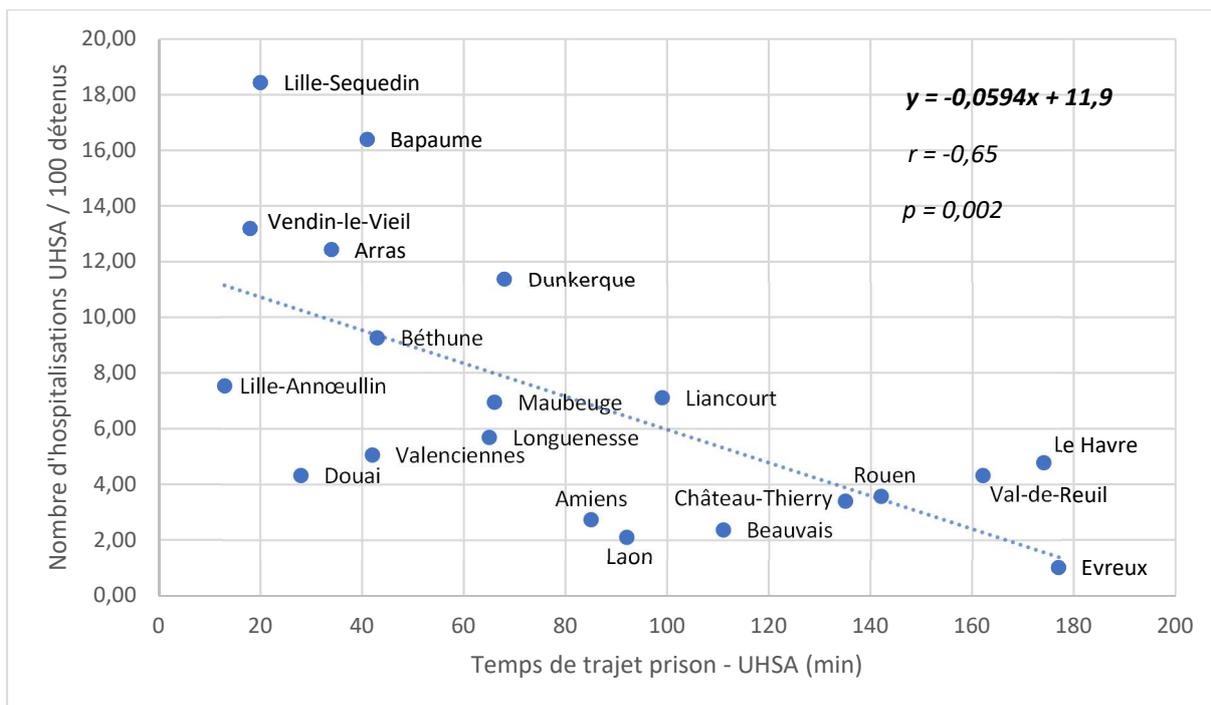


Figure 11. Etude de la relation entre le temps de trajet prison – unité d’hospitalisation spécialement aménagée (UHSA) de Seclin et le nombre d’hospitalisations à l’UHSA pour 100 détenu(e)s : résultat du modèle de régression linéaire simple.

La pente de cette droite de régression (d'équation $Y = aX + b$) indique qu'il existe une corrélation négative entre ces deux variables : plus le temps de trajet prison – UHSA augmente, plus le nombre d'hospitalisations à l'UHSA pour 100 détenu(e)s diminue.

Le paramètre a de la droite de régression ($a = -0,06$) indique de combien varie en moyenne le nombre d'hospitalisations à l'UHSA pour 100 détenu(e)s lorsque la durée du trajet augmente d'une unité. Ici, le nombre d'hospitalisations diminue de 0,06 en moyenne à chaque fois que le temps de trajet augmente d'une minute.

Le paramètre b (ici, $b = 11,9$) de la droite de régression correspond quant à lui à la valeur théorique du nombre d'hospitalisations à l'UHSA pour 100 détenu(e)s pour un temps de trajet prison – UHSA nul. Ainsi, le taux d'hospitalisations à l'UHSA depuis un établissement pénitentiaire qui se situerait à une proximité immédiate de l'UHSA de Seclin serait de 11,9 pour 100 détenu(e)s.

Pour finir, afin d'en savoir plus sur les déterminants du recours aux soins psychiatriques en milieu pénitentiaire, nous avons étudié la corrélation entre le nombre d'hospitalisations pour 100 détenu(e)s toute orientation confondue (UHSA et secteur de psychiatrie générale) et le nombre de psychiatres pour 100 détenu(e)s (voir **Partie III.B.2**). Le résultat du test classique du Pearson nous montre qu'il existe une corrélation positive ($r = 0,71$) et significative ($p = 0,0004$) entre ces deux variables : le nombre d'hospitalisations augmente avec le nombre de psychiatres.

D. Santé mentale

1. Enquête « *santé en population carcérale* »

Les professionnels de huit MA du Nord et du Pas-de-Calais ont accepté de participer à cette enquête entre mars 2014 et avril 2017. Au total, 653 détenu(e)s, 630 hommes et 23 femmes ont fait l'objet d'une évaluation psychiatrique à leur arrivée en prison.

Le **Tableau 11** indique, pour chacun des établissements étudiés, le nombre total de troubles diagnostiqués, le nombre de détenu(e)s interrogé(e)s et le nombre moyen de troubles par personne. Pour rappel, les troubles suivants ont été explorés : troubles de l'humeur, troubles anxieux, syndromes psychotiques, addictions, troubles du sommeil et risque suicidaire moyen/élevé.

En moyenne, sur l'ensemble des 653 participant(e)s, le nombre de troubles par personne est de 1,5. Ce taux est plus élevé dans certains établissements. C'est notamment le cas dans la MA de Lille-Sequedin : les personnes qui viennent d'y être incarcérées présentent

en moyenne 2,4 troubles par personne, soit significativement plus que les détenu(e)s des autres prisons (*test de Student, p < 0,05*). A l'inverse, les arrivant(e)s des MA de Douai, de Valenciennes et du CP de Longuenesse présentent, dans cette étude, significativement moins de troubles que ceux et celles des autres centres (*test de Student, p < 0,05*) (voir **Tableau 11**).

	Nombre de personnes interrogées	Nombre de troubles diagnostiqués	Nombre moyen de troubles par personne
Arras	57	80	1,4
Douai	80	87	1,1
Dunkerque	40	56	1,4
Lille-Annœullin	74	91	1,2
Lille-Sequedin	154	371	2,4
Longuenesse	99	113	1,1
Maubeuge	66	86	1,3
Valenciennes	83	92	1,1
Total	653	976	1,5

Tableau 11. Résultats de l'enquête « santé en population carcérale », exprimés en nombre moyen de troubles par personne.

2. Base de données « *Suicide en milieu carcéral* »

Soixante-huit suicides ont été enregistrés dans les vingt établissements pénitentiaire étudiés entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2016, soit une moyenne annuelle de dix-sept suicides.

En moyenne, un taux de 210 suicides pour 100 000 détenu(e)s a été observé sur cette période, dans la région d'intérêt ; de 68 au CD de Val-de-Reuil à 585 pour 100 000 au CP de Vendin-le-Vieil.

Le nombre de suicides par établissement et le taux de suicide exprimé en nombre de suicides pour 100 000 détenu(e)s sur la période 2013-2016 sont présentés dans le **Tableau 12**.

2013-2016

	Nombre de suicides	Nombre de suicides pour 100 000 détenu(e)s
<i>Amiens</i>	3	165
<i>Arras</i>	1	110
<i>Bapaume</i>	3	140
<i>Beauvais</i>	1	94
<i>Béthune</i>	2	144
<i>Château-Thierry</i>	1	279
<i>Douai</i>	3	150
<i>Dunkerque</i>	1	209
<i>Evreux</i>	2	199
<i>Laon</i>	2	102
<i>Le Havre</i>	2	78
<i>Liancourt</i>	3	121
<i>Lille-Annœullin</i>	4	138
<i>Lille-Sequedin</i>	11	326
<i>Longuenesse</i>	9	316
<i>Maubeuge</i>	4	245
<i>Rouen</i>	7	298
<i>Val-de-Reuil</i>	2	68
<i>Valenciennes</i>	6	431
<i>Vendin-le-Vieil</i>	1	585
Maximum	11	585
Minimum	1	68
Moyenne	3,4	210

Tableau 12. Nombre de suicides et nombre de suicides pour 100 000 détenu(e)s, observés sur quatre années consécutives, de 2013 à 2016, dans les vingt établissements pénitentiaires étudiés.

E. Adéquation des soins

Le **Tableau 13** présente les résultats des analyses de corrélation réalisées entre les variables utilisées comme indicateurs de santé mentale en milieu pénitentiaire (nombre de troubles psychiques par arrivant(e)s et nombre de suicides pour 100 000 détenu(e)s) d'une part ; et celles en lien avec les conditions de vie en détention (densité carcérale), l'offre de soins en milieu carcéral (postes budgétés et pourvus de psychiatres, psychologues, infirmiers/infirmières) et le recours aux soins (nombre d'hospitalisation pour 100 détenu(e)s, temps de trajet prison – UHSA) d'autre part.

