

De l'asile d'aliénés criminels à la prison : la prise en charge des troubles psychiatriques en milieu carcéral

Par Clotilde Fontaine

Docteur en Histoire du Droit

« De la pauvreté à la rue, de la rue à la folie, de la folie à la prison... l'espace carcéral semble avoir retrouvé le rôle dévolu au XVII^{ème} siècle à l'hôpital général, qui enfermait dans un même lieu les pauvres, les vagabonds, les mendiants, les voleurs, les criminels, les *insensés*... »¹. Partageant son expérience au service médico-psychologique régional de la prison de Fresnes en 2006, Catherine Herszberg met en lumière les multiples carences des soins assurés en milieu pénitentiaire : surpopulation carcérale, surreprésentation de pathologies psychiatriques, manque de personnel, de moyens, locaux insalubres, violence, absence de communication avec le personnel pénitentiaire... Dix années plus tard, la garde des Sceaux est interpellée à l'Assemblée nationale sur la prise en charge psychiatrique en milieu pénitentiaire. Soulignant la « forte prévalence des troubles mentaux en détention », elle annonce le lancement d'une étude scientifique en 2019 permettant une « plus grande connaissance de la prévalence de tels troubles dans la population carcérale ».

Les statistiques sur la représentation des maladies mentales en prison sont faibles, voire inexistantes. En 2001, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (D.R.E.E.S.) affirme que 55% des entrants en prison sont atteints de troubles mentaux, essentiellement d'anxiété. Viennent ensuite les addictions, les troubles psychosomatiques et les troubles de conduite. En proportion moindre arrivent la dépression, les déficiences, les psychoses et les troubles sexuels². En 2008, une étude épidémiologique démontre cette fois-ci que 8 détenus sur 10 sont atteints d'au moins une pathologie mentale, la plupart en cumulant plusieurs³... Il est impossible à l'heure actuelle d'estimer la proportion de personnes atteintes de troubles mentaux en prison. Mais à écouter les professionnels,

¹ C. Herszberg, *Fresnes, histoire de fous*, Seuil, Paris, 2006, p. 54.

² D.R.E.E.S., *Études et recherches*, n° 181, juillet 2002.

³ Annexes 1 et 2.

leur nombre n'a certainement pas diminué⁴. On sait par ailleurs qu'en avril 2019, les statistiques révèlent une densité carcérale s'élevant à 117,7%⁵. Des conditions d'incarcération de plus en plus stressantes ou difficiles constituent dès lors un terrain favorable à l'apparition et au développement de troubles mentaux.

A partir du XIX^e siècle, les médecins commencent à étudier les pathologies mentales, en s'intéressant notamment aux délinquants atteints de tels troubles. Des structures sont progressivement créées à cette époque au sein des établissements pénitentiaires et des asiles. Les détenus malades y sont accueillis et pris en charge. Dès lors, une distinction apparaît entre le détenu atteint de troubles à son arrivée en prison (il a été condamné par la justice alors qu'il pouvait être considéré comme pénalement irresponsable) et celui dont les troubles sont un des effets de l'incarcération. Cette opposition, toujours actuelle, constitue désormais le cœur du problème de l'incarcération des personnes atteintes de troubles mentaux.

Le système de soins en prison a connu de nombreux progrès au fil des siècles. Il a toujours distingué soins somatiques et soins psychiatriques. Les premiers répondent à une souffrance physique, une souffrance du corps ; ils relèvent donc de la médecine générale. Les seconds prennent en charge une souffrance psychique, un mal de l'esprit et relèvent de la psychiatrie. Ces derniers connaissent une évolution majeure en 1986 à la suite de la création des services médico-psychologiques régionaux (SMPR). Considérés comme le pilier des soins psychiatriques en prison, leur fonctionnement a été repensé par la loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice. Elle modifie l'article L3214-1 du code de la santé publique qui dispose désormais que « l'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée ». Dix années plus tard, la circulaire du 30 octobre 2012 consacre l'existence des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Les détenus souffrant de pathologies mentales peuvent désormais être hospitalisés au sein d'une unité particulière de

⁴ Cet article fait suite à un rapport de recherche réalisé en 2013 sur les soins psychiatriques prodigués dans les établissements pénitentiaires des Hauts-de-France. Je tiens à remercier les professionnels de santé et les membres de l'administration pénitentiaire rencontrés à cette occasion. Nos échanges ont en effet permis de confronter la théorie à la pratique en obtenant les éclaircissements nécessaires à la compréhension d'un système de soins parfois obscur.

⁵ « Ce ratio s'obtient en rapportant le nombre de détenus présents à la capacité opérationnelle », http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_avril_2019_.pdf (consulté en septembre 2019).

l'établissement de soins. Neuf UHSA sont actuellement opérationnelles : Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Nancy, Orléans, Paris, Rennes et Toulouse. Cette circulaire de 2012 a par ailleurs publié un guide méthodologique sur la nouvelle prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice. Chaque prison est désormais dotée d'une unité sanitaire divisée entre dispositif de soins somatiques (DSS) et dispositif de soins psychiatriques (DSP). Les missions dévolues à chacun de ces dispositifs sont réparties en trois niveaux. Le premier niveau de soin relève de consultations et d'actes d'externes ; le second niveau concerne la prise en charge partielle des patients, c'est-à-dire en hospitalisation de jour au sein de l'établissement pénitentiaire (SMPR) ; le troisième niveau enfin correspond aux hospitalisations à temps complet (UHSA). Cette réforme est le fruit d'une longue évolution de la prise en charge psychiatrique en milieu pénitentiaire entreprise au XIX^{ème} siècle.

Incarcération ou internement ? La prise en charge psychiatrique des détenus doit-elle se faire entre les murs de la prison ou au sein de l'hôpital ? A défaut, une collaboration est-elle possible entre l'administration pénitentiaire et les services de santé ? La prise en charge psychiatrique des détenus entre les murs de la prison a considérablement évolué depuis ses débuts au XIX^e siècle (I). Les différentes structures mises en place se révèlent toutefois insuffisantes, tout comme le relais des établissements extérieurs (II).

I- LES SOINS PSYCHIATRIQUES INTRA-MUROS, FRUIT DE DEUX SIECLES D'EVOLUTION INSTITUTIONNELLE

Comprendre la prise en charge actuelle des soins psychiatriques en prison implique de remonter à ses prémices à partir du XIX^e siècle (A). En effet, chaque structure correspond depuis à une amélioration de la précédente : asiles d'aliénés, asiles d'Etat, annexes psychiatriques, services d'examen médico-psychologiques... pour aboutir en 1986 à la création des services médico-psychologiques régionaux (B).

A- L'ENFERMEMENT DES ALIENES AU XIXE SIECLE COMME GARANTIE DE LA SURETE PUBLIQUE

La question de la psychiatrisation des soins en prison ne se pose pas sous l'Ancien Régime. Selon Claude-Joseph de Ferrière, on qualifie d'insensés ceux qui « n'ayant pas l'usage de la raison & du bon sens, sont incapables

de délibération & de malice »⁶. Craignant que l'altération mentale de ces individus ne vienne troubler l'ordre public, ils sont placés de manière préventive dans différents types d'établissement comme les maisons de force, symbole de la justice retenue du roi, les dépôts de mendicité ou encore les quartiers de force des hôpitaux généraux, notamment la Salpêtrière pour les femmes ou Bicêtre pour les hommes⁷. Indigents, malades et aliénés sont ainsi placés dans les mêmes établissements que des individus condamnés en attente de transfert vers le bagne ou les maisons centrales. En 1792, l'hôpital de Bicêtre renferme 443 pensionnaires dont plus de la moitié a échappé à la peine des galères ou obtenu une commutation de peine. Beaucoup sont des repris de justice et à en croire Bru, « il faut en convenir à la honte du genre humain, mais la plupart d'entre eux ne sont pas plus faits pour la société des autres hommes que les loups pour celle des agneaux, quoique de l'espèce des quadrupèdes comme eux »⁸. Selon Mirabeau, les conditions de vie des détenus de Bicêtre semblent toutefois préférables à celles des prisons d'Etat : « on doit encore préférer cette obscurité, ce silence, cette solitude de mort, à la peine d'être renfermé dans la salle commune de la prison ; car les excès les plus infâmes s'y commettent sur la personne même du prisonnier ; on nous parla de certains vices pratiqués fréquemment, notoirement, et même en public dans la salle commune de la prison ; vices que la décence des temps modernes ne nous permet pas de nommer »⁹.

