



MASTER 2

DROIT DE L'EXÉCUTION DES PEINES ET DROITS DE L'HOMME

Institut de Droit et d'Économie d'Agen

Promotion Marie-Marguerite MARIANI 2021-2022

**LES LIMITES DE LA PSYCHIATRIE À
L'ÉPREUVE DES PERSONNES DÉTENUES**

Mémoire présenté et soutenu par Mélanie AUBARD

Sous la direction de Monsieur Romain CLEVA

Psychologue au CH Charles Perrrens de Bordeaux - Unité ERIOS (CRIA VS-Aquitaine)



MASTER 2

DROIT DE L'EXÉCUTION DES PEINES ET DROITS DE L'HOMME

Institut de Droit et d'Économie d'Agen

Promotion Marie-Marguerite MARIANI 2021-2022

**LES LIMITES DE LA PSYCHIATRIE À
L'ÉPREUVE DES PERSONNES DÉTENUES**

Mémoire présenté et soutenu par Mélanie AUBARD

Sous la direction de Monsieur Romain CLEVA

Psychologue au CH Charles Perrrens de Bordeaux - Unité ERIOS (CRIA VS-Aquitaine)

« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma main, sans aide extérieure non autorisée, qu'il n'a pas été présenté auparavant pour évaluation et qu'il n'a jamais été publié dans sa totalité ou en partie.

Toutes parties, groupes de mots ou idées, aussi limités soient-ils, y compris tableaux, graphiques, cartes, etc. qui sont empruntés ou qui font référence à d'autres sources bibliographiques sont présentés comme tels (citations entre guillemets, références bibliographiques, sources pour tableaux et graphiques etc.) »

REMERCIEMENTS

Je remercie sincèrement Monsieur Romain CLEVA d'avoir accepté pour la toute première fois la direction de mon mémoire, et pour sa grande disponibilité tout au long de cette année. Ses nombreuses connaissances en la matière et ses précieux conseils ont largement contribué à la rédaction de ce mémoire.

Ensuite, je remercie tout particulièrement le Docteur Dominique DANDELOT pour son accueil empreint de bienveillance au sein de l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée de Cadillac pendant près de deux mois. Cette période à son contact ainsi qu'auprès de son équipe a été extrêmement enrichissante et a confirmé mon appétence pour ce domaine de la psyché humaine. Merci d'avoir su répondre à chaque manifestation de ma curiosité et d'avoir poussé ma réflexion.

J'adresse également mes remerciements au Docteur Nicolas THOUMY qui durant mon stage au sein du Service Médico-Psychologique Régional du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan m'a réellement intégré à son équipe et a fait preuve d'une pédagogie remarquable et d'une grande prévenance à mon égard. Ce stage m'a permis de découvrir un univers et une organisation dont je tiendrai compte dans mes aspirations professionnelles.

Aussi, je remercie l'ensemble des intervenants du Master droit de l'exécution des peines et droits de l'Homme pour la qualité des cours dispensés lors de cette année et plus spécialement Monsieur François FEVRIER qui en dehors d'avoir été une vraie source de motivation a été d'une aide pertinente et non négligeable lors de la construction de ce mémoire.

Enfin, je ne saurais remercier suffisamment mes proches, pour leur soutien indéfectible tout au long de mon parcours universitaire.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CEDH : Convention Européenne des Droits de l'Homme

CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de liberté

CMP : Centre Médico-Psychologique

Cour EDH : Cour Européenne des Droits de l'Homme

CPT : Comité européen pour la Prévention de la Torture

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

JLD : Juge des Libertés et de la Détention

OIP : Observatoire International des prisons

PS : Programme de Soins

RPE : Règles Pénitentiaires Européennes

SL : Soins Libres

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SPDRE : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'État

UCSA : Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires

UHSA : Unités Hospitalières Spécialement Aménagées

UMD : Unité pour Malades Difficiles

USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PARTIE I : LA DIFFICILE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES MENTAUX EN DÉTENTION

CHAPITRE 1 : L'ARRIVÉE NÉCESSAIRE DU SOIN EN DÉTENTION

- *Section 1* : L'incompatibilité avec la détention des personnes atteintes de troubles psychiques
- *Section 2* : Le développement de l'offre de soins psychiatriques en détention

CHAPITRE 2 : LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES MALADES DÉTENUS

- *Section 1* : Les carences de soins en milieu carcéral
- *Section 2* : L'hospitalisation défailante à l'hôpital psychiatrique public pour des personnes détenues

PARTIE 2 : LES UHSA, NOUVEAU DISPOSITIF D'HOSPITALISATION DES PERSONNES DÉTENUES

CHAPITRE 1 : LA CRÉATION D'UN HÔPITAL SÉCURISÉ DÉDIÉ AUX DÉTENUS MALADES

- *Section 1* : Une possibilité d'hospitalisation à temps complet pour les personnes détenues souffrant de troubles mentaux
- *Section 2* : Des soins contraignants mais plus appropriés

CHAPITRE 2 : UNE SOLUTION PARTIELLE AUX BESOINS DES PERSONNES DÉTENUES ATTEINTES DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES

- *Section 1* : Constatations à court terme
- *Section 2* : Constatations à long terme

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

« *Il se trouve que le criminel existe, que le délinquant existe, et qu'il est un être humain dans toute sa complexité* »¹. Robert Badinter, en se fondant sur des réflexions attribuées à Durkheim lors d'une rencontre nationale des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, confirme ainsi la multiplicité des types de personnes que l'on peut rencontrer en détention. Ainsi, parmi la population carcérale, certaines personnes présentent des souffrances psychiques et notre réflexion peut alors porter sur les limites de la psychiatrie à l'épreuve des personnes détenues.

La psychiatrie, a pour étymologie les mots grecs *psyche* qui signifie « *âme ou esprit* », et *iatros* qui signifie « *médecin* ». C'est une spécialité médicale qui étudie et traite les maladies mentales, qui résultent de l'association d'un terrain biologique et/ou génétique vulnérable et de facteurs déclenchants tels que le stress, la maladie ou encore les addictions. En France, environ une personne sur cinq est touchée au cours de sa vie par une pathologie psychique ; en sachant que celle-ci peut être permanente ou transitoire. La psychiatrie en tant que spécialité médicale est née à la fin de la Révolution française, on l'associe à Philippe Pinel et son élève Esquirol.

Avant le XIX^{ème} siècle, les maladies mentales ne relevaient pas de la médecine. Durant l'Antiquité, on attribuait la maladie mentale à une infortune due à la nature ou aux dieux et elle inspirait la compassion. Par la suite, à partir du XVII^{ème} siècle, elle est devenue synonyme d'exclusion pour celui qu'elle touchait, et les « *insensés* » se sont retrouvés enfermés à l'hôpital général aux côtés des vagabonds, des mendiants, et des voleurs. Néanmoins, avant même d'envisager de la soigner, les époques successives se sont toujours entendues pour ne pas la punir si un crime était commis car il était jugé que la « *folie* » était une peine suffisamment lourde à porter pour convoquer de surcroît la justice des hommes.

¹ BADINTER Robert lors de la *VI^e Rencontre nationale des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et unités pour malades difficiles*, Hôpital Sainte-Anne, Paris, octobre 1994, « *Soigner et/ou Punir : questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison* », Odile Dormoy, L'Harmattan, 1995

À la suite de la Révolution française et en réponse à l'article 1er de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen (DDHC) de 1789 qui consacre la liberté comme un droit fondamental², la peine privative de liberté a été érigée en peine principale et les criminels relevaient désormais de la prison. Dans le même temps, les aliénistes français ont fondé la psychiatrie moderne : la maladie mentale relevait à présent du traitement médical. Dès lors, les « *aliénés* » en ce qu'ils dépendaient de la médecine, ne pouvaient être ni jugés ni condamnés pour leurs crimes. Philippe Pinel disait que « *les aliénés, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards* »³. L'article 64 du Code pénal de 1810⁴ leur a conféré un statut juridique spécial, estimant qu'il n'y avait pas d'intention coupable à travers leur acte et donc pas d'élément moral permettant de constituer une infraction. Il n'était alors pas possible de les tenir pour responsables de leur acte matériellement établi. Ces « *aliénés* » étaient alors enfermés à l'asile⁵ au lieu d'aller en prison, au nom du danger qu'ils représentaient. Au fil du temps, l'asile s'est dégradé et n'était plus un lieu de soin mais d'enfermement dans des conditions de moins en moins humaines, parfois sous contrainte et à vie, où se sont succédées des méthodes de traitement qui peuvent interpellier : lobotomie, électrochocs, hydrothérapie...