Ces résultats montrent qu'il existe une association positive ($r > 0$) et significative ($p < 0,05$) entre le nombre de postes de psychiatres, tant budgétés ($r = 0,751$) que pourvus ($r = 0,874$) et le nombre moyen de troubles psychiatriques par arrivant(e)s. Cette association est également retrouvée entre le nombre de postes budgétés ($r = 0,949$) et pourvus ($r = 0,836$) d'infirmiers/infirmières et cette dernière variable issue de l'enquête « *santé en population carcérale* ».

Enfin, il existe un lien entre le nombre moyen de troubles psychiatriques par arrivant(e)s et le nombre d'hospitalisations pour 100 détenu(e)s ($r = 0,884$).

Aucune association significative n'a été retrouvée entre le nombre de suicides pour 100 000 détenu(e)s et les neuf variables étudiées (densité carcérale, postes budgétés et pourvus de psychiatres, psychologues et infirmiers/infirmières, nombre d'hospitalisation pour 100 détenu(e)s et temps de trajet prison – UHSA).

Nombre moyen de troubles psychiatriques par arrivant(e) <i>Enquête « santé en population carcérale »</i>	Nombre de suicides pour 100 000 détenu(e)s <i>Base de données « suicide en milieu carcéral »</i>
--	--

Densité carcérale	-0,293	-0,157
Psychiatres ETP pour 100 détenu(e)s		
<i>Postes budgétés</i>	0,751*	0,337
<i>Postes pourvus</i>	0,874*	0,211
Psychologues ETP pour 100 détenu(e)s		
<i>Postes budgétés</i>	0,365	0,036
<i>Postes pourvus</i>	0,390	0,140
Infirmiers/infirmières ETP pour 100 détenu(e)s		
<i>Postes budgétés</i>	0,949*	0,302
<i>Postes pourvus</i>	0,836*	0,201
Nombre d'hospitalisations pour 100 détenu(e)s	0,884*	0,135
Temps de trajet prison – UHSA	-0,320	-0,340

Tableau 13. Adéquation des soins aux besoins des personnes détenues en matière de santé mentale : résultats des analyses de corrélation.

*(Tests classiques de Pearson ; *p < 0,05)*

ETP : équivalent temps plein

UHSA : unité d'hospitalisation spécialement aménagée

IV. DISCUSSION

Dans cette étude réalisée à partir de bases médico-administratives et de résultats d'enquête, nous avons analysé l'organisation des soins psychiatriques dans les prisons du Nord de la France, et plus précisément dans les vingt établissements pour lesquels l'UHSA de Seclin constitue le lieu de référence pour les hospitalisations à temps complet en psychiatrie.

Recours aux hospitalisations à l'UHSA

En ce qui concerne le recours aux soins pour les personnes détenues, et plus particulièrement le recours aux hospitalisations à l'UHSA de Seclin, les résultats pointent clairement et logiquement un accès inégal suivant la prison d'origine : plus elle est éloignée de l'UHSA, moins les détenu(e)s y sont hospitalisé(e)s (voir **Tableau 10**).

La procédure d'admission d'une personne détenue à l'UHSA est d'autant plus lourde que la personne détenue est incarcérée dans un établissement éloigné ; ainsi peut s'expliquer ce net gradient géographique. L'accompagnement du ou de la patient(e) par du personnel soignant de l'UHSA dans le cas d'une hospitalisation sans consentement ou quand l'état de santé de l'intéressé(e) le nécessite (74), parfois mobilisé pendant six heures (durée du trajet aller-retour entre la MA d'Evreux et l'UHSA de Seclin), ainsi que la mise en place d'un dispositif d'escorte pénitentiaire, entraînent un surcoût humain et financier évident, d'autant plus élevé quand il s'agit de transférer un(e) détenu(e) sur de longues distances (300 kilomètres depuis la MA d'Evreux ou le CP du Havre, par exemple). A ces obstacles logistiques s'ajoutent la relative pénibilité du transport pour des personnes présentant des troubles psychiatriques parfois sévères et la difficulté pour ces patient(e)s, une fois hospitalisé(e)s, à maintenir des liens avec leurs proches du fait de l'éloignement.

Toutefois, le faible nombre d'hospitalisations à l'UHSA depuis les établissements pénitentiaires éloignés ne peut être expliqué par un plus faible recours aux hospitalisations à temps complet en général puisque nous n'avons pas retrouvé de relation significative entre le temps de trajet prison – UHSA et le nombre total d'hospitalisations pour 100 détenu(e)s toute orientation confondue (c.-à-d., sur le secteur de psychiatrie générale ou en UHSA) (voir **Partie III.C**). En témoignent des taux d'hospitalisation particulièrement élevés depuis le CP de Château-Thierry (42 hospitalisations pour 100 détenus), la MA d'Amiens (23,1) ou celle de Rouen (23), établissements pénitentiaires pourtant situés hors des départements du Nord et de Pas-de-Calais ; alors que des taux plus bas sont retrouvés depuis des prisons plus proches de l'UHSA de Seclin : Valenciennes (7 hospitalisations pour 100 détenu(e)s et Douai (7,1), par exemple (voir **Tableau 10**). Ainsi, l'éloignement de l'établissement pénitentiaire avec l'UHSA ne constituerait pas un frein en soi aux hospitalisations en psychiatrie, mais ferait opter les médecins demandeurs pour une admission dans l'unité d'un secteur de psychiatrie générale plus proche.

Dans ce contexte, à la faveur d'initiatives locales et sous l'impulsion de professionnels sensibilisés, un certain nombre de petites unités du secteur de psychiatrie générale se sont spécialisées dans l'accueil des personnes détenues afin d'améliorer leur condition d'hospitalisation. C'est le cas de l'unité Badinter, ouverte en 2012 à Sotteville-lès-Rouen, sur le site du Centre Hospitalier du Rouvray (voir **Encadré 1**), ou encore de l'unité Féroé, construite en 2013 au sein de l'hôpital Pierre Janet, au Havre. Ces structures de proximité intégrées au sein d'hôpitaux psychiatriques « classiques » présentent l'avantage de limiter le clivage entre soins délivrés aux personnes détenues et soins délivrés aux personnes en liberté (qualité et continuité des soins) tout en garantissant un niveau de sécurité suffisant.

Malheureusement, ces initiatives sont relativement rares et isolées. L'accueil des personnes détenues dans des hôpitaux du secteur de psychiatrie générale reste encore pratiqué dans des circonstances défavorables aux soins et au détriment de la prise en charge optimale du patient : maintien prolongé en chambre d'isolement, recours fréquent à la

contention mécanique, réduction de la durée des hospitalisations (en 2016, durée médiane d'hospitalisations de 26 jours dans les UHSA contre 7 jours dans les unités des secteurs psychiatriques, voir (75)) et médication trop rapide (76–78). A cela s'ajoute le fait que le seul mode de soins à temps complet accessible aux détenu(e)s dans ce cas reste l'hospitalisation sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE), les hospitalisations en soins libres n'étant à ce jour possibles que dans les UHSA (79). Ces conditions d'accueil s'expliquent par la relative réticence des équipes hospitalières à accepter des patient(e)s potentiellement dangereux/ses sur le plan criminologique, dans des services plus ouverts qu'il y a quelques décennies du fait de la politique de désinstitutionnalisation engagée depuis les années 1970, de surcroît sans garde pénitentiaire ni policière, majorant ainsi le risque d'évasion et plaçant de facto les personnels soignants dans un rôle de surveillant (78,80).

Si les UHSA ont permis une baisse des hospitalisations de personnes détenues dans les unités du secteur de psychiatrie générale, on constate toutefois qu'elles ne s'y sont pas substituées. Cette donnée est confirmée sur le territoire que nous avons étudié : sur les 1204 séjours comptabilisés en 2016, 592 ont été réalisés sur le secteur de psychiatrie générale et 612 en UHSA (427 en soins libres, 185 en SPDRE). Ainsi, en 2016, près de 50% des hospitalisations étaient encore réalisées en dehors de l'UHSA de Seclin (voir **Tableau 10**). Comme nous l'avons vu, ceci s'explique par les longues distances qui séparent certains établissements pénitentiaires de l'unité dont ils dépendent, mais aussi probablement par le nombre limité de places en UHSA. A titre d'exemples, les UHSA de Seclin et de Paris-Villejuif doivent respectivement couvrir les besoins de 8869 (voir **Partie III.B.1**) et de 13 000 détenu(e)s. Par ailleurs, le taux de remplissage des UHSA est proche de 100% avec une liste d'attente dans l'ensemble des établissements (81). La première vague de 440 lits d'UHSA semble donc insuffisante pour répondre à l'ensemble des demandes d'hospitalisation psychiatrique pour des personnes détenues.

Encadré 1 : L'unité Badinter, unité spécifique d'hospitalisation pour personnes détenues au Centre Hospitalier du Rouvray, à Sotteville-lès-Rouen.

L'unité Badinter est ouverte depuis le 3 juillet et a été inaugurée le 18 septembre 2012.

Elle comporte 8 lits et 2 chambres d'isolement et accueille les hommes et les femmes détenu(e)s, mineur(e)s comme majeur(e)s, des établissements pénitentiaires de Rouen et Val-de-Reuil.

D'après le bilan d'activité de l'unité mis à notre disposition par le docteur Pasquier, responsable du service, 130 patients ont été pris en charge dans l'unité en 2017, dont 8 femmes et 3 mineurs, pour un total de 193 séjours.