Psychiatrie et justice se rapprochent en 1810 grâce à la publication du code pénal dont l'article 63 dispose qu'« il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment des faits ou lorsqu'il était contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ». Le prévenu atteint de troubles mentaux est alors absout. Une période de flottement législatif suit la publication de ce texte au cours de laquelle Pinel et Esquirol révolutionnent le concept de maladie mentale. Ces médecins affirment en effet que les aliénés sont des malades qu'il faut soigner et non des coupables qu'il faut punir. Leurs recherches aboutissent à la promulgation de la loi du 30 juin 1838, dite loi Esquirol. Cette loi générale de police et d'assistance prévoit la création d'un asile d'aliénés dans chaque

⁶ C.-J. Ferrière, *Dictionnaire de droit et de pratique*, Brunet, Paris, 1758, vol. 2, p. 39.

⁷ Sur les prémices de la détention administrative, voir notamment : J.-C. Farcy, L. Guignard, « Mesures policières de sûreté et populations particulièrement surveillées. Le registre des détenus administratifs de Bicêtre (1813-1851) », dans *Revue d'histoire du XIX^e siècle*, n° 50, 2015, p. 119-136.

⁸ P. Bru, *Histoire de Bicêtre (hospice, prison, asile)*, Lecrosnier et Babé, Paris, 1890. Sur ce point, voir également l'exposition en ligne réalisée sur la prison de Bicêtre : L. Guignard, J.-C. Farcy, « La prison de Bicêtre », dans *Musée Criminocorpus*, avril 2015 : <https://criminocorpus.org/fr/ref/25/17928/> (consulté en septembre 2019).

⁹ Mirabeau, *Observations d'un voyageur anglais sur la Maison de Force appelée Bicêtre*, Paris, 1881, p. 14.

département. Elle définit ainsi les règles juridiques de l'admission dans ces établissements, demandée par le préfet ou par un tiers s'appuyant sur un certificat médical. Les articles 18 et 19 prévoient le placement d'office des aliénés - dont l'état viendrait troubler l'ordre public ou la sûreté des personnes - par l'autorité publique. Les délinquants bénéficiant de l'immunité accordée par l'article 64 du code pénal sont donc placés d'office dans les asiles ordinaires. Ils peuvent éventuellement être placés au sein des locaux de sûreté destinés à recevoir les aliénés dangereux, médico-légaux ou criminels. Destinés à protéger la société de « ses fous », ces asiles ou « maisons de verre » sont installés à la campagne et fonctionnent en totale autarcie. On y fait travailler les patients afin de les distraire mais aussi pour favoriser leur réintégration à la vie institutionnelle et leur sortie de l'établissement¹⁰. Vie en collectivité, étroite surveillance et respect de contraintes horaires rythment leurs journées.

Dès cette époque, l'article 64 du code pénal est néanmoins sujet à confusion : nombreux sont ceux dont les troubles ne sont pas reconnus lors du jugement et condamnés à une peine de prison. En 1834, le docteur Leuret constate déjà que la prison est inadaptée à la détention d'aliénés. Lors d'une visite à la prison de Versailles, il décrit notamment la situation d'une détenue atteinte de troubles mentaux. Subissant les moqueries perpétuelles des autres détenus lorsqu'elle est trop agitée, elle reste enfermée dans son cachot parmi ses excréments. Selon Leuret, on attend que les aliénés commettent une infraction afin de les emprisonner et pallier ainsi le manque de place des hospices destinés à les accueillir¹¹. Le Docteur Vingtrinier affirme d'ailleurs quelques années plus tard qu'il a vu « des magistrats douloureusement émus, condamner par pitié de misérables fous et idiots, afin sans doute, de leur assurer au moins l'abri et le pain de la prison »¹². Il ajoute que parmi les 8507 détenus à Rouen entre 1815 et 1852, 16 sont fous et 10 ont été accusés comme tels, puis envoyés en prison. Le constat est pire dans les maisons d'arrêts et de correction de Rouen où sur les 34 500 personnes incarcérées depuis 1835, 248 cas de folie ont été constatés parmi lesquels seuls 56 individus ont été envoyés à l'asile des aliénés.

A partir des années 1850, une meilleure prise en charge des détenus aliénés est envisagée. Selon Maximilien Parchappe, directeur de l'asile d'aliénés de

¹⁰ M. Bénézech, « L'asile d'aliénés d'autrefois en France, ou hôpital spécial : bref survol institutionnel », dans *Annales médico-psychologiques*, n° 175, Elsevier Masson, 2017, p. 501.

¹¹ F. Leuret, « Aliénés détenus en prison », dans *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, n° 12, Paris, 1834, p. 463.

¹² A.-B. Vingtrinier, « Des aliénés devant la prison et devant la justice », dans *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, n° 48, Paris, 1852, p. 378.

Rouen, la présence de ces derniers en prison pose en effet un problème de discipline. Ils constituent « une source d'embarras incessants » occasionnant « des souffrances imméritées »¹³. Le médecin propose ainsi deux solutions. S'ils sont condamnés à une peine infamante, les individus souffrant de troubles mentaux seront médicalement pris en charge dans un quartier spécial des maisons centrales. En restant en prison, leur peine garde son caractère infamant ; ils y bénéficieront toutefois de soins adaptés, notamment par la visite quotidienne d'un médecin. Les prévenus ou accusés aliénés - condamnés à des peines non infamantes ou acquittés - intégreront quant à eux un quartier spécial de l'asile ordinaire, davantage sécurisé. En 1867, les ministres de l'Intérieur et de la Justice instituent par ailleurs une enquête concernant l'état mental des détenus. Elle souligne également la nécessité de créer un asile spécial annexé aux maisons centrales afin d'accueillir les détenus aliénés. En 1869, la Société médico-psychologique lance le débat sur la prise en charge des aliénés dangereux. S'inspirant des travaux de deux médecins allemands, elle envisage à son tour la création d'asiles spéciaux. Le docteur Bär préconise en effet deux types d'internement selon le degré d'aliénation. Si les aliénés sont conscients de leurs actes, ils sont également capables de mesurer le sens de leur peine : ils peuvent ainsi rester en prison. Lorsqu'ils sont incapables de comprendre la portée de leur jugement, les aliénés doivent en revanche rejoindre l'asile¹⁴. Le docteur Mendel propose quant à lui que les détenus aliénés soient soignés dans une division spéciale de l'infirmerie de la prison. Après avoir reçu les soins nécessaires par des médecins ayant suivi une formation spéciale au sein d'un asile d'aliénés, ils réintégreront leur cellule. À défaut, le directeur de la prison demandera au tribunal le transfert dans un asile ordinaire¹⁵. À la suite de ces nombreuses propositions et du Congrès des employés pénitentiaires de décembre 1874, la maison centrale de Gaillon est la première à créer un quartier spécial pour les aliénés criminels et épileptiques le 17 mai 1876.

Malgré ces évolutions notables, le nombre d'aliénés dans les prisons ne diminue pas. Les docteurs Pactet et Colin soulignent en effet que l'examen d'entrée est trop rapide pour déceler un cas d'aliénation et que la mission de juger de l'état des aliénés revient souvent au directeur de la prison. S'il les estime inoffensifs ou « pas assez fous », ils resteront en prison¹⁶. Par

¹³ M. Parchappe, *Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés*, Masson, Paris, 1853, p. 35.