Les « *asiles* » ont été remplacés par le terme d'« *hôpitaux psychiatriques* » entre temps et dans les années 1950, les premiers médicaments (neuroleptiques) permettant de traiter les maladies mentales ont fait leur apparition. L'Etat y a repéré un moyen de faire des économies budgétaires et cela a donné naissance à un mouvement de désinstitutionnalisation de la psychiatrie à partir des années 1960 : des lits d'hospitalisation ont été fermés et ont été mis en place des secteurs de psychiatrie dispensant notamment des soins en ambulatoires. Cela a permis à chaque personne

² article 1er, DDHC : « *Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits* ».

³ PINEL Philippe, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 1800

⁴ Code pénal de 1810, article 64 : « *Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action* »; la « *démence* » étant entendue à l'époque comme la maladie mentale au sens large.

⁵ loi du 30 juin 1838, dite « *loi des aliénés* »

souffrant de trouble mentaux d'être traitée au plus près de chez elle et de sa famille, et ainsi de pouvoir continuer son quotidien au mieux en parallèle.

Cependant, depuis les années 1970, sous l'influence du courant de l'antipsychiatrie porté entre autres par Michel Foucault, émerge l'idée que le malade mental a le droit à un jugement. D'après ce courant, l'irresponsabilité constitue une mise à l'écart de la société alors que la responsabilisation permettrait à toute personne la reconnaissance de son acte et donc l'amorce d'un travail sur soi, un maintien parmi l'humanité. Des conséquences de ces réflexions, l'article 64 du Code pénal a été supprimé et remplacé par l'article 122-1 du nouveau Code pénal de 1994 qui semble créer une exception au principe selon lequel « *les fous ne sont pas punissables* ». En effet, ce nouvel article distingue selon si la personne au moment des faits était atteinte d'une abolition ou d'une altération de son discernement en fonction de ce qui est dit dans une expertise psychiatrique. Dans ce dernier cas, la personne atteinte d'un trouble psychique qui a « *seulement* » altéré son discernement, se voit responsabilisée et peut encourir une peine de prison, bien que moindre en théorie. Dernièrement, on peut relever qu'une nouvelle exception a été inscrite dans la loi des suites de l'affaire Sarah Halimi, selon laquelle une personne dont l'abolition ou l'altération du discernement aurait été causée par une intoxication volontaire à des stupéfiants ne pourrait pas bénéficier d'une irresponsabilité pénale.

Ce mouvement de responsabilisation des malades mentaux n'est pas la conséquence du fait qu'ils se soient retrouvés en prison mais seulement une aggravation, tout comme le développement de la justice expéditive (procédures de comparutions immédiates...) qui induit des défauts de « *repérage* » des troubles mentaux alors que l'expertise psychiatrique n'est obligatoire qu'en matière criminelle, elle est facultative en matière délictuelle. Nous ne nous attarderons pas sur l'expertise psychiatrique qui a son lot de problématiques dépendantes pour la plupart de visions médicales et d'orientations politiques, ni sur la prise en charge des personnes irresponsabilisées dans les Unités pour Malades Difficiles (UMD) qui sont des unités à part assurant l'hospitalisation à temps complet des personnes présentant un danger pour

autrui ne pouvant pas être pris en charge en psychiatrie générale et qui à ce titre ne font pas partie des secteurs de psychiatrie. Bien qu'étant une bonne combinaison entre prise en charge sur le long terme des personnes malades et sécurité, il est très rare que des détenus y soient hospitalisés car il y a très peu de places disponibles et la procédure est trop complexe. En outre, nous n'évoquerons pas non plus le cas de la suspension médicale de peine pour trouble mental qui, même si elle existe en théorie, est rarement utilisée en pratique en raison de l'accroissement de l'offre de soins psychiatriques.

Par ailleurs, force est de constater que de nombreuses personnes dénoncent une augmentation du nombre de malades mentaux en prison au fil des années. Cette affirmation est à relativiser pour plusieurs raisons : tout d'abord, à une époque plus ancienne il n'y avait pas de statistiques, on ne se basait que sur des dires et encore fallait-il savoir ce qui rentrait dans la catégorie « *malades mentaux* » et ce qui y rentre désormais car une personne qui se laisse déborder par ses émotions n'est pas forcément atteinte d'une pathologie. De plus, notre politique étant de plus en plus sécuritaire, il y a davantage de poursuites au regard de la création de nouvelles infractions et une augmentation de la population carcérale en règle générale. On peut néanmoins citer le directeur de la quatrième circonscription pénitentiaire Henri Bailleul qui dans sa « *Note sur la folie dans les prisons centrales ou prisons de longues peines* » de 1891⁶ a rappelé que « *les observations recueillies pendant plusieurs années par M. Le Dr Lelut dans une des prisons les plus importantes de Paris l'on amené à conclure que le chiffre des aliénés dans une prison déterminée est sept à huit fois plus élevée que dans la population libre* ». Or, on sait qu'aujourd'hui, près de 130 ans après, ce chiffre est à peu près similaire s'il entend par « *aliénés* » les personnes atteintes de psychoses : concernant la schizophrénie elle touche environ 1% de la population générale mais elle touche plus de 7% des personnes détenues⁷.

On ne peut donc pas savoir s'il y a une réelle augmentation des personnes souffrant de troubles mentaux mais ce que l'on sait c'est qu'il y en a toujours eu en

⁶ MARTORELL A., *L'enfermement, perspectives réelles et historiques*, Soins Psychiatrie, n°116/117, 1990

⁷ INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale)

détention, soit car leur trouble est passé inaperçu au moment du jugement, soit car il s'est développé lors de l'incarcération et que malgré cela « *ces personnes ne seront pas déresponsabilisées puisque les symptômes psychiatriques sont apparus à distance des faits reprochés et qu'ils ne sont pas reliés à eux. Ils auront donc à purger leur peine dans des conditions souvent inappropriées à leur état mental* »⁸.

Il convient de se concentrer à présent sur la condition des personnes souffrant de troubles mentaux en détention. Effectivement, de nombreux rapports ont dénoncé l'incompatibilité de ces personnes souffrantes avec l'incarcération, d'autant que pendant longtemps il n'y a pas eu de dispositifs de soins adaptés à ce profil particulier de détenus, qui étaient soit laissés de côté ou soit placés dans des quartiers ou établissements plus spécialisés de manière temporaire quand ils en avaient l'opportunité. Il n'y a pas de soins pénalement ordonnés en détention : c'est à dire de soins qui sont imposés par un magistrat à une personne poursuivie ou condamnée. Ce constat ne touche pas que les maladies psychiques mais cela conditionne directement le soin en détention. Le soin a pourtant progressivement fait son entrée en détention dans les années 1950 avec le travail de la commission de réforme Amor. De la création des premières annexes psychiatriques en passant par les premiers Centres Médico-Psychologiques Régionaux, les soignants ont lentement rejoint les personnels de la prison. La grande avancée résidera dans l'ajout d'un secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, toujours dans l'idée qu'il faut soigner les malades là où ils vivent, avec la création d'une unité de soins spécialisée en psychiatrie en détention en 1986 : les Services Médico-Psychologiques Régionaux.

La prise en charge psychiatrique des détenus, en dehors du fait qu'elle soit devenue une nécessité, est aussi devenue une obligation conventionnelle depuis l'arrêt de la Cour Européenne des Droits de l'Homme (Cour EDH) Rivière du 11 juillet 2006⁹

⁸ BRAHMY Betty , *Psychiatrie et prison*, L'information psychiatrique, 2005/6, Tome 402,p.751 à 760.

⁹ Cour EDH Rivière c/ France, 11 juillet 2006, n°33834/03

qui a condamné la France sur le fondement de l'article 3¹⁰ de la Convention Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) pour avoir maintenu en détention une personne ayant des problèmes psychiatriques importants sans encadrement médical approprié.

En 1994 est intervenue une réforme du système de soins en milieu pénitentiaire, qui sera désormais assuré quasi-exclusivement par le service public hospitalier et qui a affirmé le principe selon lequel les personnes placées sous main de justice doivent avoir accès à une qualité de soins équivalente à celle de la population générale. L'organisation du dispositif de santé psychiatrique a été repensé sur trois niveaux : le premier concerne les soins ambulatoires, ensuite vient l'hospitalisation de jour et enfin l'hospitalisation à temps complet. L'offre de soins ambulatoires s'est encore enrichie avec la création des Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) dans les établissements pénitentiaires mais cela s'est avéré très compliqué au niveau de l'accès à l'hospitalisation pour les personnes détenues. Les hôpitaux de proximité ayant leur propres difficultés, accueillir ce type de public était une prérogative qu'ils avaient du mal à assurer, tant pour des raisons de moyens que de sécurité.

Malgré cela, dans le début des années 2000 d'autres nombreux rapports ont dénoncé les insuffisances du dispositif en santé mentale et les conditions de leur prise en charge au regard d'un manque de moyens, d'inégalités dans leur répartition, et de difficultés concernant l'hospitalisation en psychiatrie des personnes détenues. Le Comité européen pour la Prévention de la Torture (CPT) a même fait un constat relatif à « *l'état dramatique dans lequel se trouve la psychiatrie pénitentiaire en France* »¹¹.