D'après le règlement intérieur de l'unité, les patient(e)s doivent rester dans leur chambre fermée à clé de 13h15 à 15h et la nuit, de 20h à 8h. Le reste du temps, ils/elles sont invité(e)s à participer à des temps collectifs : repas, médiations thérapeutiques et activités (possibilité d'accéder à une cour fermée et sécurisée pour les activités sportives).

Comme dans toutes les unités du secteur de psychiatrie générale qui accueillent des personnes détenues, les admissions se font sous le régime de SPDRE. Toutefois, les patient(e)s admis(es) dans cette unité ne présentent pas toutes des « *troubles mentaux rendant impossible [leur] consentement* », tel que spécifié dans l'article L3214-3 du Code de la santé publique. En 2017, 59,6% des patient(e)s avaient été hospitalisé(e)s pour « *idéations suicidaires* » et « *tentatives de suicide* » et la plupart des patient(e)s étaient consentant(e)s aux soins.

Ainsi, l'unité Badinter semble tout à fait adaptée à la prise en charge des patient(e)s détenu(e)s souffrant de troubles psychiatriques au regard des garanties de soin et de sécurité qu'elle offre et des conditions d'hospitalisation qu'elle propose. Son inclusion au sein du Centre Hospitalier du Rouvray favorise la continuité des soins avec le milieu libre, et sa proximité avec les prisons de Rouen et Val-de-Reuil permet aux détenu(e)s de maintenir des liens avec leurs proches. En revanche, le seul mode d'hospitalisation autorisant légalement les personnes détenues à y accéder reste problématique. Ceci est éthiquement discutable, et entraîne des contraintes injustifiées, tant pour les patient(e)s que pour les médecins (audience des patient(e)s devant le Juge des Libertés et de la Détention et rédaction de certificats médicaux, en application de l'article L3213-1 du Code de la santé publique qui prévoit les modalités de mise en œuvre des SPDRE).

Débat technique et éthique autour de la création des UHSA

Conçues pour permettre aux personnes détenues de bénéficier des prises en charge accessibles à l'ensemble de la population, leur favoriser l'accès à toute l'offre de soins psychiatriques, et donc aux hospitalisations à temps complet, les UHSA sont toutefois au cœur d'un vaste débat technique et éthique.

Conditions d'hospitalisation à l'UHSA

Les UHSA produisent par nature un assemblage hybride de deux institutions : la prison et l'hôpital psychiatrique. Localement, l'hybridation entre les règles de l'administration pénitentiaire et celles de l'hôpital entraîne des conditions d'hospitalisation inédites.

En ce qui concerne le fonctionnement et l'organisation de l'UHSA, chaque structure comprend des chambres individuelles, un lieu de vie qui fait office de salle-à-manger, une ou plusieurs salles d'activité, des espaces de consultation et un espace extérieur. Leur conception architecturale varie considérablement d'une unité à l'autre : si dans certaines, le projet de soin a clairement su s'imposer, d'autres ont adopté un aspect plus « *carcéral* », comme l'a souligné la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté (CGLPL) lors de sa visite sur le site de l'UHSA de Seclin en 2014 (82). L'incorporation de la logique carcérale conduit parfois à des mesures plus restrictives de libertés qu'à l'hôpital et inversement, l'application de certaines règles hospitalières crée un environnement parfois plus contraignant par rapport à celui de la prison (83). A l'UHSA de Seclin par exemple, le principe de la liberté de circulation des patients est appliqué de 8h à 20h dans toutes les unités et quel que soit le mode d'admission, les patients peuvent partager activités et repas en commun, ils disposent de leurs effets personnels et ont droit à une télévision individuelle mais certains droits courants en prison sont exclus. Par exemple, s'il est possible de fumer ou de cuisiner dans une cellule de prison, ces deux choses sont interdites dans une chambre d'hôpital (74,83,84).

A cela viennent se greffer d'autres difficultés d'ordre logistique. L'admission d'un(e) patient(e) en UHSA est demandée par un médecin intervenant dans un établissement pénitentiaire et est décidée par un médecin de l'UHSA ; c'est également ce dernier qui décide de la sortie du/de la patient(e) (74). Cependant, le caractère très contraignant des procédures ainsi que l'insuffisance des moyens en personnels et en transports de l'administration pénitentiaire aboutissent dans toutes les UHSA à des listes d'attentes longues et limitent ainsi la possibilité d'hospitalisations en urgence (81).

Quant aux soins, même s'ils sont de bonne qualité, délivrés par une « *équipe pluridisciplinaire engagée* » (85), des « *médecins et [un] ensemble d'intervenants [...]* particulièrement investis dans leur travail et dans le projet » (81), et qu'ils sont jugés satisfaisants par les patient(e)s (62), ils s'imposent parfois difficilement sur la sécurité (82) : dans la prise en charge des états d'agitation ou dans les modalités d'hospitalisation, par exemple.

Toutes les UHSA sont entourées par une « *coque* » pénitentiaire assurant la surveillance et la sécurité des patients et du personnel. Pour des raisons de sécurité, le personnel pénitentiaire peut entrer dans la zone de soin, sur invitation de l'équipe soignante, en cas de difficulté avec un patient au cours d'une intervention thérapeutique. La présence de l'administration pénitentiaire évite aux soignants de réaliser la dimension contraignante du soin dans ces situations (83), leur permettant ainsi de se recentrer sur leur seule fonction soignante, et non plus sur des missions de surveillance et de prévention des évasions (86). Toutefois, ces demandes d'intervention donnent parfois lieu à un usage de la force « *disproportionnée* », comme l'a constaté la CGLPL à l'UHSA de Nancy en 2013 (87), et certain(e)s soignant(e)s peuvent rester préoccupé(e)s par des notions sécuritaires liées au statut de détenu(e) du/de la patient(e).

Les UHSA permettent l'admission de patient(e)s en soins libres, ce qui constitue une avancée considérable puisque jusqu'ici, seules les hospitalisations sans consentement étaient possibles en psychiatrie pour les personnes détenues. Eu regard à l'objectif fondamental d'accès des personnes détenues aux soins dans les conditions du droit commun posé par la loi de 1994 (loi n°94-43 du 18 janvier 1994) cet apport est indéniable. En revanche, il n'existe toujours qu'une seule modalité de soins psychiatriques sans consentement : les SPDRE, qui ne peuvent être mis en place que lorsque la personne détenue présente des « *troubles mentaux [...] constituant un danger pour elle-même ou pour autrui* » (cf. article L3214-3 du Code de la santé publique). Ainsi, il existe une différence majeure avec les soins psychiatriques sans consentement en milieu libre pour lesquels cette « *dangerosité* » n'est pas une condition nécessaire (« *troubles mentaux [imposant] des soins immédiats assortis [...] d'une surveillance médicale constante* » dans le cas des soins psychiatriques à la demande d'un tiers, cf. article L3212-1 du Code de la santé publique). Cette situation apparaît en contradiction totale avec la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, dont l'objectif est d'assurer, en prison, une qualité et une continuité de soins équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population (79).

L'UHSA, « hôpital-prison » ?

A leur création, les UHSA ont très vite été prises dans le débat éthique et moral, déjà largement répandu parmi les professionnels de la santé mentale autour de la « *dérive sécuritaire* » de la psychiatrie (83). Le contexte politique et médiatique dans lequel ces unités se sont mises en place n'a fait que majorer la crainte qu'elles entretiennent la confusion entre enfermement carcéral et soin psychiatrique. En 2007, le Président de la République Nicolas Sarkozy déclare, faisant directement référence à l'ouverture prochaine de l'UHSA de Lyon, que « *[les délinquants sexuels] qui n'accepteront pas d'être soignés resteront dans cet hôpital fermé le temps où on estimera qu'ils sont dangereux* » (88). Puis en 2008, il annonce un plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques, faisant suite au « *Drame de Pau* » (assassinat de deux soignantes à l'hôpital psychiatrique de Pau par une personne souffrant de

schizophrénie en 2004) (89). Enfin, entre 2005 et 2008, les autorités publiques commandent la publication de nombreux rapports sur la prévention de la récidive et l'évaluation de la dangerosité (90–93). Dans ces circonstances, il n'est pas étonnant que les UHSA, surnommées dans la presse « *hôpitaux-prisons* » (94), aient renforcé plusieurs inquiétudes concernant les soins psychiatriques en prison. Premièrement, ces unités seraient le maillon d'une filière de soins psychiatriques dédiée aux personnes détenues, soulignant davantage une « *carcéralisation des soins* » qu'une ouverture de la prison à la psychiatrie générale (95). Ensuite, elles légitimeraient l'incarcération des personnes présentant des troubles mentaux. Il est effectivement déjà arrivé que des juges précisent de façon erronée que la détention devait s'effectuer en UHSA alors que l'admission dans ces unités de soins ne peut intervenir que sur décision médicale (96). Certain(e)s soignant(e)s craignent par ailleurs le développement en France de pratiques relevant de la défense sociale (voir **Encadré 2**) avec l'élaboration d'une « *clinique du passage à l'acte* » dans l'optique d'une prévention de la récidive plus qu'une guérison (83).