¹⁴ « Des psychoses chez les prisonniers », dans *Annales médico-psychologiques*, n° 13, Elsevier Masson, 1875, p. 462.

¹⁵ O. Du Mesnil, « De la séquestration des prisonniers aliénés », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, n° 48, Paris, 1877, p. 556.

¹⁶ F. Pactet, H. Colin, « Les aliénés dans les prisons (aliénés méconnus et condamnés) », dans *Encyclopédie scientifique des aides mémoires*, Masson, Paris, 1902.

une circulaire du 25 janvier 1914, le garde des Sceaux tente de pallier ce problème en chargeant un médecin spécialisé de réaliser l'examen médical des détenus atteints de troubles mentaux. Un pas de plus est franchi après le Congrès International de Lisbonne en avril 1906. La création d'un service d'examen médico-psychologique des détenus est désormais envisagée : les annexes psychiatriques. D'origine belge, elles sont apparues à la suite du mouvement de défense social du docteur Vervaeck. Ces annexes psychiatriques prodiguent des soins efficaces et favorisent la réalisation d'expertises permettant de dépister plus tôt d'éventuels cas de simulation. Ajoutées aux laboratoires d'anthropologie pénitentiaire, elles préviennent les réactions des détenus aliénés et améliorent leurs conditions de détention¹⁷. Les Lillois sont les premiers à s'inspirer de ce système en créant les services d'examen psychiatriques à la prison de Loos en 1927, suivie par les prisons de La Santé, Fresnes et La Petite Roquette en 1936.

B- LA RENCONTRE ENTRE PSYCHIATRIE DE SECTEUR PUBLIC ET MEDECINE PENITENTIAIRE : LE SERVICE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE REGIONAL

A la Libération, droit pénal et prison sont profondément réformés par la Commission Amor - du nom du premier directeur de l'administration pénitentiaire¹⁸. Une nouvelle politique pénale et pénitentiaire est élaborée, favorisant reclassement social et amendement des délinquants. La commission énonce quatorze principes encadrant désormais l'emprisonnement. Selon le dixième principe, un service social et médico-psychologique est instauré dans chaque établissement pénitentiaire¹⁹. Si la création de vingt-quatre annexes est prévue, seules quatorze fonctionnent réellement. Des structures spécifiques sont également mises en place, comme le centre d'observation de Château-Thierry. Les services psychiatriques sont définitivement consacrés par le code de procédure pénale de 1958. L'article D.398 disposait en effet que « les détenus en état d'aliénation mentale ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire ». Un examen systématique de dépistage de troubles mentaux est désormais mis en place et l'hospitalisation d'office du détenu peut être

¹⁷ R. Charpentier, « Criminologie : Les avantages des annexes psychiatriques des prisons au point de vue pénal et pénitentiaire du Dr Vervaeck », dans *Annales médico-psychologiques*, n° 1, Elsevier Masson, 1928, p. 161-162.

¹⁸ Sur ce point, voir l'exposition en ligne : « Mai 1945. Les 14 points de la réforme pénitentiaire », dans *Musée Criminocorpus*, 12 décembre 2008 : <https://criminocorpus.org/fr/ref/25/17062/> (consulté en septembre 2019).

¹⁹ En 1945, la Charte de la Réforme Pénitentiaire justifie la création de ces services afin « d'éclairer la justice par le dépistage et le traitement des délinquants mentalement anormaux », G. Laurencin, *L'intervention psychiatrique en prison dix ans après la loi du 18 janvier 1994*, Ecole nationale de la magistrature, Paris, 19 septembre 2007, p. 5.

ordonnée par un psychiatre après validation du certificat médical par le préfet.

Dix ans plus tard, la création de centres médico-psychologiques régionaux (CMPR) est prévue sur l'ensemble du territoire national par la circulaire du 30 septembre 1967. Ils sont ainsi placés sous une double tutelle. L'administration pénitentiaire - représentée par le directeur de la prison - gère d'une part, l'entretien des locaux et du matériel, les dépenses pharmaceutiques, la nourriture des détenus et la rémunération du personnel de surveillance ; les services de santé - représentés par le médecin-chef responsable - sont chargés quant à eux de rémunérer le personnel médical et paramédical. Dix-sept CMPR sont créés afin d'assurer aux détenus des soins similaires à ceux prodigués par les hôpitaux psychiatriques²⁰. Leur mission est multiple : prévention des maladies mentales, observation, surveillance et administration de traitement.

Vingt ans plus tard, la loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique crée des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (SPMP). Ils ne correspondent pas un à zonage géo-démographique mais à un découpage par région pénitentiaire. Chaque secteur est représenté par un service médico-psychologique régional (SMPR)²¹. Le SMPR est un service hospitalier assurant la prise en charge de détenus atteints de troubles mentaux à l'intérieur de la prison. Ils sont au nombre de vingt-six et sont rattachés à des centres hospitaliers de santé mentale, des centres hospitaliers régionaux ou généraux, voire des établissements privés de santé mentale²². Seul le SMPR de Fleury-Mérogis accueille les femmes. Les SMPR gèrent à la fois les patients de l'établissement pénitentiaire où ils sont situés mais aussi l'ensemble des détenus du secteur pénitentiaire. Par exemple, le SMPR d'Annoeulin-Sequedin est compétent pour les établissements pénitentiaires du Nord, du Pas-de-Calais, de la Picardie et de la Haute-Normandie.

Les équipes médicales des SMPR sont composées de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers, d'aides soignants, d'agents de services hospitaliers, d'assistantes sociales, d'éducateurs, de secrétaires médicales et

²⁰ Circulaire du 28 mars 1977.

²¹ Créés par le décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique instituant les secteurs de la psychiatrie en milieu pénitentiaire et organisés par l'arrêté du 14 décembre 1986 **relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.**

²² Annexe 3.

de surveillants des services médicaux. La surveillance et la sécurisation du service sont assurées par l'administration pénitentiaire. Etablis majoritairement en maison d'arrêt, les locaux du SMPR se situent dans une aile spéciale de l'établissement. Hébergé par l'administration pénitentiaire, le personnel soignant doit ainsi coopérer avec les équipes pénitentiaires. Cette collaboration n'est toutefois pas évidente. Certains médecins rencontrés dénoncent par exemple la sécurité renforcée des nouvelles prisons ne permettant pas de prodiguer des soins nécessaires : il faut par exemple entre dix minutes et une heure d'attente pour ouvrir une porte. A l'inverse, les médecins du SMPR du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan déplorent la vétusté des locaux en expliquant qu'une « fuite d'eau se transforme en pluie dans le service médical du SMPR » et que la chaleur y est insoutenable durant l'été²³. Le personnel de l'administration pénitentiaire affirme quant à lui son incapacité à gérer les crises et revendique son manque de formation aux pathologies mentales. Face à un détenu malade, ils ne savent pas comment gérer la situation et lorsque le médecin arrive, il est parfois trop tard.

Selon l'article 3 de l'arrêté du 14 décembre 1986, le SMPR recouvre essentiellement des missions de prévention, de diagnostic et de soins médico-psychologiques²⁴. Chaque nouvel arrivant est examiné par un membre du SMPR afin de lui présenter le dispositif de soin psychiatrique. Le médecin cherche ensuite d'éventuels antécédents psychiatriques et tente de dépister tout comportement à risque, c'est-à-dire un comportement inquiet, troublé, addictif, toute maladie mentale supposée ou avérée. Malgré cet examen systématique d'entrée, « accompagner le SMPR le matin aux arrivants, c'est voir passer le cortège des infortunes humaines »²⁵. Aux prisons des Baumettes et de la Santé, cet examen n'est pas réalisé et seuls les détenus signalés par les membres de l'UCSA seront examinés²⁶.

Les soins médico-psychologiques dispensés par le SMPR sont variés :

²³ M. Benezech, D. Dandelot, A. Remus, « La psychiatrie en milieu pénitentiaire : chronique d'une pratique psychiatrique au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan », *Annales médico-psychologiques*, n° 169, Elsevier Masson, 2011, p. 639.