En réponse à cela, le Gouvernement a accéléré la dynamique d'action publique et lancé son programme de construction des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), qui ont vocation à accueillir des personnes détenues pour qu'elles y soient hospitalisées, avec ou sans leur consentement, dans un hôpital sécurisé mêlant soignants et surveillants pénitentiaires. La construction de ces unités a divisé les avis

¹⁰ L'article 3 de la CEDH prohibe la torture, les peines et les traitements inhumains ou dégradants

¹¹ CPT, 2007, 83

des psychiatres : certains affirmant que c'était un moindre mal par rapport à la situation catastrophique des prisons et que les personnes détenues y seraient mieux soignées, et d'autres critiquant le retour à un système d'exclusion.

Il y a actuellement neuf UHSA en France et même s'il est encore tôt pour mesurer leur conséquence de manière certaine, il est aisé d'affirmer que leur mise en place a résolu un certain nombre de problématiques, les personnes détenues malades psychiquement pouvant enfin bénéficier d'un temps leur permettant de faire une pause avec la détention et de bénéficier d'un meilleur accès aux soins lorsque celle-ci devient trop insupportable. Cependant, les hospitalisations de proximité expéditives perdurent car ce sont les seules capables de répondre à l'urgence, mais leurs conditions sont extrêmement difficiles et il n'est pas souhaitable de continuer à prendre en charge de cette façon des personnes qui ont avant tout besoin de soin.

À ce jour, il n'existe pas suffisamment de statistiques ou d'études portant sur l'état de santé des personnes détenues, et celles qui existent sont pour la plupart très anciennes. D'après un rapport de l'Observatoire International des Prisons (OIP) du 6 juillet 2022¹², deux études sont actuellement en cours sur la population détenue en maison d'arrêt. L'une porte sur la santé mentale des personnes incarcérées¹³, et l'autre sur les personnes sortantes¹⁴. Peut-être nous permettrons-elles de mieux mesurer l'impact des nouvelles réformes.

Pour résumer, au regard de toutes ces constatations, il semblerait qu'une des priorités soit de proposer aux personnes incarcérées des soins psychiatriques de qualité équivalente à ceux proposés à la population générale. Cette proposition est d'importance majeure, surtout quand on sait que le défaut d'accès aux soins, le manque de conscience des troubles et les ruptures de suivis psychiatriques augmentent encore plus le risque de

¹² OIP, 6 juillet 2022, *enquête sur l'accès aux soins spécialisés en prison*, <https://oip.org/wp-content/uploads/2022/07/oip-rapport-soinsspe-07-2022-planches.pdf>

¹³ EPSYLON, *Épidémiologie et psychiatrique longitudinale en prison*

¹⁴ *Santé mentale et population sortante*

violence envers autrui, qui est déjà quatre fois plus élevé chez les personnes souffrant de troubles mentaux majeurs que dans la population générale¹⁵.

Peut-on dire qu'il existe aujourd'hui un dispositif de prise en charge efficient des personnes se trouvant en détention et souffrant de troubles psychiques ?

Afin de répondre à cette question, ce mémoire s'intéressera tout d'abord à la difficile prise en charge des personnes détenues souffrant de troubles mentaux (PARTIE I) avant d'analyser les apports des UHSA comme nouveau dispositif d'hospitalisation des personnes détenues (PARTIE II).

¹⁵ SWANSON JW, SWARTZ MS, VAN DORN RA, et al. *A national study of violent behaviour in persons with schizophrenia. Arch Gen Psychiatry*, 2006

PARTIE I : LA DIFFICILE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES MENTAUX EN DÉTENTION

En détention comme ailleurs, une partie de la population souffre de troubles mentaux et leur nombre ne cesse d'augmenter avec l'augmentation de la population carcérale. Le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) en 2019¹⁶ a rappelé que la dernière étude épidémiologique réalisée en France sur la santé mentale dans les prisons françaises¹⁷ montre que huit détenus masculins sur dix souffrent d'au moins un trouble psychiatrique et, parmi eux, 24 % souffrent d'un trouble psychotique. En sachant qu'au 1er juillet 2022, en France, on relève 72067 personnes écrouées et détenues¹⁸, nous pouvons imaginer que cette part n'est pas négligeable. Ces personnes étant privées de liberté mais pas d'un accès aux soins, il a fallu adapter le système et faire rentrer le soin à l'intérieur de la détention (CHAPITRE 1) mais cette prise en charge, en ce qu'elle est soumise à des règles particulières, n'est pas exempt de lacunes, et il convient d'analyser les conditions dans lesquelles s'effectue cet accès aux soins (CHAPITRE 2).

CHAPITRE 1 : L'ARRIVÉE NÉCESSAIRE DU SOIN EN DÉTENTION

Au temps de la psychiatrie moderne, on considérait que le criminel relevait de la prison et que le malade mental relevait de l'asile car il méritait compassion et soin. Aujourd'hui lorsque le trouble mental n'est pas jugé être en lien avec le crime ou le délit pour lequel la personne se retrouve en prison ou qu'il apparaît durant l'incarcération, ce n'est pas pour autant qu'elle ne mérite plus compassion et soin. Devant l'incompatibilité avec la détention des personnes atteintes de troubles psychiques (Section 1), l'offre de

¹⁶ Avis du CGLPL du 14 octobre 2019 *relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux*

¹⁷ ROUILLON F., DUBURCQ A., FAGNANI F., FALISSARD B., *Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison*, Expertise psychiatrique pénale, 2007.

¹⁸ Administration pénitentiaire, *Statistiques des établissements et des personnes écrouées en France*, Les chiffres clefs, Prison et Réinsertion, 1er juillet 2022

soins psychiatriques s'est développée en prison (Section 2) pour essayer de rendre leur période de détention plus supportable.

Section 1 : L'incompatibilité avec la détention des personnes atteintes de troubles psychiques

Au regard de leur inadaptation à la détention classique (I), on a tenté de répondre au problème en créant des quartiers ou des prisons spécialisés pour les personnes souffrant de troubles mentaux afin de leur permettre un meilleur accès aux soins (II).

I. La détention classique inadaptée

En dehors du fait que la prison soit génératrice de souffrances mentales (A), elle est profondément inadaptée pour les personnes qui souffrent des troubles mentaux les plus graves (B).

A) La prison en elle-même pathogène

Parmi les personnes détenues, certaines présentaient déjà un trouble psychique avant leur incarcération, mais pour d'autres, les troubles sont apparus au fil de la détention car « *La prison est un facteur favorisant la survenue de troubles psychiatriques* »¹⁹.

Indépendamment de l'état de santé préexistant, la prison, ayant pour conséquence la perte de la liberté d'aller et venir, engendre un vécu de dépossession, de contrainte, et de peur. Ses locaux, constitués d'espaces clos, sombres, et souvent dégradés, vétustes, ainsi que la promiscuité avec d'autres détenus, induisent des tensions et de la violence; phénomène accentué par la surpopulation carcérale. En effet, malgré les recommandations européennes²⁰ et le principe de l'encellulement

¹⁹ THOMAS P. et ADINS-AVINEE C., *psychiatrie en milieu carcéral*, Elsevier-Masson, 2012

²⁰ règles pénitentiaires européennes 18.5

individuel²¹, une majorité de cellules en maisons d'arrêt reçoivent le double, voire le triple, de leur capacité d'accueil. De plus, les impératifs de sécurité imposent parfois à la personne détenue des gestes qui, par leur nature intrusive, peuvent générer des sentiments d'humiliation comme par exemple la fouille corporelle : « *Être mis à nu devant un autre, c'est la première étape de la dégradation du sujet* », rappelait déjà, en 2007, Robert Badinter.²² Le régime pénitentiaire impose également une surveillance constante moyennant des rondes, des caméras, et « *l'opacité et le secret coextensifs au dispositif sécuritaire contribuent largement à l'émergence d'une forme de paranoïa sociale ordinaire* »²³. Par ailleurs, certains détenus sont plus vulnérables psychologiquement que d'autres et n'ont pas suffisamment de ressources adaptatives face à l'état d'enfermement, la prison « *induit des perturbations psychologiques dues à l'isolement, aux ruptures familiales, affectives ou professionnelles.* »²⁴.

Partant de ce constat, il est aisé d'imaginer que certains détenus développent des souffrances psychiques, « *On a même (...) décrit une maladie psychiatrique des prisonniers, la psychose carcérale, attribuant à l'isolement, à la dépravation physique et psychique et à l'ensemble des indignités subies, l'atteinte de la conscience de soi des prisonniers, en clair de leur sentiment identitaire (...) un univers délirant pour tout dire. Or, le délire, c'est la psychose* »²⁵. Certains se mettent à prendre des médicaments pour faire face.