Pourtant, le principe de dichotomie entre régulations pénale et médicale est encore de rigueur en France. D'abord, l'irresponsabilité fait glisser les auteurs d'infractions dans une filière d'hospitalisation « *civile* ». Ensuite, les prisons françaises restent des institutions dans lesquelles les services de soin psychiatrique se tiennent en marge du traitement pénitentiaire. Enfin, l'orientation des délinquants ou criminels malades vers l'UHSA ne se fait pas sur décision judiciaire à la manière de ce qui est fait dans les institutions spécialisées en défense sociale (voir **Encadré 2**) (97,98) et les règles qui définissent ces unités séparent clairement le motif pénal de l'enfermement de l'activité thérapeutique (74,81). Si des durées d'hospitalisation hors norme observées pour quelques cas entretiennent une incertitude quant au motif de l'enfermement, la durée moyenne d'hospitalisation sur l'année 2016 dans toutes les UHSA était de 46 jours (75), suggérant que ces unités sont d'abord un lieu de prise en charge des troubles psychiatriques, et que les détenu(e)s qui y sont admis(es) n'ont pas vocation à y purger la totalité de leur peine.

Rappelons également qu'au sein des UHSA, et plus largement de toutes les structures de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire, les principes suivants doivent être respectés :

- Le libre consentement du patient aux soins en prison,
- L'indépendance des soignants vis-à-vis de l'administration pénitentiaire et de l'autorité judiciaire, ce qui implique une confidentialité absolue et le respect du secret médical,
- L'intégration des soins psychiatriques dans le dispositif général du secteur de psychiatrie générale afin de garantir la continuité des soins pendant et après sa détention (99).

Par ailleurs, la pratique clinique doit rester fondée sur les mêmes recommandations qu'en milieu libre et l'évaluation clinique sur les mêmes bases qu'en pratique classique (100).

En conclusion, l'hybridation entre santé et sécurité à l'UHSA n'est réussie que si elle est appliquée « *a minima* », sans que la contrainte de surveillance, le traitement de la dangerosité et la prévention de la récidive ne priment sur les besoins en matière de soins. A cet effet, il semble indispensable de favoriser les échanges et l'élaboration de bonnes pratiques entre les équipes soignantes des UHSA, de développer les liens institutionnels entre membres de l'administration pénitentiaire et professionnels de la santé et enfin, de renforcer la formation et l'information des magistrats sur le rôle et le fonctionnement des UHSA.

Encadré 2 : la défense sociale, exemple du modèle belge, d'après (95,98).

Si la Belgique et la France sont confrontées aux mêmes questionnements éthiques autour de la prise en charge psychiatrique des patient(e)s incarcéré(e)s, ces deux pays présentent une histoire et un système de prise en charge très différents.

Sous l'influence du courant de défense sociale qui se déploie en Europe à la fin du XIX^{ème} siècle et au début du XX^{ème} siècle, la Belgique se dote en 1930 d'une législation spécifique destinée à protéger la société des « *aliénés délinquants* ». Une fois déclarés irresponsables, ces derniers sont pris dans un dispositif hybride d'internement alliant soin et contrainte : le circuit de « *défense sociale* ».

Conformément à l'article 1 de la loi de défense sociale de 1930, sont concernés par cette filière les « *déments* » et la catégorie intermédiaire d'individus qui se trouvent « *dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale* ». Les individus ainsi désignés sortent du circuit pénal pour entrer dans celui de la « *défense sociale* », à deux autres conditions : 1) le crime ou le délit qu'ils ont commis est passible de trois mois d'emprisonnement au moins, 2) ils représentent un danger pour la société.

Ce dispositif légal est modifié en 1964, sans changement majeur. Par la suite, une loi de réforme voit le jour en 2007, mais est modifiée avant son application par une nouvelle loi de 2014, entrée en vigueur en 2016 et encore d'actualité en Belgique. La nouvelle loi reprend la philosophie globale de la loi de défense sociale de 1930.

Dans un premier temps, les « *aliénés délinquants* » sont mis en observation au sein de l'annexe psychiatrique d'une prison : c'est le temps de l'expertise psychiatrique et de l'orientation.

Dans un deuxième temps, une mesure d'internement est prononcée pour une durée relativement indéterminée de 5, 10 ou 15 ans, en fonction de la gravité de l'acte commis.

Aujourd'hui, l'exécution de cette mesure se fait principalement dans les annexes psychiatriques de prison et les « *établissements de défense sociale* », institutions spécifiques spécialement conçues pour accueillir cette population d'« *anormaux* ».

Dans un troisième temps, la libération peut s'envisager une fois que le risque de récidive semble maîtrisé, lorsque « *l'état mental de l'interné s'est suffisamment amélioré pour qu'il ne constitue plus un danger social* » (article 19 de la loi de défense sociale de 1930).

Ce système hybride est vivement critiqué pour faire prévaloir la peine sur le soin.

Il semble que la dangerosité et le risque de récidive soient les seuls moteurs du régime de « *défense sociale* » privilégiant la mise à l'écart des « *aliénés délinquants* » au détriment de leur prise en charge médicale. Les condamnations répétées de la Belgique par la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) en 2014, 2015 et 2016 soulignent par ailleurs la difficulté de sortir de cette logique sécuritaire.

Ainsi, la logique hybride belge, partagée par d'autres pays de l'Union Européenne (Allemagne et Pays-Bas, par exemple) contraste avec le système dichotomique français. En France, il n'existe officiellement pas d'institutions spécifiques pour la prise en charge des personnes concernées par l'alinéa 2 de l'article 122-1 (responsabilité atténuée), et les auteurs d'infraction déclarés irresponsables en application de l'alinéa 1 de l'article 122-1 rejoignent la filière générale des soins psychiatriques.

Offre de soins dans les structures ambulatoires

Alors que les postes de soignants en UHSA sont plutôt valorisés par les personnels (81), l'offre de soins est incomplète et inégale dans les unités sanitaires de niveau 1 et 2 (DSP/USMP, SMPR).

D'après nos résultats, le manque de moyens humains concernerait plus particulièrement les psychiatres : 40% des postes budgétés n'étaient pas pourvus en 2016 sur le territoire étudié, contre seulement 9% des postes de psychologues et 3% des postes d'infirmiers/ères en psychiatrie (voir **Partie III.B.2**). Au niveau national, 15,5% des postes de psychiatres n'étaient pas pourvus en 2013 dans les USMP (96). Il est difficile d'établir une comparaison entre les résultats de notre étude et ces données nationales. Toutefois, il semble possible que la localisation des établissements pénitentiaires, dans le Nord de la France en ce qui nous concerne, soit un facteur à prendre en compte dans les difficultés de recrutement, renforcées par la faible attractivité de la psychiatrie en milieu carcéral. Dans ces conditions, les missions de dépistage des troubles mentaux et de soins ne peuvent être assurées de manière optimale. En particulier, le manque de psychiatres pourrait être un frein à l'orientation en hospitalisation des personnes détenues nécessitant des soins à temps complet. La corrélation positive entre le taux d'hospitalisation toute orientation confondue et le nombre de psychiatres pour 100 détenu(e)s (voir **Partie III.C**) mise en évidence dans notre travail semble en faveur de cette hypothèse.

A l'échelle des sept départements étudiés dans notre travail, les USMP de Val-de-Reuil, de Laon et de Maubeuge sont respectivement les moins bien dotées en psychiatres (0,03 ETP pour 100 détenus), en psychologues (0,15 ETP pour 100 détenus) et en infirmiers/ères en psychiatrie (0,23 ETP pour 100 détenus), alors que le nombre d'ETP pourvus ramené au nombre de personnes détenues montre une situation beaucoup plus favorable à Château-Thierry par exemple (0,57 ETP de psychiatres, 1,70 ETP de psychologues et 4,32 ETP d'infirmiers/ères en psychiatrie pour 100 détenus) (voir **Partie III.C**).

Ces résultats ne sont pas étonnants : le CP de Château-Thierry est un établissement singulier officiellement destiné à accueillir « *des personnes détenues souffrant de troubles du comportement et plus particulièrement celles rencontrant des difficultés pour s'intégrer à un régime de détention classique* » (101). Les spécificités de cet établissement sont détaillées dans l'**Encadré 3**.

Conformément à ce qui a déjà été pointé en 2001 puis en 2015 dans les rapports conjoints de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ) portant sur l'évaluation du plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice (96,102), nous avons montré qu'il existait une inégalité importante entre les sites disposant de SMPR et ceux n'en disposant pas. Ainsi, les unités sanitaires d'Amiens (0,37 ETP pour 100 détenus), d'Annœullin (0,29), de Sequedin (0,48) et de Rouen (0,55) sont dotées de presque deux fois plus de psychiatres que la moyenne des USMP (0,20) (voir **Partie III.B.2**). Dans les établissements pénitentiaires sans SMPR, c'est l'équipe du secteur de psychiatrie générale dont dépendent les USMP qui doit assurer les soins. Compte tenu des faibles moyens alloués aux secteurs à cette mission, et probablement aussi parce que cet exercice est jugé peu attrayant par certain(e)s psychiatres, seuls les soins psychiatriques urgents sont assurés, au détriment des prises en charge au long cours (78).

Le rapport conjoint de l'IGAS et l'IGSJ de novembre 2015 a également souligné une offre d'hospitalisation de jour dans les SMPR encore insuffisante (96). Dans certains établissements, faute de place disponible en SMPR, certain(e)s psychiatres seraient contraint(e)s de demander une hospitalisation vers l'UHSA ou le secteur de psychiatrie générale, parfois sans consentement, pour des patient(e)s ne relevant que d'une hospitalisation de jour. Ce constat pourrait en partie expliquer les taux d'hospitalisation complète particulièrement élevés observés depuis les MA d'Amiens et de Rouen (23,1 et 23

hospitalisations pour 100 détenu(e)s respectivement, la moyenne sur le territoire étudié étant de 14,8), USMP disposant pourtant de SMPR avec hôpital de jour (voir **Partie III.C**).