²⁴ Le SMPR prépare enfin la sortie des détenus en mettant en place un suivi post-carcéral. Il collabore d'ailleurs souvent étroitement avec les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), moins fréquemment avec le juge d'application des peines. Le SMPR sert enfin de lien de coordination régionale des prestations de santé mentale délivrées à la population pénale.

²⁵ C. Herszberg, *op. cit.*, p. 21.

²⁶ « L'examen médical de toute personne incarcérée est prescrit par la loi, de même que l'entretien avec le SMPR – quand il existe. Mais il existe peu et les troubles mentaux ou du comportement passent souvent inaperçus à l'incarcération », *id.*, p. 18.

entretiens individuels avec les détenus, entretiens de soutien avec les infirmiers, psychothérapies menées par les psychiatres ou psychologues, groupes de paroles, groupes thérapeutiques, ateliers thérapeutiques de médiation et d'expression comme la peinture, la sculpture, la musique. Son action passe encore par une prescription médicamenteuse ou une hospitalisation dans les « lits du SMPR ». Les soins prodigués à l'intérieur de la prison sont toutefois régis par un principe essentiel : le libre consentement du patient. Aucune hospitalisation d'office ne peut se faire en SMPR. La demande de soin est faite par le détenu lui-même ; de nombreux obstacles se présentent néanmoins à lui. En effet, selon le docteur Brahmy, certains détenus sont atteints d'une pathologie mentale tellement grave qu'ils sont incapables de formuler une quelconque demande. L'illettrisme et l'analphabétisme empêchent également de nombreux détenus de formuler leur demande. Le médecin souligne enfin la méfiance de certains à l'égard des membres du SMPR, qualifiés de médecins « des fous », « des pointeurs » ou encore « des toxicos »²⁷. S'il semble parfois laborieux pour un détenu d'accéder au SMPR, il peut également y être convoqué en cas de signalement : toute personne agissant dans l'intérêt des détenus peut en effet signaler au SMPR un changement de comportement prévalant l'existence de troubles mentaux²⁸. Ces signalements sont très utiles car, contrairement au milieu hospitalier, les équipes sanitaires ne peuvent pas visiter quotidiennement l'ensemble des détenus²⁹. Signaler un détenu n'est toutefois pas toujours évident. Selon un surveillant, « il existe quatre catégories de détenus : les dérangés dérangeants ; les non-dérangés non dérangeants ; les dérangés non dérangeants ; les non-dérangés dérangeants. La demande de la pénitentiaire concerne surtout les dérangeants : il faut les voir, nous dit-on. Mais les dérangés non dérangeants, ceux-là, personne ne les remarque »³⁰.

La prise en charge médicale assurée par le SMPR est essentiellement ambulatoire. Après avoir demandé un entretien avec un membre du SMPR, le détenu se rend dans les locaux du service pour une consultation. Le traitement en cellule est ensuite assuré quotidiennement par le SMPR.

²⁷ M. Bessin, M.-H. Lechien, *Soignants et malades incarcérés, Condition pratique et usages des soins en prison*, EHESS Paris, 2000.

²⁸ Le directeur, le médecin ayant effectué l'entretien d'accueil ou un médecin de l'UCSA, l'autorité judiciaire, les services sociaux ou toute autre personne agissant dans l'intérêt du détenu peuvent signaler au SMPR tout détenu susceptible de souffrir de troubles mentaux.

²⁹ L'auteur du signalement prévient l'équipe médicale qu'un changement de comportement a été remarqué à la dernière prise de contact avec la personne détenue. Par exemple, des signes de bizarrerie, une agressivité ou une tristesse inhabituelle, un repli sur soi, un refus d'aller au parloir, en formation, en promenade.

³⁰ C. Herszberg, *op. cit.*, p. 83.

La plupart des SMPR disposent également d'une unité de soins composée de cellules dont la capacité est souvent d'une vingtaine de places. Le nombre de patients est de deux par cellule, notamment afin de prévenir des risques suicidaires. Cette unité de soins est utile pour des prises en charge plus soutenues ordonnées par un psychiatre. Il ne s'agit pas d'une hospitalisation à proprement parler - l'individu n'est pas soigné en établissement hospitalier - mais d'une « hospitalisation de jour ». Le détenu malade est hébergé dans une aile spécifique de la prison où des soins sont prodigués le jour. Une ronde du personnel pénitentiaire surveille les patients durant la nuit ; les urgences médicales sont contactées en cas de problème³¹. Pendant son séjour au SMPR, le détenu reste soumis au régime de détention ordinaire - le règlement de l'établissement pénitentiaire continue de s'appliquer. Son retour en cellule est décidé par le médecin responsable du SMPR ou par le détenu lui-même, parfois pour des raisons qui ne s'expliquent pas³². Si des soins plus intensifs sont envisagés, une demande de transfert vers l'extérieur doit être réalisée. Sur le papier, la prise en charge psychiatrique dans les murs de la prison est donc définitivement assurée par la création des SMPR. La réalité est toutefois bien différente. Le nombre de places en SMPR demeure en effet limité et la majorité des établissements pénitentiaires ne disposent pas d'une telle structure. Un relai est alors assuré par l'hôpital public, notamment afin de prendre en charge les détenus atteints de lourdes pathologies mentales.

II- LA SECTORISATION DU MILIEU PENITENTIAIRE MISE A MAL PAR LA REALITE CARCERALE

Depuis 1985, chaque établissement pénitentiaire est désormais rattaché à un établissement public de santé - gérant soins psychiatriques et somatiques - ou à un établissement public de santé mentale et à un établissement public de santé pour les soins somatiques. A la maison d'arrêt de Béthune par exemple, les soins somatiques sont pris en charge par le centre hospitalier de Béthune et les soins psychiatriques par l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant. Lorsque l'établissement pénitentiaire n'est pas doté d'un SMPR, l'hôpital public prend en charge la santé des détenus en détachant une équipe médicale dans les murs de la prison. Dans la

³¹ Le détenu est alors transféré à l'établissement public hospitalier de rattachement avec une garde policière toute la nuit. Les psychiatres de l'établissement pénitentiaire le rencontrent le lendemain et décident d'une hospitalisation d'office ou d'un retour en établissement pénitentiaire. Seules les prisons des Baumettes et de Fresnes assurent une permanence de l'équipe soignante la nuit.

³² Par exemple, puisqu'il est interdit de fumer dans l'aile médicale de la prison, il peut demander le retour en cellule pour assouvir ce besoin.

pratique, la situation est donc très variable d'un établissement à un autre et la sectorisation du milieu pénitentiaire instaurée en 1985 implique une disparité de la prise en charge psychiatrique des détenus (A)³³. Depuis 2002, la création de neuf unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) est par ailleurs prévue afin de désengorger les SMPR. Là encore, l'éloignement de la structure et le manque de place entraîne l'hospitalisation d'office des détenus au sein de l'hôpital public (B).

A- L'HOPITAL LOCATAIRE DE LA PRISON : UNE REPONSE INSUFFISANTE DES SMPR DANS LES MURS DE LA PRISON

Si les SMPR semblent constituer une structure essentielle à la prise en charge de la santé mentale des détenus, ils ne sont qu'au nombre de 26 pour 188 établissements pénitentiaires³⁴. Depuis la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale³⁵, les services sanitaires en prison ne dépendent plus du service public pénitentiaire mais du service

³³ « Il est clair qu'il existe une disparité entre les deux types de prise en charge évoquées ci-dessus : les SMPR sont constitués d'une équipe pluri-disciplinaire qui peut assurer un suivi de qualité en mettant en place pour chaque patient la réponse thérapeutique adaptée. Pour l'équipe de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire, l'activité en prison constitue seulement un de leurs pôles de travail parfois réduit à la portion congrue du fait des problèmes de recrutement des psychiatres et des infirmiers. Lorsqu'un secteur de psychiatrie a des difficultés de fonctionnement du fait de postes budgétés mais vacants, il doit faire des choix dans ses axes de travail et c'est parfois l'activité en prison qui passe au dernier plan... », L. Michel, B. Brahmy, *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire*, Heures de France, Paris, 2005, p. 106.