En tant que conséquences d'un trouble dépressif et anxieux associés, c'est ce qui explique qu'il y ait une surreprésentation des conduites addictives et des conduites suicidaires en prison. Force est de constater qu'actuellement le taux de suicide est

²¹ introduit en droit français par la loi du 5 juin 1875 *sur le régime des prisons départementales*

²² OIP, *Fouilles à nu : souvent illégales, toujours humiliantes*, Analyse, octobre 2018, <https://oip.org/analyse/fouilles-a-nu-souvent-illegales-toujours-humiliantes/>

²³ ROSTAING Corinne, *Des détenus perturbés qui perturbent la prison*, Rhizome, n°56 (Prison, santé mentale et soin), Avril 2015. pp. 5-6

²⁴ *Ibid*

²⁵ DE BEAUREPAIRE Christiane, *Non lieu, Un psychiatre en prison*, Fayard, 2009.

extrêmement élevé en détention. Lors d'une réunion de l'ARS *sur la santé en prison*²⁶, a pu être relevé le nombre de 18 suicides pour 10.000 détenus en 2020. Selon le Dr Canetti présent à cette réunion : « *Toute personne saine d'esprit placée en prison est susceptible de penser au suicide* ». Néanmoins, concernant les comportements auto-agressifs (tentatives de suicides et automutilations), il est plus difficile de remonter les statistiques mais à titre indicatif a pu être relevé le nombre de 2432 en 2020, ce qui n'est pas négligeable. Malheureusement, tout cela est encore plus prégnant chez les personnes atteintes des troubles les plus graves.

B) Un régime inadapté aux pathologies les plus graves

En détention, pour les troubles les plus graves comme la schizophrénie ou encore une dépression moyenne, le régime coercitif n'est pas du tout adapté. On a pu apercevoir des apparitions ou des décompensations psychotiques spectaculaires en détention comprenant parfois des thèmes à visée persécutive délirante concernant le monde pénitentiaire et judiciaire.

Ce type de trouble nécessite des soins lourds et quotidiens, et une surveillance accrue. Or, les personnes détenues sont enfermées à clé dans leur cellule la nuit et généralement seulement deux surveillants font des rondes. Il n'y a pas d'équipe médicale qui puisse ouvrir leur cellule en cas de besoin, sauf exception en cas de crise suicidaire, et là encore il s'agira d'une prérogative de l'administration pénitentiaire. Ce n'est pas parce que la souffrance n'est pas explicite qu'elle n'en est pas moins intense : « *Les dérangés non dérangeants, ceux là, personne ne les remarque* »²⁷ alors que la vie sur la coursive doit être l'enfer pour un malade mental. « *Les comportements bruyants attirent toujours et rapidement l'attention alors que les replis sur soi ou les bizarreries non gênantes (...) pourtant souvent pathognomoniques de fortes souffrances psychiques*

²⁶ 9 décembre 2021, Auditorium de la bibliothèque de Mériadeck (Bordeaux)

²⁷ HERSZBERG Catherine, *Fresnes, Histoires de fous*, Seuil, 2006.

ou de maladies mentales mais qui ne dérangent pas la vie institutionnelle pénitentiaire, sont malheureusement moins fréquemment signalés »²⁸.

Pourtant, d'après l'OIP²⁹, dans les prisons françaises, plus de 20% des personnes incarcérées sont atteintes de troubles psychotiques dont 7,3% de schizophrénie et 7% de paranoïa et autres psychoses hallucinatoires chroniques. En sachant que dans la population générale en France il y a environ 1% de personnes atteintes de schizophrénie, on peut noter qu'« *en France, si on compte : un malade schizophrène sur cent est emprisonné »³⁰.*

La prison apparaît donc comme le terrain d'apparition ou d'aggravation de pathologies psychiatriques chez les personnes détenues et comme l'a dit la sociologue Corinne Rostaing : « *La prison ne saurait en aucun cas être confondue avec une institution de soins, son cadre contraignant peut au contraire renforcer certaines pathologies. »³¹. Certains sont alors orientés vers des établissements plus adaptés comme la maison centrale de Château-Thierry.*

II. La détention dans des établissements spécialisés, un modèle inachevé

Une réflexion d'inspiration pénitentiaire a pris forme dans les années 1860 sur la nécessité de prendre en charge ces détenus particuliers. Selon elle, il faudrait réfléchir à la « *création de prisons capables d'accueillir une population pénale présentant des troubles mentaux »³². Cela a tout d'abord abouti sur l'ouverture d'un quartier spécial pour aliénés criminels et épileptiques à la maison centrale du Gaillon en 1876 (fermée*

²⁸ BODON-BRUZEL Magali. *Psychiatrie en milieu pénitentiaire*, EMC Psychiatrie, Elsevier Masson, 2013. p.18

²⁹ OIP, *santé mentale*, thématique, <https://oip.org/decrypter/thematiques/sante/sante-mentale/>

³⁰ DE BEAUREPAIRE Christiane, *Non lieu, Un psychiatre en prison*, Fayard, 2009.

³¹ ROSTAING Corinne, *Des détenus perturbés qui perturbent la prison*, Rhizome, n°56 (Prison, santé mentale et soin), Avril 2015. pp. 5-6

³² BODON-BRUZEL Magali. *Psychiatrie en milieu pénitentiaire*, EMC Psychiatrie, Elsevier Masson, 2013. p.18

en 1906)³³. Par la suite, a ouvert la maison centrale de Château-Thierry, appelée d'abord « maison centrale sanitaire jusqu'en 1986, puis perdurera en tant qu'établissement pénitentiaire spécialisé dans l'accueil des détenus fragiles au plan psychique, et elle retrouvera la qualification classique de centrale après la réforme sanitaire de 1994 tout en conservant sa spécificité »³⁴.

Château-Thierry est une prison spécialisée qui accueille des personnes atteintes de troubles mentaux considérées comme inadaptées à la détention de « droit commun » et qui ont un reliquat de peine égal ou supérieur à dix-huit mois. « Les demandes d'affectation peuvent émaner soit de l'intéressé lui-même, soit du psychiatre de l'établissement où il est incarcéré »³⁵. Elle a pour mission la réadaptation à la détention classique. Dans le projet de l'établissement, il est précisé que ce lieu de transit « est censé favoriser leur resocialisation ou à tout le moins leur normalisation, en vue d'une réadaptation à la vie en détention, sinon à la vie sociale ».

L'établissement, pour parvenir à cet objectif, a développé une spécificité dans la pratique professionnelle³⁶ où soignants et surveillants travaillent ensemble et même si on est toujours dans un établissement pénitentiaire, les règles qui y sont inhérentes sont plus appropriées : « Le travail des surveillants (...) est basé sur la participation à une prise en charge globale des détenus, axé sur le dialogue et la mise en confiance, et prend en compte leur état de santé, le type de relations qu'ils entretiennent avec autrui et leur vulnérabilité. Rien de bien différent de ce qui devrait prévaloir dans l'ensemble des prisons françaises – mais on en est loin – et qui confère à Château-Thierry un caractère exemplaire reconnu. »³⁷. Il y a une vraie dimension humaine dans cette approche, détenus et surveillants se serrent la main, et partagent même parfois des repas

³³ MARTORELL A., *L'enfermement, perspectives réelles et historiques*, Soins Psychiatrie, n°116/117, 1990

³⁴ BODON-BRUZEL Magali. *Psychiatrie en milieu pénitentiaire*, EMC Psychiatrie, Elsevier Masson, 2013. 18 p.

³⁵ Rapport Sénat n°420

³⁶ Rapport d'activité du centre pénitentiaire de Château-Thierry, 2016

³⁷ OIP, *Château- Thierry : une prison pour les « fous »*, 29 mai 2018, <https://oip.org/analyse/chateau-thierry-une-prison-pour-les-fous/>

ensemble³⁸. Les surveillants sont plus nombreux et cet effectif permet de répondre plus efficacement aux besoins des personnes souffrant de troubles mentaux « *À la moindre alarme, nous sommes immédiatement trois surveillants à discuter avec le détenu : ça évite que la situation dérape* »³⁹.

Toutefois, cet établissement est loin d'être teinté de perfection. Certains sont incapables de s'affranchir de Château-Thierry et cela devient un lieu d'enfermement, en contradiction avec l'objectif initial qui en faisait un lieu temporaire. En outre, les locaux sont vétustes (ayant été construits en 1850), les cellules sont exiguës, les installations collectives ne sont pas optimales, et le nombre de psychiatres est insuffisant⁴⁰. Le lieu ne permet donc pas de délivrer des traitements aussi lourds. Dans son rapport de 2019, le CGLPL a relevé que « *la prise en charge des troubles du comportement en milieu pénitentiaire telle qu'elle y est mise en œuvre présente de graves faiblesses qui font obstacle à ce que cet établissement puisse être considéré comme un modèle à reproduire* »⁴¹.