En 2011, les établissements de santé de France métropolitaine employaient, en psychiatrie générale, 6000 ETP de personnels médicaux, soit une densité qui s'élevait à 12 ETP pour 100 000 habitants de 16 ans et plus (103). Dans les USMP étudiées, nous avons trouvé pour l'année 2016 et sur notre territoire d'intérêt, une moyenne de 200 ETP pour 100 000 détenu(e)s (voir **Partie III.B.2**). Même s'il est difficile de comparer directement ces deux résultats, il semble que la densité de psychiatres soit largement plus élevée en milieu pénitentiaire qu'en milieu libre. Ces effectifs importants ne semblent toutefois pas à la hauteur des besoins des personnes détenues en matière de santé mentale (à titre d'exemple, la prévalence des troubles psychotiques serait 17 fois plus élevée en prison qu'en milieu libre, d'après (40)).

Encadré 3 : Le centre pénitentiaire (CP) de Château-Thierry, une prison pour les « fous » ? (104)

Construite en 1850, la « *maison centrale sanitaire* » de Château-Thierry se spécialise dans la prise en charge des « *détenus psychopathes* » dans le contexte de la réforme pénitentiaire de 1945, ou « *réforme Amor* » (voir **Partie I.A**).

Aujourd'hui, cet établissement pénitentiaire est composé d'un « *quartier maison centrale* » (qMC) et d'un « *quartier centre de détention* » (qCD), pour une capacité opérationnelle totale de 130 places (101 places dans la qMC et 29 dans le qCD). Au 1^{er} février 2019, 72 personnes étaient écrouées dans le qMC et 7 personnes dans le qCD, soit un taux d'occupation de 71,3% et de 24,1% dans les deux quartiers respectifs (105).

La circulaire du 21 février 2012 relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues prévoit une procédure d'orientation spécifique vers le CP de Château-Thierry. Elle précise que la mission principale du centre est d'accueillir en son qMC des personnes condamnées présentant des « *troubles du comportement rendant difficile leur intégration à un régime de détention classique mais ne relevant ni d'une hospitalisation d'office [SPDRE], ni d'une hospitalisation en SMPR, ni d'une UHSA* » (101).

Pour répondre à cette mission, l'établissement bénéficie de moyens sanitaires renforcés. Le nombre d'ETP de psychiatres rapporté au nombre de détenus est particulièrement élevé comparativement à celui retrouvé dans les autres USMP étudiées (voir **Partie III.C**) et pourtant, l'effectif pourvu reste insuffisant au regard du public accueilli à Château-Thierry. Le manque de soignants est chronique : le centre comptait 0,4 ETP de psychiatres au lieu des 0,9 prévus en 2016 (voir **Partie III.B.2**).

La Contrôleure Générale des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL), après plusieurs visites (106,107), a récemment dénoncé la présence au sein du CP de personnes souffrant de véritables troubles psychiatriques nécessitant une prise en charge au long cours (108). Cela n'est pas étonnant au vu des « *comportements inadaptés* » désignés par la circulaire comme pouvant motiver une orientation vers Château-Thierry : « *peur ou refus de sortir d'un isolement de longue durée ; manque d'hygiène grave, régression, état de prostration, retrait par rapport à la collectivité ; ingestion fréquente de corps étrangers ; automutilations habituelles ; tentatives de suicide répétées ; passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs fréquents ; propos et conduites inadaptés* » (101).

La grande majorité des personnes hébergées souffriraient de troubles psychotiques chroniques graves et persistants, qui pourraient donner lieu à une suspension de peine ou à une libération conditionnelle pour motif psychiatrique, mesures encore trop peu prononcées (109).

La contradiction entre les objectifs officiellement assignés au CP de Château-Thierry et la politique d'affectation des personnes détenues aboutit à des dysfonctionnements majeurs, qui doivent nous rappeler que « *la prison est une institution organisée dans le but d'exécuter des peines, elle n'est adaptée ni pour prodiguer des soins, ni pour prendre en charge des personnes que leur pathologie rend dépendantes* » (108).

Santé mentale des détenu(e)s et adéquation des soins

Santé mentale

En France, le taux de suicide en population carcérale est 7 fois supérieur à celui observé en population générale. La mortalité par suicide des détenu(e)s a nettement progressé au cours des dernières décennies : le taux de suicide est passé de 20 pour 100 000 détenu(e)s en 1950 à 185 pour 100 000 pour la période 2005-2010 (46,47). D'après notre étude, le taux moyen de suicide dans les établissements pénitentiaires du Nord de la France est de 210 pour 100 000 détenu(e)s pour la période 2013-2016, suggérant une mortalité par suicide plus importante dans les prisons du Nord de la France.

Plus généralement, dans les établissements pénitentiaires français, la maladie mentale constitue un sérieux problème de santé publique. Les personnes souffrant de troubles psychiatriques sont surreprésentées en prison par rapport à la population générale.

Pour avoir une idée globale de la santé mentale des personnes détenues sur notre territoire d'intérêt, nous avons exploité les données issues de l'enquête « *santé en population carcérale* », réalisée dans huit MA du Nord et du Pas-de-Calais. Les résultats ont montré qu'en moyenne, les détenu(e)s souffraient d'au moins un trouble psychiatrique à leur arrivée en détention parmi les suivants : troubles de l'humeur, troubles anxieux, syndromes psychotiques, addictions, troubles du sommeil et le risque suicidaire moyen/élevé. A la MA de Sequedin, il a même été constaté que les arrivant(e)s présentaient en moyenne 2,4 troubles par personne, suggérant la prévalence massive des comorbidités psychiatriques (voir **Partie III.D.1**). Ces résultats témoignent de la sévérité des troubles présents chez les arrivant(e)s en prison. En effet, les comorbidités psychiatriques sont associées à un moins bon pronostic : retard aux diagnostics, soins moins adaptés et orientés uniquement sur l'un des troubles, nombreuses complications (médicales, sociales et judiciaires) (110).

Les arrivant(e)s de la MA de Sequedin sont significativement en moins bonne santé mentale que ceux et celles des autres MA étudiées dans l'enquête « *santé en population carcérale* ». Une des hypothèses avancée pour expliquer ce résultat frappant est l'orientation sélective des personnes incarcérées vers certains établissements en fonction de leur santé mentale. La circulaire du 21 février 2012 relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues a en effet introduit la procédure d'orientation, qui « *consiste à réunir tous les éléments relatifs au condamné : son sexe, son âge, sa catégorie pénale, ses antécédents, son état de santé physique et mentale, sa personnalité, ses aptitudes, ses possibilités de réinsertion sociale, ses liens familiaux, c'est-à-dire de manière générale, tous les renseignements susceptibles d'éclairer l'autorité compétente pour décider de l'affectation la plus adaptée (article D.74 du Code de procédure pénale)* » (101). Il y est précisé que « *pour les personnes détenues souffrant de troubles psychologiques ou psychiatriques, l'établissement d'affectation sera choisi en fonction de l'existence d'un SMPR ou des possibilités de prise en charge psychiatrique ou psychologique.* » Ainsi, il n'est pas étonnant qu'un certain nombre de détenu(e)s malades soient orienté(e)s vers la MA de Sequedin : son unité sanitaire fait partie du SMPR de Lille – elle est à ce titre est bien dotée en psychiatres, psychologues et infirmiers/ères – et c'est l'une des prisons les plus proches de l'UHSA de Seclin. Toutefois, cette hypothèse n'explique pas la différence d'état de santé mentale observée entre les arrivant(e)s du qMA d'Annœullin et ceux et celles de la MA de Sequedin, établissements disposant pourtant des mêmes possibilités de prise en charge psychiatrique et psychologique (1,2 troubles par personne en moyenne à Annœullin vs. 2,4 à Sequedin).

Adéquation des soins

La MA de Sequedin ne présente pas de décalage entre l'offre et la demande : prévalence importante de maladies mentales (2,4 troubles par arrivant(e) en moyenne), taux de recours aux soins élevé (20,4 hospitalisations pour 100 détenu(e)s), bonne accessibilité aux structures de soins psychiatriques (SMPR sur place et UHSA de Seclin proche) et offre de soins satisfaisante (0,48 ETP psychiatres, 0,64 ETP psychologues et 1,5 ETP infirmiers/ères pour 100 détenu(e)s). Les soins semblent également en adéquation dans les autres MA concernées par l'enquête « *santé population carcérale* » : il existe une corrélation positive entre le nombre moyen de troubles psychiatriques par arrivant(e) et le nombre de postes de professionnels de la santé mentale, corrélation significative en ce qui concerne les postes pourvus de psychiatres et d'infirmiers/ères. Une relation a également été retrouvée entre le nombre moyen de troubles psychiatriques par arrivant(e) et le nombre d'hospitalisations pour 100 détenu(e)s (voir **Partie III.E**). Ces résultats semblent indiquer que l'offre de soins et le recours aux soins sont adaptés aux besoins des personnes détenues en matière de santé mentale, dans les MA du Nord et du Pas-de-Calais.

Limites et biais

Les limites et biais de ce travail rendent globalement compte de la difficulté à mener une étude auprès des personnes détenues, du fait d'un accès limité aux renseignements cliniques et socio-démographiques.