³⁴ « En théorie, les détenus souffrant de troubles psychiatriques peuvent être pris en charge dans l'un des 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR) installés dans des établissements pénitentiaires. Dans les faits, une minorité d'entre eux y ont accès : l'implantation inégale de ces structures lèse en particulier les personnes détenues en maison centrale et les femmes. Comme l'a souligné le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) en 2016, celles-ci sont quasiment toutes exclues des cellules d'hospitalisation à temps partiel et des consultations en SMPR – même quand une telle structure existe dans leur établissement [...]. Les détenus ne sont pas non plus égaux dans l'accès aux hospitalisations de jour. *À cause du manque de place, les SMPR ont tendance à recruter à partir de leurs propres patients, moins à partir des autres établissements pénitentiaires*, explique Michel David, psychiatre et président de l'Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (APSM). En 2011, seules 20 % des personnes bénéficiant d'une hospitalisation de jour dans un SMPR venaient d'un établissement différent. Par ailleurs, les délais d'attente sont particulièrement importants pour la majorité des détenus », S. Bosquet, « Soins psychiatriques en prison : un pansement sur une plaie béante », *Observatoire International des Prisons - Section française*, 28 mai 2018 : <https://oip.org/analyse/soins-psychiatriques-en-prison-un-pansement-sur-une-plaie-beante/> (consulté en septembre 2019).

³⁵ Avant 1994, le peu de personnel soignant était en effet employé par la pénitentiaire. Les infirmiers n'étaient que des surveillants qui s'étaient spécialisés. Ils portaient une blouse, le recours aux médicaments se faisait en accès libre et les injections de sédatif étaient très souvent pratiquées.

public hospitalier. Tout établissement pénitentiaire est désormais rattaché à un hôpital avec qui il signe un protocole pour assurer des soins médicaux et psychiatriques³⁶. La loi de 1994 prévoit encore que pour les soins psychiatriques, le SMPR est compétent ; à défaut, le secteur de psychiatrie générale sera détaché auprès de l'établissement pénitentiaire. Afin de pallier le flou du texte législatif, seule une enquête de terrain permet de comprendre concrètement comment s'organise cette prise en charge dans les établissements non dotés de SMPR.

La maison d'arrêt de Béthune est dotée d'une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) pour les soins somatiques et d'une unité fonctionnelle de psychiatrie (UFP). La première dépend du centre hospitalier de Beuvry alors que la seconde d'un établissement public de santé mentale, l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant. Comment le secteur de psychiatrie générale intervient en pratique ? L'ensemble du personnel soignant de l'UFP est détaché par l'hôpital de Saint-Venant, à savoir deux infirmiers à temps complet, cinq psychiatres et deux psychologues dont chacun assure respectivement une demi-journée et quatre demi-journées de consultations par semaine. Le personnel soignant ne travaille pas la nuit ni les week-ends. L'administration pénitentiaire met des locaux à leur disposition : chaque intervenant dispose en principe d'un bureau où il assure les entretiens avec les détenus³⁷. Les équipes sanitaires et pénitentiaires entretiennent de bonnes relations au sein de la maison d'arrêt de Béthune. Les surveillants demandent en effet régulièrement conseil au personnel soignant et n'hésitent pas à lui demander une prise en charge rapide d'un détenu dont le comportement est inquiétant.

Les missions de l'UFP sont similaires à celles d'un SMPR en matière de soins ambulatoires. Une réunion dite « Commission Pluridisciplinaire Unique » (CPU) permet de faire le point chaque lundi sur l'arrivée de nouveaux détenus, notamment afin de limiter le risque de décompensation et de suicide³⁸. Un entretien systématique est réalisé pour chaque arrivant. Le premier entretien est réalisé par le médecin généraliste de l'UCSA. Il permet de connaître la situation familiale, professionnelle, sociale du détenu mais aussi d'éventuels antécédents psychiatriques. Si l'arrivant prenait un traitement avant son arrivée à la maison d'arrêt, il voit

³⁶ Une nouvelle structure est ainsi créée : les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA). Chaque hôpital de rattachement détache une équipe médicale de ce type afin d'assurer la prise en charge des soins somatiques dans l'établissement pénitentiaire.

³⁷ Lorsque le personnel soignant est au complet, il manque toutefois toujours un bureau pour l'un d'entre eux.

³⁸ Elle a été instaurée au niveau national par une circulaire du 21 juin 2012.

systématiquement le médecin psychiatre afin d'en assurer la continuité. Un second entretien est réalisé par l'infirmier psychiatrique de l'UFP afin de proposer au détenu les trois activités majeures proposées par la structure. « L'art thérapie » regroupant environ huit personnes a d'abord un rôle occupationnel. Les détenus y viennent pour dessiner, jouer à des jeux de sociétés, parler. Le personnel soignant peut alors observer le détenu malade dans un autre contexte et constater notamment la réaction des plus fragiles dans une situation différente. Deux autres groupes de paroles plus spécifiques sont également mis en place : une réunion dite « alcoologie » prenant en charge les conduites addictives en dix séances et un groupe pour les auteurs d'infractions sexuelles. Ce dernier est toutefois suspendu par manque de personnel. L'un des médecins précise en effet que sur le papier, le nombre de personnels soignants est proportionnel à la capacité de la prison... Or, le taux de surpopulation à la maison d'arrêt de Béthune est de 250%. Ces trois groupes de parole collectifs sont associés à des entretiens individuels. La sortie des détenus y est également préparée puisque des agents extérieurs viennent créer un premier contact. Tel est notamment le cas de l'association ABCD - centre de soin spécialisé en toxicomanie - qui communique des adresses de dispensaires aux détenus et leur propose des rendez-vous.

S'ils souhaitent rencontrer un membre de l'UFP, les détenus de la maison d'arrêt doivent envoyer leur demande par courrier. Chaque matin, les intervenants de l'UFP reçoivent le courrier et préparent respectivement la liste des détenus avec lesquels ils peuvent s'entretenir durant la journée. La liste est transmise au surveillant de l'infirmerie puis redistribuée aux surveillants des trois ailes de la maison d'arrêt. Le délai entre l'envoi du courrier et le rendez-vous est très court : souvent deux jours. Lors des rendez-vous individuels, seuls les psychiatres peuvent prescrire un traitement médicamenteux. Il sera transmis aux infirmiers de l'UCSA chargés d'assurer la distribution des médicaments aux détenus. La répartition des compétences entre les infirmiers des deux structures a d'ailleurs fait l'objet de quelques discordes. En effet, les rôles des infirmiers de chaque unité diffèrent beaucoup en théorie, occasionnant interrogations et revendications. Au sein de l'UCSA, leur mission est très technique puisqu'ils assurent, comme dans les hôpitaux, des consultations ou des examens. En revanche, les infirmiers de l'UFP ont un rôle très différent mais surtout primordial. Ils gèrent tout ce qui relève de l'administration : constitution et mise à jour des dossiers médicaux, demandes pour d'éventuels transferts, préparation des ordonnances pour les consultations et transfert de celles-ci à l'UCSA afin que leur distribution soit assurée. Ils assistent également les médecins psychiatres lors des entretiens individuels avec les détenus. Les infirmiers sont les seuls membres à temps plein de l'UFP, constituant ainsi le noyau dur de cette

structure.

Lorsque les soins prodigués par l'UFP et l'UCSA se révèlent insuffisants, le détenu ou un tiers par le biais du signalement peuvent enfin demander son transfert dans un SMPR afin qu'une hospitalisation de jour soit mise en place. A Béthune, les surveillants de la maison d'arrêt n'hésitent pas à prévenir le psychologue de l'UFP lorsqu'un détenu souffre d'une pathologie lourde. Afin de mettre en place un transfert, le médecin de la maison d'arrêt de Béthune contacte le médecin du SMPR d'Annœullin ; le délai d'attente est d'environ un mois. Si les soins psychiatriques prodigués à la maison d'arrêt de Béthune semblent finalement efficaces malgré une surpopulation carcérale, tel n'est pas toujours le cas. La surreprésentation des maladies mentales en milieu carcéral et le manque de place en SMPR impliquent bien souvent le transfert des détenus vers des structures extérieures³⁹.