Aujourd'hui, Château-Thierry est toujours en fonction pour partie et 20 millions d'euros ont été budgétés par l'État pour la réhabilitation de la prison. En effet, même s'il y a des insuffisances, on peut affirmer que si cette prison a fonctionné aussi longtemps c'est grâce à son enchevêtrement soin et prison si particulier qui est venu pallier à d'autres établissements en accueillant des patients qui auraient dû relever d'une hospitalisation. Des patients ont pu être stabilisés et ils pouvaient y revenir si besoin. D'ailleurs, les sénateurs recommandent la multiplication des établissements

³⁸ FALCONETTI Eric, *L'avis de Château, Pratiques pénitentiaires relationnelles*, Film produit par l'ENAP, 2010

³⁹ FAURE Sonya, *Une prison pour repousser les murs de la folie*, reportage, Libération, 2010, https://www.liberation.fr/societe/2010/09/02/une-prison-pour-repousser-les-murs-de-la-folie_675978/

⁴⁰ Rapport Sénat n°420

⁴¹ Avis du CGLPL du 14 octobre 2019 *relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux*

pénitentiaires spécialisés dans la prise en charge des détenus à profil psychiatriques⁴² et la création d'un nouvel établissement de ce type a été acté dans la loi du 27 mars 2012⁴³.

Il convient de nuancer cette position car le CGLPL dans son avis du 14 octobre 2019, a préconisé pour améliorer la prise en charge des personnes détenues souffrant de troubles mentaux, le développement de structures hospitalières sécurisées plutôt que la création de prisons médicalisées. Il a considéré qu'« elle doit faire l'objet d'une prise en charge confiée à des soignants et à ce titre, être orientée vers un établissement de santé. »⁴⁴, et c'est ce vers quoi va tendre l'offre de soins psychiatriques aux détenus progressivement.

Section 2 : Le développement de l'offre de soins psychiatriques en détention

Ce n'est vraiment qu'après la Seconde Guerre Mondiale que « se développe l'implication psychiatrique en prison »⁴⁵. Nous nous concentrerons sur les consultations et soins psychiatriques externes dans les Services Médico-Psychologiques Régionaux (I), ou à défaut dans les Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (II).

I. La naissance des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR)

Les SMPR sont définis par les lois du 25 juillet 1985 et du 31 décembre 1985⁴⁶ qui donneront un véritable statut juridique au secteur de psychiatrie en milieu

⁴² DAVID Michel, PAULET Catherine et LAURENCIN Gérard, *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 ?*, *L'information psychiatrique* 2012/8 (Volume 88), p.605 à 615.

⁴³ Loi du 27 mars 2012 n° 2012-409 relative à l'exécution des peines

⁴⁴ Avis du CGLPL du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux

⁴⁵ DORMOY Odile, *Soigner et/ou punir : questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison : VIe Rencontres nationales des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et unités pour malades difficiles*, (Paris, Hôpital Sainte-Anne, 13-14 octobre 1994), L'Harmattan, 1995

⁴⁶ Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 et Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relatives à la sectorisation psychiatrique

pénitentiaire. En effet, les SMPR ont été créés dans l'objectif d'assurer une qualité de soins équivalente aux personnes détenues par rapport aux personnes libres (A) et leur fonctionnement, inspiré des anciens Centres Médico-Psychologiques Régionaux⁴⁷, a été précisé par le décret du 14 mars 1986⁴⁸ (B).

A) Une perspective humaniste

Dans la continuité des secteurs de psychiatrie générale, conçus pour que chacun soit traité au plus près de chez lui en ambulatoires dans de petites structures, a été ajouté le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, toujours dans l'idée qu'il faut soigner les malades là où ils vivent. Celui-ci est à présent chargé de répondre aux besoins de santé mentale de la population incarcérée dans les établissements relevant d'une région pénitentiaire.

Désormais, il y a une présence permanente et institutionnalisée de la psychiatrie au cœur des établissements pénitentiaires, qui prend la forme d'un bureau de soin à l'intérieur du centre de détention : le SMPR. On peut dire qu'il est une sorte de Centre Médico-Psychologique (CMP) en détention : pour les détenus il met à disposition des activités de consultation, d'entretiens, de prise en charge de groupe et d'activités thérapeutiques, des actions de prévention et d'éducation pour la santé et également la continuité des soins à la sortie. « *Les SMPR sont chargés de dépister et de soigner les pathologies mentales, et notamment de favoriser l'accès aux soins pour des personnes détenues qui, en milieu libre, n'auraient que peu ou pas recours aux dispositifs de soins psychiatriques..* »⁴⁹.

B) Le fonctionnement des SMPR

⁴⁷ Créés par la Circulaire AP 67-16 du 30 septembre 1967

⁴⁸ Décret n°86-602 du 14 mars 1986 *relatif à la lutte contre les maladies mentales*

⁴⁹ BODON-BRUZEL Magali. *Psychiatrie en milieu pénitentiaire*, EMC Psychiatrie, Elsevier Masson, 2013. p.18

Il y a actuellement vingt-six SMPR implantés en milieu carcéral sur le territoire français. Il y en a dans chaque région et la plupart se trouvent en maisons d'arrêts. Ils dépendent d'un hôpital de rattachement. Il s'agit d'une prise en charge ambulatoire qui peut être en lien avec d'autres organismes comme un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

Chaque SMPR n'est pas doté de la même façon mais nous pouvons prendre l'exemple du SMPR du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan que nous avons investi durant notre stage : l'unité centrale est située au troisième étage du bâtiment principal de la maison d'arrêt. Elle comprend cinq bureaux de consultations et deux cellules d'apaisement. L'équipe est composée d'environ une vingtaine de personnels dont trois médecins psychiatres, une dizaine d'infirmiers ainsi que des psychologues, psychométriciens, ergothérapeutes, et d'assistantes sociales. Le SMPR accueille des détenus qui en font la demande ou qui sont signalés par les différents acteurs amenés à rencontrer le détenu avant ou pendant son parcours carcéral : juges, administration pénitentiaire, Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP), Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP), etc⁵⁰.

Sous réserve de leur consentement, les détenus peuvent prendre part à des entretiens avec le médecin ou des infirmiers. Ils peuvent également se voir prescrire des médicaments, le plus souvent à visée symptomatique mais pour les cas les plus difficiles cela peut être des neuroleptiques à action prolongée. La prise de médicaments est ensuite autonome, le détenu gère seul l'ensemble de ses prescriptions mais dans certains cas la prise de médicaments peut être supervisée avec un infirmier, cette dernière forme étant aussi appelée « *prise particulière* ». S'il le juge nécessaire par rapport au trouble psychique constaté, le médecin peut demander un placement individuel dans une cellule, mais cela génère des problèmes au niveau structurel car en raison de l'état de surpopulation carcérale pour pouvoir disposer d'une cellule individuelle il faut regrouper plusieurs détenus dans une autre cellule (on assiste à une multiplication des cellules triplées).

⁵⁰ THOUMY Nicolas, *Rapport d'activité du SMPR*, Centre Pénitentiaire de Bordeaux Gradignan, 2021

Des temps institutionnels sont prévus, ce qui permet une meilleure cohésion du fait des nombreux intervenants. À Gradignan notamment, il y a une réunion quotidienne entre soignants où les infirmiers peuvent faire état aux médecins des détenus qu'ils ont rencontré dans la matinée et qui permet de discuter d'orientations thérapeutiques notamment.

Enfin, dans certains SMPR, sur indication médicale et toujours avec le consentement de la personne détenue, il est possible d'hospitaliser la personne détenue à temps partiel, uniquement la journée car il n'y a pas d'équipe de nuit, dans un des lits « *d'hospitalisation* » dédié à cet effet. Il s'agit en réalité de cellules se trouvant au sein du SMPR.

Le SMPR étant un service de niveau régional, il y a des établissements où il n'y en a pas et les personnes détenues peuvent alors, depuis 1994, se tourner vers les USMP pour bénéficier de soins psychiatriques.

II. Le déploiement des UCSA/USMP

Plusieurs rapports parlementaires ont donné lieu à une loi du 18 janvier 1994⁵¹ qui a confié au service public hospitalier la prise en charge des détenus, auparavant assurée par l'Administration pénitentiaire. L'objectif visé par cette loi était l'égalité d'accès aux soins et de traitement entre les personnes détenues et la population générale car les prisonniers seraient des hommes comme tout le monde. Cet objectif a d'ailleurs été repris à l'article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009⁵² : « (...) *La qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population (...)* », et réaffirmé par le CGLPL⁵³.