Les analyses portant sur les troubles psychiatriques n'ont été possibles que dans huit établissements pénitentiaires, car l'enquête « *santé en population carcérale* » a été réalisée sur une population de détenu(e)s arrivant(e)s, dans les MA du Nord et du Pas-de-Calais. Les données issues de cette enquête, quoique particulièrement intéressantes, limitent la généralisation des résultats au Nord de la France.

Aucune corrélation significative n'a été trouvée entre le taux de suicide, l'offre de soins et le recours aux soins psychiatriques en détention. Toutefois, ces résultats doivent être nuancés par le fait que le suicide est un évènement statistiquement rare, ce qui entraîne inévitablement des conséquences sur les analyses et les résultats.

Pour calculer précisément les taux que nous avons utilisés (par ex., nombre d'hospitalisations à l'UHSA pour 100 détenu(e)s), il aurait fallu rapporter les évènements dont nous voulions mesurer l'importance (par ex., nombre d'hospitalisations à l'UHSA, qui est une « *variable de flux* », mesurée sur une période de temps) au nombre d' « *entrants* » en prison (qui est également une « *variable de flux* »). Toutefois, ces données n'étant pas disponibles par établissement pénitentiaire, nous avons choisi d'utiliser le nombre de personnes détenues présentes à un instant t (« *variable de stock* »). Ce choix méthodologique est fréquemment réalisé dans les études épidémiologiques internationales en détention (45,47,49,51,52).

V. CONCLUSION

En analysant l'organisation actuelle des soins psychiatriques dans les prisons du Nord de la France, nous avons pu mettre en évidence certaines difficultés, au premier rang desquelles figurent l'inégalité d'accès aux hospitalisations à l'UHSA et le manque de psychiatres dans les USMP. Nos résultats confirment ainsi le peu de données nationales disponibles : la prise en charge psychiatrique des détenues est inégale et incomplète.

Tout en poursuivant et en actualisant le questionnement sur la place de la psychiatrie et de ses rapports avec l'institution carcérale, il est essentiel de se pencher de façon plus approfondie sur la réalité de ce dispositif de soins car jusqu'ici, peu d'études scientifiques ont été menées. En particulier, il est indispensable de poursuivre cette évaluation au niveau national et de proposer des pistes d'amélioration pour corriger les inégalités et les manquements dans l'offre de soins. L'objectif ultime de ce travail sera de mettre fin aux atteintes aux droits fondamentaux et de parvenir enfin à l'égalité réelle de l'accès aux soins pour les personnes détenues que la loi affirme depuis 1994.

En guise de conclusion, citons Robert Badinter (1928 – ; avocat et homme politique français) qui, dans le cadre de la Commission d'enquête sur la situation des prisons françaises en 2000, dresse le constat suivant : « *La santé des détenus est un problème constant qui a fait des progrès considérables. Nous sommes arrivés avec des difficultés inouïes à mettre fin à ce que l'on a appelé « la médecine pénitentiaire », qui était une médecine de sous-hommes. Nous fûmes confrontés à des réactions corporatistes intenses. En 1983, nous avons rattaché les établissements pénitentiaires à l'inspection de l'administration de l'Assistance publique. Le regard de cette inspection fut enfin posé sur la médecine carcérale et, de ce jour, tout fût rendu possible, avec des progrès successifs qui n'ont jamais cessé, car l'on a compris qu'il ne pouvait exister une médecine pratiquée pour tous et une médecine carcérale et un traitement carcéral des maladies [...] Devant la maladie, tout être humain doit être également traité* » (111).

BIBLIOGRAPHIE

1. Imperator Iustinianus. Digestae. Disponible sur: <http://www.intratext.com/ixt/lat0866/>
2. Ternon M. Juger les fous au Moyen Âge : Dans les tribunaux royaux en France XIVe-XVe siècles. Presses Universitaires de France (PUF). Paris; 2018. 304 p. (Le Noeud Gordien).
3. Domat J. Les loix civiles dans leur ordre naturel ; Le droit public, et Legum Delectus. Paris: Nyon aîné; 1777. 874 p.
4. Hémerly Y. Irresponsabilité pénale, évolutions du concept. Inf Psychiatr. 2009;85(8):727-33.
5. Kant E. Anthropologie du point de vue pragmatique. Garnier-Flammarion. Paris: Alain Renaut; 1993. 352 p. (Philosophie).
6. Barbier G, Demontès C, Lecerf J-R, Michel J-P. Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ? Paris: Sénat; 2010. 120 p. Report No.: 434.
7. Guignard L. L'irresponsabilité pénale dans la première moitié du XIXe siècle, entre classicisme et défense sociale. Champ Pénal/Penal Field. 17 juill 2005.
8. Senon J-L, Manzanera C. Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. Ann Méd-Psychol. déc 2006;164(10):818-27.
9. Hochmann J. Histoire de la Psychiatrie. Presses Universitaires de France; 2017. 128 p. (Que sais-je ?).
10. Pinel P. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Paris: J. Ant. Brosson; 1809. 539 p.
11. Esquirol J-E. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Volume 2. J.-B. Baillière; 1838. 866 p.
12. Postel J, Postel M. Esquirol et la monomanie homicide. Hist Sci Médicales. 1988;22(2):181-6.
13. Rhenter P. La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement : un éclairage historique. J Fr Psychiatr. 2010;38(3):12-5.

14. Bellanger H. Politiques et pratiques de la psychiatrie en prison 1945-1986. Des annexes psychiatriques aux services médico-psychologiques régionaux (SMPR). *Criminocorpus Rev Hist Justice Crimes Peines*. déc 2014. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/criminocorpus/>
15. Juan F. Le dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral : évolution et actualités [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine]. Angers. 2005.
16. Sechter D. Des Rapport entre Psychiatrie et Justice Pénale. Ressources et Limites du Modèle Intégratif français [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine]. Nantes. 2010.
17. Baillarger J. Folie pénitentiaire. Note sur les causes de la fréquence de la folie chez les prisonniers. In: *Revue pénitentiaire et des institutions préventives, dans les deux mondes* Tome 2. Paris: Marc-Aurel; 1846. p. 33-7.
18. Senon J-L. Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. *Ann Méd-Psychol*. oct 2004;162(8):646-52.
19. Renneville M. La psychiatrie légale dans le projet de réforme du code pénal français (1930-1938). In *Presses Universitaires de Caen*; 2005.
20. Carlier C. Histoire des prisons et de l'administration pénitentiaire française de l'Ancien Régime à nos jours. *Criminocorpus Rev Hist Justice Crimes Peines*. févr 2009. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/criminocorpus/>
21. Mai 1945. Les 14 points de la réforme pénitentiaire. *Criminocorpus Rev Hist Justice Crimes Peines*. déc 2008. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/criminocorpus/>
22. Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, Département de la communication. L'administration pénitentiaire, 1945, 1975, 2015. Naissance des réformes, problématiques, actualité. 2017. 269 p. (Travaux & Documents). Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/>
23. Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire. L'administration pénitentiaire en France. 2007. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/>
24. Zagury D. Place et évolution de la fonction de l'expertise psychiatrique. In: *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle : Conférence*

- de consensus du 22 et 23 novembre 2001. Fédération Française de Psychiatrie et John Libbey Eurotext. Paris, Hôpital de la Salpêtrière: John Libbey Eurotext; 2001. p. 17-31.
25. Pradier P. La gestion de la santé dans les établissements du programme 13 000 : évaluation et perspectives : documents, visites, entretiens, réflexions. Paris: Ministère de la Justice; 1999.
 26. Lafaye C, Lancelevée C, Protais C. L'irresponsabilité pénale au prisme des représentations sociales de la folie et de la responsabilité des personnes souffrant de troubles mentaux. oct 2016. 265 p. (Mission de recherche Droit et Justice).
 27. Leghtas I. Double peine: Conditions de détention inappropriées pour les personnes présentant des troubles psychiatriques dans les prisons en France. Etats-Unis, New-York: Human Rights Watch; 2016. 78 p.
 28. Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire. Mesure mensuelle de l'incarcération du 1er juillet 2018. 2018. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/>
 29. Ministère de la Justice. Les structures pénitentiaires. 2018. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/>
 30. Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, Bureau des statistiques et des études. Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France : Situation au 1er juillet 2018. 2018. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/>
 31. Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire. Séries statistiques des personnes placées sous main de justice : 1980 - 2014. 2014. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/>
 32. Brillet E. Vieillesse(s) carcérale(s). Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, éditeurs. Cah Détudes Pénit Criminol. oct 2013;(38):6.
 33. Observatoire international des prisons. Le guide du prisonnier. La découverte; 2012. 576 p. (Guides Cscv).
 34. Crétenot M. La servitude organisée. Dedans-Dehors. déc 2017;(98):19-23.
 35. Observatoire international des prisons. 37 prisons condamnées pour conditions de détention indignes. Disponible sur: <https://oip.org/>

36. Fovet T, Amad A, Adins C, Thomas P. Psychotropes en milieu pénitentiaire : de la fiole à l'AMM [Psychotropic drugs in prison]. *Presse Médicale*. mai 2014;43(5):520-8.
37. Thomas P, Adins-Avinée C. *Psychiatrie en milieu carcéral*. Elsevier Masson; 2012. 160 p.
38. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. mai 2012;200(5):364-73.
39. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet Psychiatry*. févr 2002;359(9306):545-50.
40. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. août 2006;6:33.
41. Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry*. déc 2017;4(12):946-52.
42. Mouquet M-C, Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère des Solidarités et de la Santé. *La santé des personnes entrées en prison en 2003*. Drees Etude Résultats. mars 2005;(386):12.
43. Joukamaa M. Prison suicide in Finland, 1969-1992. *Forensic Sci Int*. oct 1997;89(3):167-74.
44. Fazel S, Grann M, Kling B, Hawton K. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. mars 2011;46(3):191-5.
45. Duthé G, Hazard A, Kensey A, Shon J-LPK. Suicide among male prisoners in France: a prospective population-based study. *Forensic Sci Int*. déc 2013;233(1-3):273-7.
46. Eck M, Scoufflaire T, Debien C, Amad A, Sannier O, Chan Chee C, et al. Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention [Suicide in prison: Epidemiology and prevention]. *Presse Médicale*. janv 2019;48(1, Part 1):46-54.
47. Duthé G, Hazard A, Kensey A. Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque. *Population*. 2014;69(4):519-49.