B- UNE PRISON DANS L'HOPITAL : UN RELAIS EXTERIEUR NECESSAIRE AUX HOSPITALISATIONS D'OFFICE

Seule une hospitalisation de jour consentie par le détenu peut-être mise en place au sein d'un SMPR. Toutefois, lorsqu'il refuse ou lorsque la prise en charge *intra-muros* se révèle insuffisante et inadaptée, une hospitalisation d'office doit être envisagée. La loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice modifie l'article L.3214-1 du code de la santé publique. Il dispose désormais que « l'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée ». C'est la naissance des unités hospitalières spécialement aménagées. Dix-sept UHSA doivent être créées, représentant un total de 705 lits pour l'ensemble du territoire national. Les détenus nécessitant des soins psychiatriques intensifs seront désormais transférés à l'hôpital, au sein de cette unité particulière sécurisée par l'administration pénitentiaire.

Aux termes de l'article L.3214-3 du code de la santé publique l'hospitalisation d'office concerne le détenu nécessitant « des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier en

³⁹ « La surreprésentation des troubles psychiatriques est régulièrement citée comme alarmante ». Les docteurs Bénézech, Dandelot et Rémus nous présentent les différents troubles présents lors de l'admission en milieu pénitentiaire. Les chiffres sont effrayants : annexes 1 et 2.

raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour lui-même ou pour autrui ». La demande d'hospitalisation d'office peut être faite par un médecin de l'établissement pénitentiaire. Il décrit l'état mental du détenu dans un certificat médical qu'il transmet au directeur de l'établissement public de santé mentale de rattachement, après l'avoir communiqué au directeur de l'établissement pénitentiaire. Le juge d'instruction est averti s'il s'agit d'un prévenu puis le dossier est transmis « dans les meilleurs délais » à la préfecture. L'expression est floue et cela volontairement, selon un médecin interrogé. Puisqu'aucune limite de temps n'est fixée, les délais se révèlent être très longs en pratique. Cela peut parfois prendre une semaine... ou ne jamais aboutir comme en région parisienne. En revanche, pour la maison d'arrêt de Béthune, le délai le plus long fut de quatre jours, et ce pour un cas difficile. La situation est donc toujours très variable d'un établissement pénitentiaire à un autre.

La loi du 5 juillet 2011 affirme qu'en cas d'hospitalisation d'office, le détenu doit désormais être transféré dans une UHSA ou à défaut, dans un établissement de santé mentale. La procédure de transfert en UHSA varie selon que le détenu est ou non consentant⁴⁰. Voici une illustration pratique de ces deux possibilités d'hospitalisation pour un détenu de la maison d'arrêt de Béthune. En cas d'hospitalisation d'office, le médecin de l'UFP rédige un certificat médical qu'il transmet au directeur de l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant, après avoir averti le directeur de la maison d'arrêt. En attendant son transfert à l'hôpital, le détenu est placé sous en « CCR » - consigne comportement régime - : toutes les demi-heures et jusqu'à son départ, une ronde des surveillants pénitentiaires sera effectuée pour sa protection. Le directeur de Saint-Venant contacte ensuite le directeur de l'UHSA de Seclin afin de connaître les places disponibles. En cas d'insuffisance, le directeur de l'UHSA informe le directeur de Saint-Venant des autres structures pouvant accueillir le détenu. Si la réponse de l'UHSA de Seclin est positive, le directeur de Saint-Venant avertit alors le préfet du Pas-de-Calais afin d'obtenir l'autorisation d'hospitalisation d'office. La demande est également transférée au préfet du Nord qui autorisera l'hospitalisation d'office à l'UHSA.

Durant leur hospitalisation, les détenus restent sous écrou et continuent de purger leur peine. Depuis 2002, une escorte des détenus est prévue pour leur arrivée à l'UHSA. Cette partie de l'hôpital est également étroitement surveillée : toute personne se présentant à l'UHSA doit

⁴⁰ Elle est clairement expliquée dans la circulaire interministérielle du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

justifier d'un droit lui permettant d'y entrer. L'accès à l'UHSA est en effet identique à celui d'une prison : contrôle d'identité, portique de sécurité, fouille éventuelle. Le personnel pénitentiaire peut également fouiller les détenus hospitalisés. Il contrôle aussi le courrier et les appels téléphoniques. Les surveillants pénitentiaires ne peuvent en revanche effectuer leur ronde dans les zones de soins : ils n'ont pas accès à ces locaux ni aux chambres des détenus (sauf en cas de fouille ou d'incident). Contrairement au SMPR, le personnel soignant est présent de jour comme de nuit. Les détenus restent soumis au règlement pénitentiaire entre les murs de l'hôpital ; leur seul lien avec l'extérieur est conservé par l'existence des parloirs.

Dans l'attente de la création de toutes les UHSA, l'article 48 de la loi du 9 septembre 2002 prévoit par ailleurs que les établissements de santé mentale restent compétents au visa de l'article L3214-1 du code de santé publique. A ce jour, seules 9 UHSA sont opérationnelles et en pratique, leur éloignement ou le manque de places impliquent en réalité l'hospitalisation d'office des détenus au sein de l'établissement public de santé mentale de rattachement ou en unité pour malades difficiles (UMD). L'hospitalisation en établissement public de santé mentale pose néanmoins un problème sécuritaire : aucune surveillance n'est prévue. Les détenus sont ainsi souvent placés en isolement en raison de la réticence du personnel hospitalier à l'idée de soigner un détenu. Les peurs de l'individu dangereux et de l'évasion sont omniprésentes et l'hospitalisation d'un détenu nécessite plus de prise en charge, plus d'attention, mais aussi plus d'inquiétude... Les différents services de l'hôpital de Saint-Venant sont par exemple défavorables à l'arrivée d'un détenu. En 2008, le préfet du Nord préconisait le placement systématique des détenus en chambre d'isolement afin d'éviter toute tentative d'évasion. A la suite de plusieurs échanges, une solution alternative était adoptée. Le détenu est placé d'office à l'isolement les deux premiers jours ; les contentions sont ensuite progressivement levées en fonction de son état de santé. Certains chefs de service préfèrent toutefois ne pas mettre le détenu à l'isolement afin de le soigner comme tout autre patient. Cette solution pose problème en cas d'évasion puisque la responsabilité du chef de service et du personnel soignant est alors engagée.

Lorsque les détenus présentent en plus d'une grave pathologie mentale, un état de dangerosité psychiatrique, ils sont transférés en une unité pour malades difficiles⁴¹. Ces UMD ont survécu à la réforme de 2012 : aux

⁴¹ L'unité Henri Colin au Centre Hospitalier Paul Guiraud de Villejuif, l'unité de Sarreguemines en Moselle, de Cadillac en Gironde, celle de Montfavet dans le Vaucluse, l'unité de Plouguernevel dans les Côtes-d'Armor, de Monestier-Merlines en Corrèze, de

termes de l'article L3214-1 du code de la santé publique, les détenus y sont hospitalisés sur la base d'un certificat médical. Le règlement intérieur de ces UMD est régi par l'arrêté du 14 octobre 1986. Son article 1 dispose que « les patients relevant d'une Unité pour Malades Difficiles doivent présenter pour autrui un danger tel qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières, mis en œuvre dans une unité spécialement organisée à cet effet ». La procédure d'hospitalisation d'office en UMD est similaire à celle utilisée en UHSA.