⁵¹ Loi du 18 janvier 1994 n°94-43 *relative à la santé publique et à la protection sociale*

⁵² Loi du 24 novembre 2009 n°2009-436 dite « *Loi pénitentiaire* »

⁵³ Avis du CGLPL du 14 octobre 2019 *relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux*

De cette loi, les Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) ont vu le jour (appelées « *USMP* » depuis 2013) et ont été mises en fonctionnement à partir du 1er janvier 1996. Ce dispositif, souvent nommé « *infirmierie* » par les détenus, fut ainsi créé dans l'objectif d'accéder aux soins tant somatiques que psychiques, sans quitter le lieu de détention. Les USMP sont au nombre d'environ 200 aujourd'hui. Pour les prisons ne disposant pas d'un SMPR, le dispositif de soins psychiatriques implique des équipes des secteurs de psychiatrie générale qui interviennent au sein des USMP, rattachées à un établissement hospitalier.

Nous avons pu noter pendant notre stage au centre pénitentiaire de Bordeaux Gradignan qui comprend à la fois un SMPR et une USMP, une répartition des prérogatives (moindre pour l'USMP n'étant pas spécialisée dans les soins psychiatriques et à ce titre ayant une équipe moins nombreuse).

Les USMP sont chargées de l'entretien d'accueil des détenus arrivants dans le but d'expliquer le dispositif de soins pénitentiaires et éventuellement d'orienter vers le CSAPA si la personne a des troubles addictifs. Elles sont également chargées de signaler un détenu au SMPR si elles dépistent un trouble ou d'une souffrance psychique particulière, ou si elles suspectent un « *choc carcéral* » pouvant induire des idées suicidaires potentielles.

À présent que nous avons pu mieux comprendre comment le soin avait fait son entrée en détention, nous allons voir quelles sont les conditions de prise en charge des personnes détenues souffrant de troubles mentaux avec ses limites qui ne sont toutefois pas si éloignées de celles que l'on retrouve dans la population générale.

CHAPITRE 2 : LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES MALADES DÉTENUS

Les personnes détenues qui sont en souffrance psychique peuvent bénéficier d'une prise en charge en milieu carcéral (Section 1), mais également en milieu hospitalier lorsqu'elles sont extraites pour être hospitalisées (Section 2). Toutefois, dans l'un ou l'autre, cette prise en charge n'est pas optimale.

Section 1 : Les carences de soins en milieu carcéral

En milieu carcéral, on peut observer comme dans la population générale, des problématiques liées au fait que pour pouvoir soigner une personne il faut pouvoir obtenir son consentement (I). De plus, on peut pointer les nombreuses insuffisances de moyens dans les unités de soins psychiatriques (II).

I. Des problématiques inhérentes à l'obligation de consentement aux soins

Le consentement au soin est également primordial en détention (A) ce qui n'est pas sans difficultés : certaines personnes ne sont pas en mesure de formuler un consentement libre et éclairé en raison de leur trouble psychique (B).

A) L'impossibilité de soin sans consentement en détention

Comme en milieu libre, et depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002⁵⁴ qui a légalisé le principe de consentement aux soins médicaux, « *Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* »⁵⁵. Nul ne peut donc être soigné contre sa volonté sauf exceptions dans le domaine de la psychiatrie via des mesures spéciales lorsque l'état mental de l'intéressé nécessite des soins immédiats et

⁵⁴ loi du 4 mars 2002, n°2002-303, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite « loi Kouchner »

⁵⁵ Code de la santé publique, article L.111-4

une surveillance médicale : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT), Soins Psychiatrique en cas de Péril Imminent (SPPI), Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'État (SPDRE), ou encore lors d'un Programmes de Soins (PS) à la suite d'une condamnation pénale.

En détention, lorsque les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public, la seule possibilité de soin sans consentement se fait par arrêté préfectoral via la mesure d'SPDRE. Dans les autres situations, il n'est pas possible de contraindre une personne détenue à se soigner. Il n'y a pas de soins pénalement ordonnés en détention, et s'il y a un programme de soins qui a été prononcé, il peut démarrer soit avant l'incarcération lorsque cela est possible, soit à la fin de celle-ci. La personne étant déjà privée de sa liberté, on part du principe qu'on ne peut pas en plus lui imposer des contraintes supplémentaires : « *le contexte de privation de liberté et les contraintes diverses du monde pénitentiaire nécessite que le soin psychiatrique en milieu pénitentiaire reste un espace de liberté et d'intimité* »⁵⁶. C'est pour cela que lorsqu'on contraint quelqu'un via la mesure de SPDRE on le place en milieu hospitalier⁵⁷.

On peut toutefois noter que le soin est fortement incité par les magistrats car il peut être la condition nécessaire pour que les personnes détenues bénéficient de remises de peine ou d'aménagements de peine. Nous avons pu nous rendre compte pendant notre stage que s'il n'y avait pas cet intérêt, une bonne partie ne viendraient pas d'elles-mêmes se soigner en détention.

En somme, cela peut apparaître compliqué pour un médecin de ne pas venir en aide à quelqu'un qui ne donne pas son consentement pour être soigné. « *Les psychiatres savent qu'ils ne peuvent limiter leurs interventions aux seuls patients qui en formulent*

⁵⁶ DAVID Michel, PAULET Catherine et LAURENCIN Gérard, *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 ?*, *L'information psychiatrique* 2012/8 (Volume 88), p.605 à 615.

⁵⁷ DUBRET Gérard, *La prison, ultime institution psychiatrique pour soigner et punir ?*, *L'information psychiatrique*, 2006/8 (Volume 82), p.663 à 668.

*la demande, pas plus qu'ils ne peuvent laisser sans soins et sans assistance les patients qui refusent tout. Cette dernière attitude serait contraire à l'éthique »*⁵⁸. Surtout lorsqu'on sait que l'un des symptômes de certaines maladies mentales est de ne pas avoir conscience de son trouble et par conséquent il n'est pas possible de donner son consentement pour obtenir un soin.

B) La question du consentement libre et éclairé

Pour que le consentement soit valable, les textes exigent qu'il soit libre et éclairé, cela signifie entre autres qu'il ne doit pas être obtenu sous la contrainte. « *L'appréciation du consentement aux soins se base notamment sur le fait que l'adhésion du patient doit être fiable et sans équivoque.* »⁵⁹.

Encore faudrait-il qu'il y ait un discernement... Selon Christiane de Beaurepaire il ne s'agirait pas d'une notion « *médicale* » mais davantage d'ordre philosophique, moral, voire juridique⁶⁰. Plus précisément, au regard de leur trouble, on peut se demander en quoi certains détenus sont conscients qu'ils ont des problèmes de santé et qu'ils devraient les faire soigner : « *les psychotiques sont ceux qui sont le moins capables de prononcer une adhésion tout en étant ceux qui ont le plus besoin de soins* »⁶¹. L'anosognosie (l'absence de conscience du trouble) est effectivement un signe pathognomonique de la schizophrénie : la personne ne se rend pas compte qu'elle délire, elle est dans un sentiment de toute-puissance. C'est le traitement qui va calmer l'activité délirante et qui va pouvoir amener une prise de conscience chez l'intéressé; le traitement retire le sentiment délirant de toute-puissance mais en conséquence, des mouvements dépressifs peuvent émerger.

⁵⁸ *Ibid*

⁵⁹ Santémentale.fr, *Soins sous contrainte : évaluer la capacité à consentir*, n°261, Octobre 2021 <https://www.santementale.fr/2021/10/soins-sous-contrainte-evaluer-la-capacite-a-consentir/>

⁶⁰ Criminocorpus, *Entretien avec Christiane de Beaurepaire auteur de l'ouvrage « Non-lieu, Un psychiatre en prison »*, Collection Philippe Zoummeroff, 2009, <https://criminocorpus.org/en/library/video/373/>

⁶¹ HERSZBERG Catherine, *Fresnes, Histoires de fous*, Seuil, 2006

Il y a donc une difficulté de compliance du soin de par l'absence de conscience du trouble psychique chez certaines personnes détenues et comme nous l'avons vu précédemment, une hospitalisation à temps complet peut s'avérer nécessaire. Néanmoins, la question du consentement au soin n'est pas la seule problématique, il y en a d'autres qui sont plus spécifiques à la détention.

II. Des moyens insuffisants dans les unités de soins psychiatriques

En détention, il y a un réel manque de personnels permettant d'assurer les soins psychiatriques nécessaires, mais ce constat est le même dans la psychiatrie publique en règle générale, et il y a également un manque de moyens thérapeutiques au regard des contraintes pénitentiaires (A). De surcroît, il n'est pas possible d'hospitaliser une personne à temps complet au sein du milieu carcéral, ce qui peut avoir davantage de conséquences que dans le milieu libre en tant que personne détenue (B).