48. Kariminia A, Butler TG, Corben SP, Levy MH, Grant L, Kaldor JM, et al. Extreme cause-specific mortality in a cohort of adult prisoners--1988 to 2002: a data-linkage study. *Int J Epidemiol.* avr 2007;36(2):310-6.
49. Fruehwald S, Frottier P, Eher R, Gutierrez K, Ritter K. Prison suicides in Austria, 1975-1997. *Suicide Life Threat Behav.* 2000;30(4):360-9.
50. Wobeser WL, Datema J, Bechard B, Ford P. Causes of death among people in custody in Ontario, 1990-1999. *Can Med Assoc J CMAJ.* 12 nov 2002;167(10):1109-13.
51. Fazel S, Benning R, Danesh J. Suicides in male prisoners in England and Wales, 1978-2003. *Lancet Psychiatry.* 8 oct 2005;366(9493):1301-2.
52. Fazel S, Benning R. Suicides in female prisoners in England and Wales, 1978-2004. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* févr 2009;194(2):183-4.
53. Austin AE, van den Heuvel C, Byard RW. Prison suicides in South Australia: 1996-2010. *J Forensic Sci.* sept 2014;59(5):1260-2.
54. Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry.* nov 2008;69(11):1721-31.
55. Konrad N, Daigle MS, Daniel AE, Dear GE, Frottier P, Hayes LM, et al. Preventing Suicide in Prisons, Part I. *Crisis.* janv 2007;28(3):113-21.
56. Marzano L, Hawton K, Rivlin A, Smith EN, Piper M, Fazel S. Prevention of Suicidal Behavior in Prisons. *Crisis.* sept 2016;37(5):323-34.
57. Senon J-L, Jonas C, Voyer M. *Psychiatrie légale et criminologie clinique.* Elsevier Masson; 2013. 504 p.
58. David M, Paulet C, Laurencin G. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : la loi de 1994 pourrait-elle être remise en cause par l'essor de la préoccupation sécuritaire et de l'évaluation de la dangerosité ? *Inf Psychiatr.* oct 2012;88(8):605-15.
59. Ministère de la Justice, Ministère des Solidarités et de la Santé. *Guide méthodologique : Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.* Dicom 17 075. Paris; 2017.

60. Laurencin G. Organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire. In: Psychiatrie légale et criminologie clinique. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013. p. 27-34. (Les âges de la vie).
61. Fovet T, Thomas P, Adins C, Amad A. France's forensic psychiatry provision: the long and winding road. *Lancet Psychiatry*. août 2015;2(8):e20.
62. de Labrouhe D, Plancke L, Amad A, Charrel C-L, Touitou D, Bodon-Bruzel M, et al. Hospitalisation en unité hospitalière spécialement aménagée : enquête de satisfaction auprès des patients. *Rev Dépidémiologie Santé Publique*. août 2017;65(4):285-94.
63. Le Bihan P. Les unités pour malades difficiles. In: Psychiatrie légale et criminologie clinique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013. p. 39-42. (Les âges de la vie).
64. Hazan A, CGLPL. Soins psychiatriques aux détenus : les constats du CGLPL. *Santé Ment*. avr 2018;(227):40-5.
65. Thomas P. Prison : l'enjeu majeur des soins psychiatriques. *Santé Ment*. avr 2018;(227):26-31.
66. Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, Bureau des statistiques et des études. Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France : Situation au 1er décembre 2016. 2016. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/>
67. Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire. Les chiffres clefs de l'administration pénitentiaire. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/>
68. Observatoire international des prisons - section française. Carte des établissements. Disponible sur: <https://oip.org/sinformer/etablisements/>
69. Lefèvre A. Soigner les détenus : des dépenses sous observation. Présidence du Sénat: Sénat; juill 2017. 76 p. Report No.: 682.
70. Plancke L, Sy A, Fovet T, Carton F, Roelandt J-L, Benradia I, et al. La santé mentale des personnes entrant en détention, Lille. *F2RSM Psy*. nov 2017;34.
71. Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, Bureau des statistiques et des études. Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France : Situation au 1er décembre 2013 [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_decembre_2013.pdf

72. Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, Bureau des statistiques et des études. Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France : Situation au 1er décembre 2014. 2014. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/>
73. Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, Bureau des statistiques et des études. Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France : Situation au 1er décembre 2015. 2015. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/>
74. Ministère du Travail, de l'emploi et de la santé, Ministère de l'Intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration, Ministère de la Justice et des Libertés. Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 n°2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). NOR : ETSH1107932C mars, 2011.
75. Fovet T, Amad A, Horn M, Thomas P, Chan Chee C. Mental health care for inmates in France: a one-year descriptive study, in preparation.
76. Lancelevée C. Soigner ou punir? Dilemmes européens. Lett Psychiatr. déc 2014;X(6):152-5.
77. About N. Projet de loi pénitentiaire : avis n°222 fait au nom de la commission des affaires sociales. févr 17, 2009.
78. Brahmy B. Psychiatrie et prison. Études. 2005;Tome 402(6):751-60.
79. Fovet T, Bertrand M, Horn M, Mohammed WS, Dandelot D, Dalle M-C, et al. Les soins psychiatriques sans consentement en milieu pénitentiaire sont-ils réservés aux patients « dangereux » ? L'Encéphale. nov 2017;
80. Roelandt J-L. Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement. Inf Psychiatr. 2009;Volume 85(6):525-35.
81. Cohen L, Giudicelli C, Micouleau B. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les unités hospitalières spécialement aménagées. Présidence du Sénat: Sénat; juill 2017. 50 p. Report No.: 612.
82. CGLPL. Rapport de visite : UHSA de Seclin (Nord). 2014. Disponible sur: www.cgpl.fr
83. Collectif Contrast. La création des UHSA : une nouvelle régulation de l'enfermement ? Déviance Société. 2015;39(4):429-53.

84. Anelli L, Khallouf A, Observatoire international des prisons - section française. Malades psy en prison : le coût éthique d'une meilleure prise de charge. Mediapart. 2018. Disponible sur: www.mediapart.fr
85. Blanchet M. Un nouveau dispositif de soin : l'UHSA. *Empan*. 2015;4(100):173-82.
86. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). La prise en charge de la santé mentale : recueil d'études statistiques, coordonné par Magali Coldefy. La documentation française; 2007. (Etudes et Statistiques).
87. CGLPL. Rapport de visite : UHSA de Nancy (Meurthe-et-Moselle). 2013. Disponible sur: www.cglpl.fr
88. Salles A. Nicolas Sarkozy promet un hôpital fermé pour les délinquants sexuels. *Le Monde*. 2007. Disponible sur: www.lemonde.fr
89. Allocution de Nicolas Sarkozy à Antony. Le texte officiel du discours présidentiel. *J Français Psychiatr*. 2010;n° 38(3):25-7.
90. Burgelin J-F, Ministère de la Justice, Ministère de la Santé et des solidarités. Santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive - Rapport de la commission Santé-Justice, présidée par Monsieur Jean-François Burgelin. juill 2005. 193 p.
91. Garraud J-P, Ministère de la Justice, Ministère de la Santé et des solidarités. Réponses à la dangerosité - Rapport de la mission parlementaire confiée par la Premier ministre à Monsieur Jean-Paul Garraud sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux. 2006. 193 p.
92. Goujon P, Gautier C. Rapport d'information fait au nom de la commission des Lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale par la mission d'information sur les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses. Sénat; 2006. 95 p. Report No.: 420.
93. Lamanda V. Amoinrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux - Rapport à M. le Président de la République. mai 2008 mai. 70 p.
94. La Voix du Nord. Hôpital-prison de Seclin : pour quelles patients et avec quelle sécurité ? 2013. Disponible sur: www.lavoixdunord.fr