Après trois siècles d'évolution et de régression consécutives, la prise en charge psychiatrique des détenus est aujourd'hui assurée à l'intérieur ou à l'extérieur de la prison. SMPR, UCSA, UHSA, UMD constituent désormais autant de structures dont les sigles peuvent prêter à confusion et dont les rôles semblent parfois confus⁴². Il existe bel et bien un fossé aujourd'hui entre théorie et pratique dans les soins prodigués à la santé mentale des détenus. Cet enjeu dépasse d'ailleurs le cadre national. Depuis une vingtaine d'années, le contentieux de la Cour Européenne des Droits de l'Homme est de plus en plus abondant en la matière. Le Royaume-Uni a par exemple été condamné pour traitements inhumains et dégradants après avoir gardé à vue pendant trois jours un individu souffrant de troubles mentaux sans lui fournir de traitement psychiatrique adapté⁴³. La Belgique a également été condamnée en 2012 pour violation de l'article 5§1 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme consacrant le droit à la liberté et à la sûreté. Une personne atteinte de troubles mentaux était en effet placée en détention au sein des annexes psychiatriques de deux prisons belges ; or, le placement en annexe psychiatrique ne peut être que provisoire⁴⁴. L'Etat belge a encore été condamné l'année suivante sur le fondement de l'article 3 de la CEDH après avoir détenu pendant plus de quinze ans un détenu en annexe psychiatrique. La France n'a pas échappé aux condamnations de la CEDH. Elle a notamment été poursuivie en février 2012. Le requérant, atteint de schizophrénie, reprochait à l'Etat français de l'avoir maintenu en détention pendant quatre ans avant de reconnaître sa maladie. La juridiction européenne estime que pendant cette période le requérant n'a pas pu recevoir un traitement adapté. Par ailleurs, elle déclare qu'une peine de prison lui a « infligé une épreuve excédant le niveau inévitable de souffrance inhérent

Bron dans le Rhône, celles de Châlons-en-Champagne dans la Marne, d'Albi, et de Sotteville-lès-Rouen en Seine-Maritime. Afin de désengorger les UMD, la création d'une nouvelle structure est envisagée dans le nord de la France : les unités de soins intensifs en psychiatrie (USIP) qui fonctionneront au sein des EPSM. On y acceptera des patients dont les troubles sont plus importants. Il ne s'agira pas forcément de détenus : ces derniers seront mis à l'écart des autres patients.

⁴² Annexe 4.

⁴³ M.S. c. Royaume-Uni, 3 mai 2012, n° 24527/08.

⁴⁴ L.B c. Belgique, 2 octobre 2012, n° 22831/08.

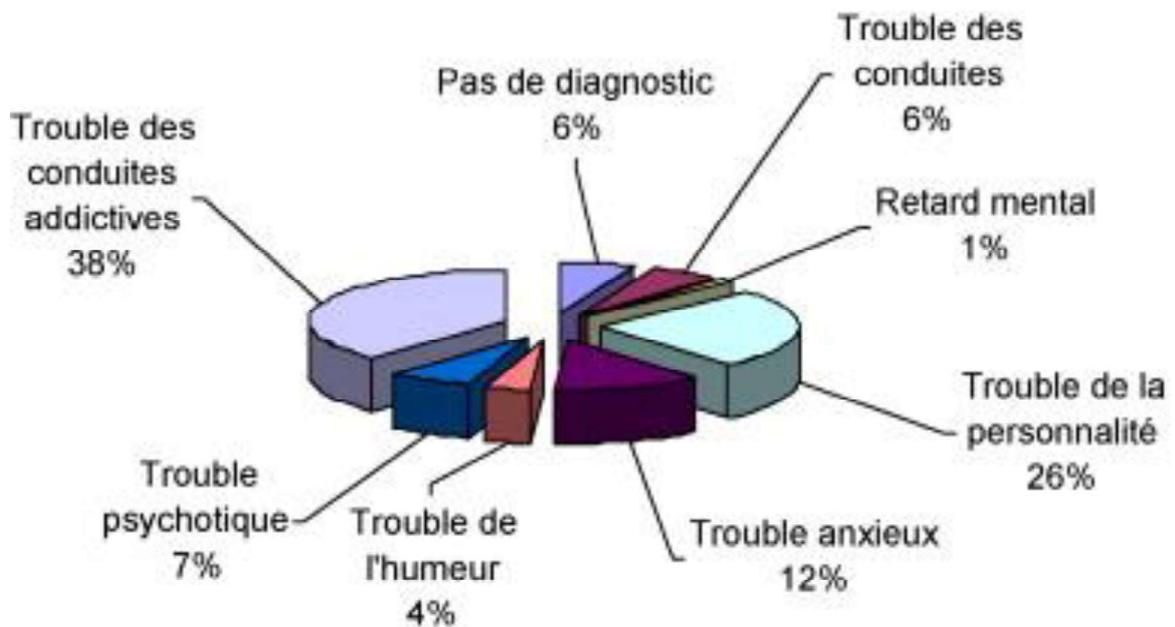
à la détention »⁴⁵.

Au-delà des problèmes structurels liés à la prise en charge psychiatrique des détenus français, ne pourrait-on pas finalement s'interroger sur l'utilisation actuelle de l'article 122-1 du code pénal ? Depuis 1994, la loi ne retient plus l'état de démence d'un individu mais soit une abolition, soit une altération de son discernement causé par un trouble psychique ou neuropsychique. Pourtant, la réponse judiciaire aux infractions commises par des individus malades est en décalage avec les principes du code pénal. Le paradoxe est clairement illustré dans la pratique : alors que la loi prévoit l'absolution de délinquants sans discernement, les condamnations à leur rencontre sont de plus en plus fréquentes et de plus en plus sévères. Les experts retiennent par exemple plus facilement une altération du discernement afin que l'individu soit condamné⁴⁶. A la suite de nos échanges avec l'un d'entre-eux, la nécessité de formations plus adaptées semble évidente. En effet, pour trois expertises menées pour un même individu, trois diagnostics différents peuvent être rendus. En créant de nouvelles structures pour la prise en charge psychiatrique en prison, le risque de voir des individus atteints de troubles mentaux condamnés à cette peine est croissant. Le législateur semble toutefois avoir entendu ces critiques. La loi du 15 août 2014 modifie en effet l'article 122-1 du code pénal qui prévoit désormais la réduction du tiers de la peine si la personne est atteinte de troubles psychiques ou neuropsychiques au moment de la commission des faits. Cette possibilité est néanmoins laissée au libre-arbitre de la juridiction et malgré une réduction de peine, l'individu souffrant de troubles mentaux sera envoyé en prison.

⁴⁵ G. c. France, 23 février 2012, n° 27244/09.

⁴⁶ « Selon une infirmière du SMPR, *s'il reste à l'UPH [l'Unité Psychiatrique d'Hospitalisation], c'est qu'il y a des raisons psychiatriques ! Il y a chez nous des hommes authentiquement fous qui n'ont pas eu d'irresponsabilité pénale alors qu'ils sont schizophrènes ! Je les garde à l'UPH parce qu'ils ne peuvent pas aller ailleurs. Mais à l'UPH c'est davantage pénitencier qu'hospitalier ; je prends des risques tous les jours, dans des conditions de travail qui pour un médecin sont limites* », C. Herszberg, *op. cit.*, p. 95.

Annexe 1 : répartition clinique à l'admission en milieu carcéral⁴⁷



⁴⁷ M. Bénézech, D. Dandelot, A. Rémus, « La psychiatrie en milieu pénitentiaire : chronique d'une pratique psychiatrique au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan », dans *Annales médico-psychologiques*, n°169, Elsevier Masson, 2011, p. 638-642.