A) Un manque de moyens thérapeutiques et de personnels

Tout d'abord, il faut noter que les moyens thérapeutiques ne sont pas toujours égaux sur le territoire français. Certaines unités ont des « lits » d'hospitalisation et d'autres non, comme c'est le cas au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan. En outre, le lieu n'est pas toujours adapté à la thérapie : l'unité, bien qu'elle soit dans la prison est un lieu de thérapie comme un autre, mais en revanche, les conditions contraignantes inhérentes à la prison dominent, « *La prison, c'est d'abord l'affaire du personnel pénitentiaire. Priorité à la vie pénitentiaire* »⁶². À titre d'exemple, on peut évoquer le prisonnier ayant le statut de Détenu Particulièrement Surveillé (DPS) et placé au quartier d'isolement ce qui génère beaucoup de contraintes pour y accéder : il apparaît alors « *difficile de dispenser des soins dans des conditions d'extrême surveillance pénitentiaire et de veiller sur l'état du malade* »⁶³.

⁶² DE BEAUREPAIRE Christiane, *Non lieu, Un psychiatre en prison*, Fayard, 2009.

⁶³ *Ibid*

De plus, les personnes détenues sont dépendantes des horaires des unités sanitaires qui ne sont ouvertes qu'en journée : « *Concernant la permanence des soins ambulatoires, constat est fait que la prison n'est pas un hôpital. La continuité des soins doit être assurée aux heures d'ouverture des UCSA et des SMPR; en dehors des heures d'ouverture, il faut recourir au Centre 15* »⁶⁴

Enfin, les unités n'ont pas le temps de voir tous les détenus qui en auraient besoin car il y a un vrai manque de personnels, les délais d'attente pour un rendez-vous avec un psychiatre ou un psychologue peuvent être très longs. Au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan, l'équipe du SMPR est prévue telle qu'elle pour une capacité d'accueil de 407 détenus, alors qu'il y en a environ 850⁶⁵. Ils se concentrent notamment sur ceux qui ont des pathologies avérées, et sur ceux qui font la demande de soin (même si elle peut être liée à une incitation du magistrat, l'alliance thérapeutique se travaille). En effet, « *Une des difficultés pour les équipes soignantes est de pouvoir repérer une souffrance chez un détenu qui ne fait pas appel au SMPR (...), ce qui impose le souci permanent pour les acteurs de santé mentale en détention de faire en sorte que les informations concernant ce détenu ou cette difficulté puissent remonter* »⁶⁶.

B) Une hospitalisation impossible à temps complet en détention

Comme nous l'avons souligné précédemment, il n'est pas possible d'hospitaliser une personne détenue à temps complet en détention. On ne peut l'hospitaliser en prison qu'à temps partiel (de jour), que dans certains établissements pénitentiaires car ils ne possèdent pas tous des « lits » d'hospitalisation, et sous réserve du consentement de la personne.

⁶⁴ « *Quelle évolution pour la psychiatrie en milieu pénitentiaire ?* », *Compte-rendu du séminaire « Organisation de la santé mentale et de la psychiatrie en milieu pénitentiaire »*, Ministère de la santé et des Sports, 29 et 30 avril 2009.

⁶⁵ THOUMY Nicolas, *Rapport d'activité du SMPR*, Centre Pénitentiaire de Bordeaux Gradignan, 2021

⁶⁶ BODON-BRUZEL Magali. *Psychiatrie en milieu pénitentiaire*, EMC Psychiatrie, Elsevier Masson, 2013. p.18

Si une personne est en danger et qu'il s'avère nécessaire de l'hospitaliser à temps complet, il est obligatoire de passer par la mesure de SPDRE. En attendant, en cas de crise, les personnels peuvent tout de même prendre des mesures de protection : « *En attendant s'ils ne veulent pas de traitement et qu'ils sont en danger, on les met en iso avec une piqûre de force* »⁶⁷, ce qui n'est pas idéal au regard du respect de la dignité humaine comme nous le développerons ultérieurement.

On peut relever qu'à Fresnes il y a une Unité Psychiatrique Hospitalière (UPH), qui dépend de l'hôpital mais dont le périmètre est gardé par du personnel pénitentiaire. En réalité, il s'agit d'un service temporaire qui prend en charge à temps complet pour quelques jours les personnes détenues qui en ont besoin et qui permet de gérer les crises urgentes en attendant l'hospitalisation classique par la mesure de SPDRE. Néanmoins, cette unité n'existe qu'à Fresnes et le nombre de places est limité. La prise en charge en SPDRE des personnes détenues se fait classiquement en milieu hospitalier.

Section 2 : L'hospitalisation défaillante à l'hôpital psychiatrique public pour des personnes détenues

Une personne détenue peut être prise en charge en milieu hospitalier lorsqu'elle est hospitalisée sans son consentement et se voit décerner à son encontre une mesure de SPDRE. Cependant, cette procédure est particulièrement complexe à mettre en oeuvre (I) et l'hôpital psychiatrique public n'est pas le lieu d'accueil le plus adéquat pour ce type de public en raison de leur statut de détenu (II).

I. Une procédure complexe

Pour les détenus dont les troubles mentaux nécessitent des soins et une surveillance médicale constante et qui compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave à l'ordre public, il est prévu qu'ils peuvent être hospitalisés à temps complet sans leur consentement en milieu hospitalier via la mesure de SPDRE,

⁶⁷ HERSZBERG Catherine, *Fresnes, Histoires de fous*, Seuil, 2006.

qui depuis une loi du 5 juillet 2011⁶⁸, est venue remplacer l'ancienne « *hospitalisation d'office* ». L'hospitalisation en SPDRE des détenus à l'hôpital psychiatrique public était régie jusqu'au 7 juin 2022 par l'article D.398 du Code de procédure pénale⁶⁹. L'article D.398 du Code de procédure pénale a simplement été transposé à l'article R6111-40-5 du Code de la santé publique⁷⁰, en vigueur depuis le 27 juillet 2022, mais son contenu est exactement le même.

Le SPDRE est délivré par arrêté préfectoral sur la base d'un certificat médical circonstancié d'un psychiatre n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. Au bout de 24H, un autre certificat médical motivé est délivré cette fois par le psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil qui confirme la mesure de soins, puis à 72h, puis tous les mois si la mesure se poursuit. L'arrêté préfectoral doit être motivé et remis au patient, et un autre doit être décerné au bout d'un mois, puis au bout de quatre mois et ensuite tous les six mois. La mainlevée de la mesure peut intervenir si un certificat médical fait défaut, ou si les conditions motivant la mesure de SPDRE ne sont plus réunies car l'état du patient a évolué positivement, sous réserve de l'accord du préfet. Cette mesure fait l'objet d'un contrôle de la part du juge des libertés et de la détention depuis 2011 comme nous le verrons ultérieurement.

Il convient de relever que cette mesure est la seule possibilité d'extraire un détenu de la détention à temps complet. En 1990, 100 prisonniers avaient été hospitalisés selon cette procédure et cette part a doublé en 2005⁷¹. Néanmoins, le recours à cette mesure est assez rare, car les conditions pour y recourir sont exigeantes : il faut que la personne représente un risque d'atteinte à autrui ou à l'ordre public majeur et parfois décompense de façon spectaculaire. Comme l'a relevé le Docteur DE

⁶⁸ Loi du 5 juillet 2011, n°2011-803, *relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge*

⁶⁹ abrogé par le décret n° 2022-855 du 7 juin 2022 *relatif à la modification du code de procédure pénale, du code de la justice pénale des mineurs et de diverses dispositions (décrets simples) rendue nécessaire par l'entrée en vigueur du code pénitentiaire, et portant modifications du nouveau code*

⁷⁰ créé par le décret n° 2022-1046 du 25 juillet 2022 *relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine*

⁷¹ DE BEAUREPAIRE Christiane, *Non lieu, Un psychiatre en prison*, Fayard, 2009.

BEAUREPAIRE : « *L'urgence c'est plus simple. C'est l'auto-mutilation, l'accès de violence, le sang, les cris, les coups, les injures, les menaces, les tendons du poignet ou de l'avant-bras rosés nacrés (...) l'urgence, c'est la fumée qui sort sous la porte* »⁷².

Enfin, il faut relever que cette procédure est très contraignante, d'une part pour le détenu car même si elle est nécessaire, c'est une mesure qui allie à la fois une privation de liberté et une obligation de soins ; il convient de remarquer que c'est pareil pour des personnes dans la population générale qui réunissent les mêmes critères. D'autre part, cette procédure est complexe à mettre en œuvre pour les personnels car elle nécessite de lever l'écrrou et de le remettre après l'hospitalisation. Cela implique à la fois les autorités judiciaires et hospitalières, ce qui peut se révéler complexe en pratique. L'aspect procédural n'est pas le seul à être complexe et il convient de voir en quoi l'hôpital classique n'est pas le plus adapté actuellement pour l'accueil de ces patients détenus.

II. Un lieu inapproprié

L'hôpital psychiatrique public n'est pas le plus adapté pour l'accueil de patients qui proviennent d'établissements pénitentiaires au regard de son aspect sécuritaire (A) et des conditions d'hospitalisation qu'il propose (B).