95. Lancelevée C, Bessin M, Dugué F, Cartuyvels Y, Cliquennois G. Ce que la dangerosité fait aux pratiques. Entre soin et peine, une comparaison Belgique-France. Synthèse - Mission de recherche Droit et Justice. avr 2012. 13 p.
96. Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Inspection générale des services judiciaires (IGSJ). Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice. nov 2015. Report No.: IGAS n°2015-050R / IGSJ n°58-15.
97. Protais C. Le malade mental, dangerosité et victime. *Hist Médecine Santé*. 2013;3:55-67.
98. Cartuyvels Y. L'internement de défense sociale en Belgique : entre soin, dangerosité et sécurité. *Inf Psychiatr*. 2017;93(2):93-101.
99. Thomas P, Fovet T, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire, entre nécessité et ambiguïté. *Ann Méd-Psychol*. mai 2015;173(4):348-51.
100. Fovet T, Thomas P, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part ? *Ann Méd-Psychol*. oct 2015;173(8):726-30.
101. Ministère de la Justice et des Libertés. Circulaire du 21 février 2012 relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues. NOR : JUSK1240006C. févr 2012.
102. Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Inspection générale des services judiciaires (IGSJ). L'organisation des soins aux détenus - Rapport d'évaluation. juin 2001. Report No.: IGAS n°2001054 / IGSJ n°200106.
103. Coldefy M, Le Neindre C. Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique. 2014. 140 p. (Les rapports de l'IRDES).
104. Bès F, Observatoire international des prisons - section française. A Château-Thierry, une prison pour les « fous ». Mediapart. 2018. Disponible sur: www.mediapart.fr
105. Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, Bureau des statistiques et des études. Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France : Situation au 1er février 2019. 2019. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/>
106. CGLPL. Rapport de visite : contrôle du centre pénitentiaire de Château-Thierry. 2009. Disponible sur: www.cglpl.fr

107. CGLPL. Rapport de visite : centre pénitentiaire de Château-Thierry (Aisne) - Seconde visite. 2015. Disponible sur: www.cgpl.fr
108. CGLPL. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté - Rapport d'activité 2017. Dalloz. Paris; 2017. 346 p.
109. Januel P. Régimes différenciés et psychiatrie en prison : l'Assemblée veut avancer. Dalloz actualité. mars 2018. Disponible sur: www.dalloz-actualite.fr
110. Fovet T. Prévalence des troubles psychiatriques en prison. Santé Ment. avr 2018;227:32-8.
111. Mermaz L, Floch J. Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises, tome II : auditions. Présidence de l'Assemblée nationale; juin 2000. Report No.: 2521.

FIGURES & TABLEAUX

Figures

Figure 1. Frise chronologique retraçant l'histoire de la psychiatrie et de son institution en France, et rappelant les principales étapes de l'intervention psychiatrique en milieu carcéral, de la naissance de la psychiatrie au début du XIX^e siècle à la création des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) en 1986 et des Dispositifs de Soins Psychiatriques (DSP) en 1994.19

Figure 2. Frise chronologique retraçant l'histoire des prisons françaises, de 1789 à 1981...23

Figure 3. Prononcé de l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : parcours résumé de l'auteur d'infraction grave (hors des dispositions introduites par la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration pénale).29

Figure 4. Répartition des neuf régions pénitentiaires, chacune dépendant d'une direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP), et de la mission outre-mer.....31

Figure 5. Répartition des structures de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire sur le territoire français : UHSA (Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées), SMPR (Services Médico-Psychologiques Régionaux) et, quand l'établissement pénitentiaire ne dispose pas de SMPR, Dispositifs de Soins Psychiatriques implantés au sein des Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaires (DSP/USMP).52

Figure 6. Répartition des établissements pénitentiaires pour lesquels l'UHSA de Seclin constitue le lieu de référence pour les hospitalisations à temps complet en psychiatrie.....55

Figure 7. Nombre de personnes détenues et densité carcérale, au 1^{er} décembre 2016 : dans les maisons d'arrêt (MA) et les « quartiers maison d'arrêt » (qMA) (*Figure 7.a*) ; dans les centres de détention (CD) et les « quartiers centre de détention » (qCD) des centres pénitentiaires (CP) étudiés (*Figure 7.b*), d'après (66).66

Figure 8. Répartition géographique des structures de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire des Hauts-de-France, d'Eure et de Seine-Maritime.....	68
Figure 9. Nombre de psychiatres, psychologues et d'infirmiers/ères en psychiatrie pour 100 détenu(e)s, exprimé en équivalent temps plein (ETP), en 2016.....	74
Figure 10. Taux d'occupation des postes de psychiatres, psychologues et infirmiers/infirmières dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) des prisons étudiées, en 2016.....	75
Figure 11. Etude de la relation entre le temps de trajet prison – unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA) et le nombre d'hospitalisations à l'UHSA pour 100 détenu(e)s : résultat du modèle de régression linéaire simple.	80

Tableaux

Tableau 1. Les grandes catégories d'exécution de la peine pour les personnes placées sous main de justice, condamnées ou en attente de jugement (d'après (22))......	34
Tableau 2. Principales études épidémiologiques relatives à la santé mentale en milieu carcéral (38–40), tiré de Fovet et al., 2004 (36).	40
Tableau 3. Résultats des principales études ayant évalué le taux de décès par suicide en détention (45,47,49–53), tiré de (46).	42
Tableau 4. Facteurs de risque de suicide en milieu carcéral, d'après la méta-analyse de Fazel et collaborateurs (54), tiré de (46).	43
Tableau 5. Les trois niveaux de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire en France.	47
Tableau 6. Les unités pour malades difficiles (UMD) en France, d'après (63).....	51

Tableau 7. Population étudiée : nombre total de personnes détenues et écrouées, adultes, hommes et femmes, d'après les statistiques mensuelles de l'administration pénitentiaire au 1 ^{er} décembre 2016 (66).....	57
Tableau 8. Variables utilisées et source de données : récapitulatif.	64
Tableau 9. Nombre de postes budgétés et pourvus par établissement pénitentiaire et par catégorie professionnelle (psychiatres, psychologues et infirmiers/infirmières), exprimés en équivalent temps plein (ETP), au 31 décembre 2016.	70
Tableau 10. Hospitalisations en psychiatrie depuis les vingt unités sanitaires étudiées, en 2016 : nombre d'hospitalisations, nombre d'hospitalisations pour 100 détenu(e)s ; et, sur toutes les hospitalisations, pourcentage d'orientation vers l'unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA) de Seclin et vers les secteurs de psychiatrie générale.	77
Tableau 11. Résultats de l'enquête « santé en population carcérale », exprimés en nombre moyen de troubles par personne.	82
Tableau 12. Nombre de suicides et nombre de suicides pour 100 000 détenu(e)s, observés sur quatre années consécutives, de 2013 à 2016, dans les vingt établissements pénitentiaires étudiés.	84
Tableau 13. Adéquation des soins aux besoins des personnes détenues en matière de santé mentale : résultats des analyses de corrélation.	86

AUTEUR : Nom : Eck

Prénom : Marion

Date de Soutenance : 6 juin 2019

Titre de la Thèse : Soins psychiatriques et santé mentale en milieu pénitentiaire : état des lieux dans le Nord de la France

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Psychiatrie de l'adulte

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : psychiatrie, psychiatrie en milieu pénitentiaire, organisation des soins, troubles psychiatriques, prison, unités hospitalières spécialement aménagées, unités sanitaires en milieu pénitentiaire

Contexte. La prévalence des troubles psychiatriques est élevée dans les prisons françaises. Pourtant, l'efficacité des dispositifs de soins en place (unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA)) est peu étudiée. L'objectif de cette thèse est d'évaluer, dans les 20 prisons du Nord de la France (Hauts-de-France, Eure, Seine-Maritime), l'organisation des soins psychiatriques en matière d'offre et de recours, ainsi que leur adéquation aux besoins des personnes incarcérées. **Méthode.** Nous avons réalisé une étude descriptive à partir de bases médico-administratives et de résultats d'enquête. Les données suivantes ont été collectées, pour chaque établissement pénitentiaire, pour l'année 2016 : 1) effectifs et taux d'occupation des postes pour les professionnels de la santé mentale, 2) taux d'hospitalisation en psychiatrie (UHSA ou secteur de psychiatrie générale), 3) données relatives à la santé mentale des personnes détenues (issues de l'enquête « *santé en population carcérale* » réalisée entre 2014 et 2017 dans 8 maisons d'arrêt du Nord et du Pas-de-Calais) et 4) taux de suicide (données de l'administration pénitentiaire). **Résultats.** L'offre de soins est incomplète et inégale selon les prisons : 40% des postes de psychiatres ne sont pas pourvus dans les USMP étudiées. L'accès à l'UHSA varie considérablement selon l'établissement d'origine : logiquement, plus celui-ci est éloigné de l'UHSA, moins les personnes incarcérées y sont hospitalisées. La prévalence des troubles psychiatriques est importante au sein des maisons d'arrêt étudiées : en moyenne, les personnes détenues souffrent d'au moins 1 trouble psychiatrique à leur arrivée en détention. La demande est en adéquation avec l'offre de soins : il existe une corrélation positive entre le nombre moyen de troubles par personne et 1) le taux de soignant(e)s, 2) le taux d'hospitalisation en psychiatrie. Soixante-huit suicides ont été enregistrés entre 2013 et 2016 et le taux moyen de suicide dans les prisons du Nord de la France est de 210 pour 100 000, suggérant une mortalité par suicide importante dans cette région. **Conclusion.** Malgré les avancées qu'a permis la création des UHSA, l'accès aux soins reste problématique, étant donné l'éloignement géographique de certains établissements, le nombre de places limité en UHSA, les effectifs médicaux insuffisants dans les USMP.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre Thomas

Assesseurs : Monsieur le Professeur Guillaume Vaiva, Monsieur le Docteur Ali Amad, Monsieur le Docteur Thomas Fovet