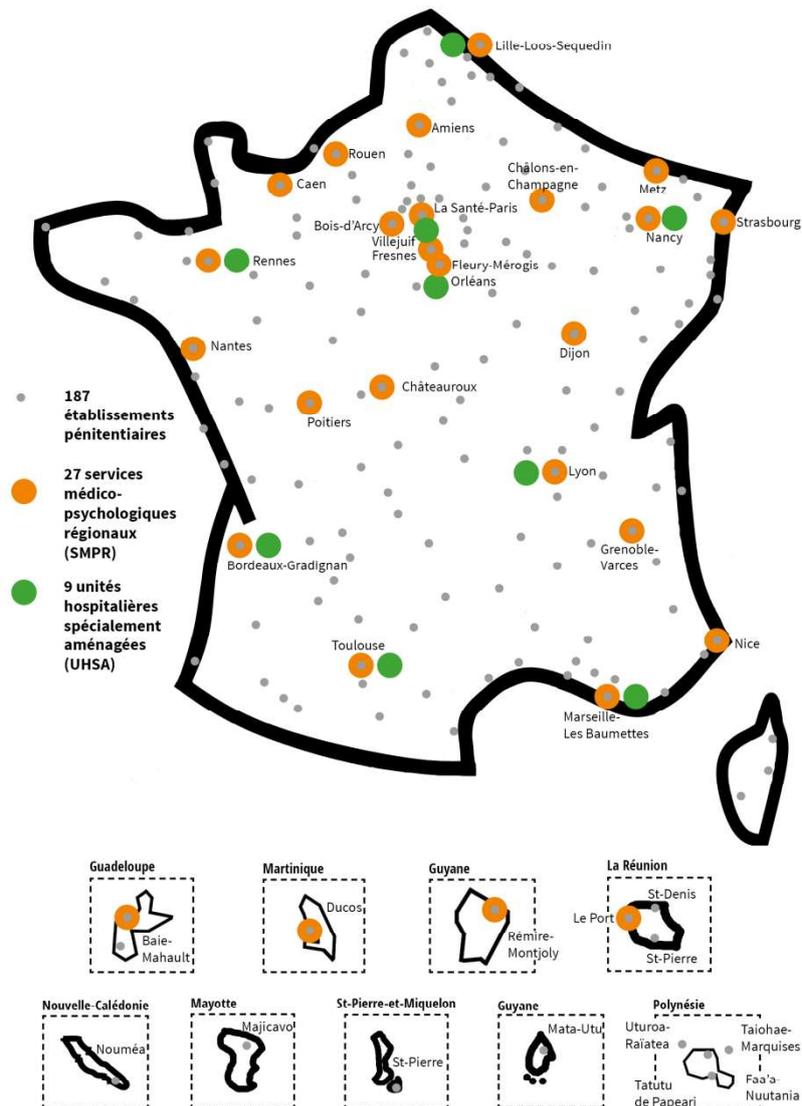
Annexe 2 : Estimation de la prévalence des troubles psychiatriques actuels dans la population carcérale française masculine et féminine en pondérant sur les poids actuels réels des incarcérations en maisons d'arrêt, centres de détention et maisons centrales⁴⁸

	Estimation de la prévalence « population carcérale française »*	
	HOMMES	FEMMES
Troubles thymiques		
Syndrome dépressif	40,3%	65,0%
Dépression endogène-Mélancolie	7,5%	23,7%
Etat dépressif chronique	7,4%	12,9%
Manie/hypomanie	6,2%	8,3%
Troubles bipolaires	4,7%	6,7%
Symptômes psychotiques contemporains des épisodes thymiques	1,8%	0,0%
Troubles anxieux		
Attaques de panique / névrose d'angoisse	7,6%	12,0%
Agoraphobie	16,7%	30,0%
Phobie sociale	16,3%	25,0%
Névrose obsessionnelle	9,2%	15,4%
Névrose traumatique	19,6%	61,6%
Anxiété généralisée	32,7%	32,5%
Dépendance aux substances		
Abus / dépendance à l'alcool (si < 6 mois d'incarcération)	31,2%	15,3%*
Abus / dépendance aux substances (si < 6 mois d'incarcération)	37,9%	38,7%*
Troubles psychotiques	21,4%	42,0%
Schizophrénie	7,3%	23,7%
Bouffée délirante aiguë	0,1%	0,0%
Schizophrénie dysthymique	2,6%	8,3%
Psychose chronique non schizophrénique (paranoïa, PHC...)	7,3%	3,3%
Type de psychose non précisé	4,1%	6,7%

⁴⁸ B. Falissart (dir.), *Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral, étude pour le ministère de la Santé et le ministère de la Justice*, décembre 2004.

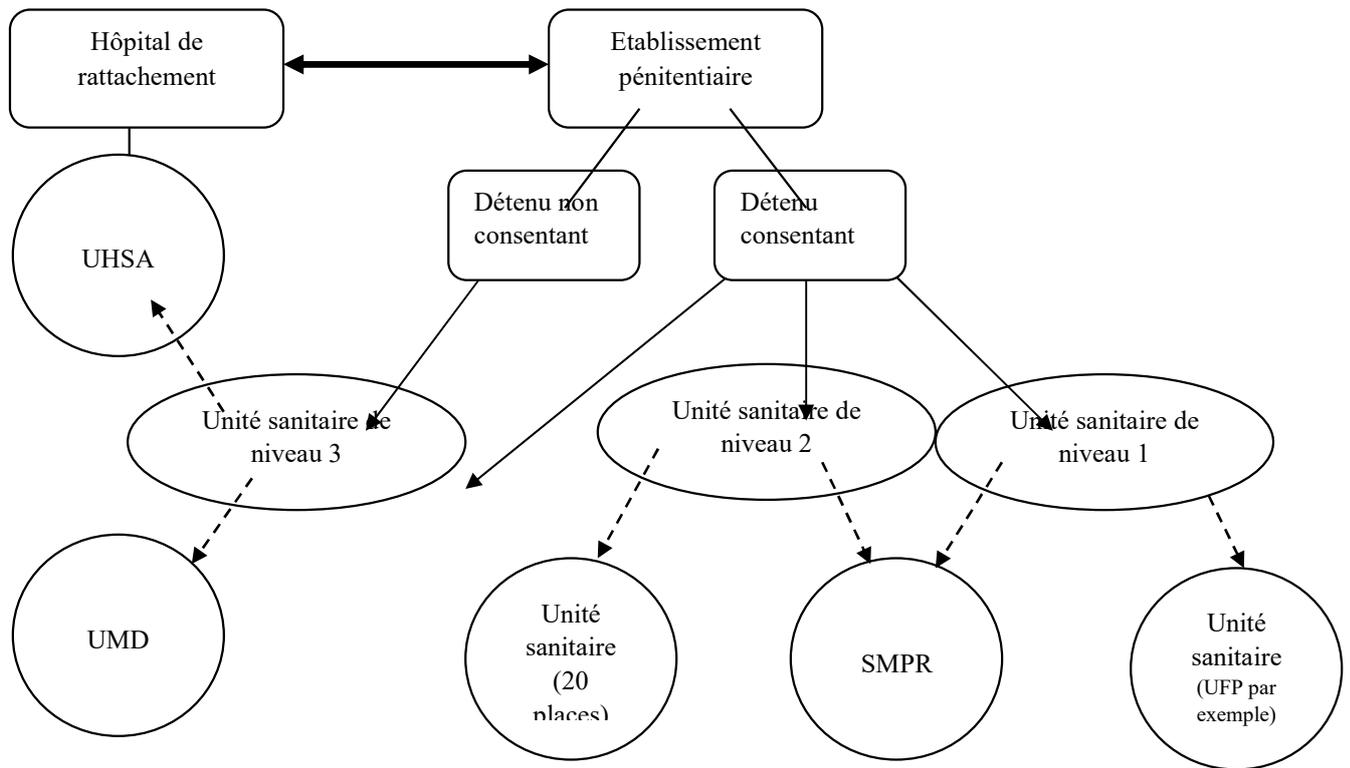
Annexe 3 : Géographie des SMPR et UHSA

UHSA & SMPR dans les établissements pénitentiaires français



— Observatoire international des prisons section française —

Annexe 4 : La prise en charge psychiatrique en milieu carcéral



Légende :
→ : « pris en charge par » - - → : « assuré par »