A) Un manque de sécurité

Durant l'hospitalisation à l'hôpital psychiatrique qui, rappelons le, n'est plus uniquement un lieu d'enfermement, il n'est pas prévu pour les personnes détenues une garde assurée par les services de police ou de gendarmerie⁷³. « *Établie par le Code de procédure pénale et toujours en vigueur, la règle de l'absence de garde policière pour les détenus hospitalisés en psychiatrie, contrairement à celle qui régit les hospitalisations des personnes incarcérées dans les hôpitaux généraux pour des soins*

⁷² *Ibid*

⁷³ Code de la santé publique, article R6111-40-5

somatiques, est une survivance datant de l'époque où les hôpitaux psychiatriques étaient fermés et apparemment sécurisés»⁷⁴.

Ainsi, l'hôpital n'est pas sécurisé et le risque d'évasion est réel. On peut d'ailleurs citer les multiples évasions qui se sont succédées dans un temps restreint en début d'année 2022 au Centre hospitalier Gérard Marchant à Toulouse⁷⁵.

Sans garde policière, la surveillance des personnes détenues incombe au chef de l'établissement hospitalier et de facto aux équipes soignantes qui ne sont pas formées pour. Par conséquent « *ces admissions dans l'hôpital de proximité suscitent souvent la réticence des équipes médicales, soignantes et de direction, qui appréhendent le risque de violence ou d'évasion et la mise en cause de leur responsabilité* »⁷⁶. Face à cette problématique, entre autres, l'hospitalisation des personnes détenues s'effectue dans des conditions très difficiles et inadaptées.

B) Des conditions difficiles

Devant l'aspect insécuritaire de l'hôpital public, et le manque de places disponibles, l'hospitalisation des personnes détenues est souvent expéditive, d'une durée de seulement quelques jours, alors qu'elle devrait être plus longue pour répondre véritablement à leurs besoins.

En outre, l'hospitalisation s'avère complexe à réaliser dans la pratique et les personnels ont souvent recours à l'isolement (les patients sont dans des chambres sans mobilier, fermées à clef, avec seulement un matelas par terre, et parfois aucun point

⁷⁴ BODON-BRUZEL Magali. *Psychiatrie en milieu pénitentiaire*, EMC Psychiatrie, Elsevier Masson, 2013. p.18

⁷⁵ Midi Libre, *Quatrième fugue dans un hôpital psychiatrique à Toulouse*, 29 janvier 2022, <https://www.midilibre.fr/2022/01/29/quatrieme-fugue-dans-un-hopital-psychiatrique-a-toulouse-ce-que-lon-sait-ce-samedi-de-levasion-10076013.php>

⁷⁶ LE BIHAN Patrick, *Éclairage sur les modalités de prise en charge et de soins de la personne atteinte de troubles mentaux réputée dangereuse*, Revue pénitentiaire et de droit pénal, n°2 avril/juin 2020

d'eau, ni toilettes⁷⁷) et à la contention sans que l'état clinique du patient le justifie toujours. D'après un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2001 « *le détenu se retrouve attaché en permanence à son lit, interdit de visite et de promenade privé d'accès à la cantine et à la télévision, relégué dans une cellule d'isolement inadaptée* »⁷⁸. En outre, le CGLPL avait aussi relevé en 2015⁷⁹ que les personnes détenues étaient privées de promenades, de visites, d'accès aux salles communes car la peur de l'évasion dominait : « *Le CGLPL rappelle la nécessité de prévoir des procédures d'accueil et des lieux spécifiques dans les établissements de santé afin de ne pas exposer les personnes détenues sous escorte à la vue du public regroupé dans les salles d'attente et de mettre fin chez les professionnels de santé à un sentiment d'insécurité justifiant des demandes de surveillance constante, incompatibles avec le respect du secret médical (...) L'aménagement et l'équipement des chambres sécurisées répondent trop souvent à des seuls critères de sécurité et ressemblent alors davantage à un lieu de détention qu'à un lieu de soins. (...) La personne détenue admise dans une chambre sécurisée demeure un patient et doit donc bénéficier à la fois des droits garantis aux personnes détenues et de ceux octroyés aux patients.* ».

Nous avons pu nous rendre compte que les conditions de prise en charge des personnes détenues n'étaient pas simples, et indépendamment des problématiques que l'on peut retrouver dans la population générale, les contraintes pénitentiaires amplifient cette difficulté. Néanmoins, une nouvelle structure a pris forme ces dernières années, que certains ont qualifié d'« *hôpitaux-prisons* » mais qui est en réalité bel et bien un hôpital psychiatrique sécurisé par du personnel pénitentiaire, afin de pouvoir accueillir ces personnes écrouées qui ont besoin de soins psychiatriques soutenus, dans un établissement beaucoup plus adapté. Il conviendra d'étudier l'impact de cette nouvelle structure sur l'accès aux soins psychiatriques pour les détenus, que l'on appelle « *Unité Hospitalière Spécialement Aménagée* » (UHSA).

⁷⁷ OIP, UHSA : *le coût éthique d'une meilleure prise en charge*, 2018 <https://oip.org/analyse/unites-hospitalieres-specialement-amenagees-le-cout-ethique-dune-meilleure-prise-en-charge/>

⁷⁸ Rapport IGAS 2001

⁷⁹ Avis du CGLPL du 16 juin 2015 *relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé*

PARTIE II : LES UHSA, NOUVEAU DISPOSITIF D'HOSPITALISATION DES PERSONNES DÉTENUES

À la suite de nombreux rapports de l'Assemblée Nationale⁸⁰, du Sénat⁸¹, et de l'IGAS⁸², qui se sont préoccupés de la situation sanitaire des détenus et qui ont mis en évidence les insuffisances du dispositif de santé mentale et les conditions de leur prise en charge, s'est dégagée l'idée de créer des unités hospitalières sécurisées sur le modèle des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI), sur le versant de la psychiatrie.

Le législateur a donc proposé de compléter l'offre de soins psychiatriques, et la loi Perben du 9 septembre 2002⁸³ a créé les UHSA. Cette création a été présentée comme la solution pour hospitaliser les personnes détenues souffrant de troubles mentaux, y compris avec leur consentement, et ainsi améliorer les conditions d'accès aux soins « *dans le but d'assurer une plus grande égalité sanitaire entre milieu libre et milieu carcéral* »⁸⁴. Le fonctionnement des UHSA est régi par la Circulaire du 18 mars 2011⁸⁵ qui affirme que « *les soins aux personnes détenues sont dispensés dans les mêmes conditions que dans les autres unités d'hospitalisation de l'établissement de santé* ».

⁸⁰ AN N°2521, *Rapport de la commission d'enquête sur la situation des prisons en France*. Président : L. MERMAZ, rapporteur : J.FLOCH, 28 juin 2000

⁸¹ Sénat N°449, *Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France*. Président : J.J. HYEST, rapporteur : GP. CABANEL, 28 juin 2000

⁸² Rapport IGAS 2001

⁸³ Loi du 9 septembre 2002, n°2002-1138, *d'orientation et de programmation pour la justice*, dite « loi Perben »

⁸⁴ LAMBERT Charles-Édouard, BIED Clémence, MEUNIER Frédéric, *Les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées : perspectives et appréhensions face à une nouvelle institution psychiatrique dans le paysage pénitentiaire français*, Psychiatrie et violence, Vol 11, N°1, Décembre 2011

⁸⁵ Circulaire inter-ministérielle du 18 mars 2011 *relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA* (précisé par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé)

La mise en place des UHSA a permis une alignation de la France avec les Règles Pénitentiaires Européennes (RPE) qui disposent que : « *les personnes souffrant de maladies mentales et dont l'état de santé mentale est incompatible avec la détention en prison devraient être détenues dans un établissement spécialement conçu à cet effet* »⁸⁶.

Il y a actuellement neuf UHSA de 40 ou 60 lits chacune pour un total de 440 places sur le territoire français. La première a vu le jour en mai 2010 à l'hôpital du Vinatier à Lyon et la dernière à Marseille au Centre Hospitalier Edouard Toulouse en 2018. Le point majeur de cette création est que « *Ces unités empruntent à deux institutions : la prison et l'hôpital psychiatrique, qui se sont construites historiquement en opposition* »⁸⁷.

Après avoir observé quelles sont les nouvelles conditions de prise en charge des personnes détenues au sein de l'UHSA (CHAPITRE 1), nous verrons que l'UHSA reste une solution partielle et insuffisante aux besoins des personnes détenues atteintes de troubles psychiatriques (CHAPITRE 2).

CHAPITRE 1 : LA CRÉATION D'UN HÔPITAL SÉCURISÉ DÉDIÉ AUX DÉTENUS MALADES

L'UHSA offre désormais aux personnes détenues la possibilité d'être hospitalisées à temps complet dans un lieu qui a vocation à les accueillir (Section 1) dans des conditions qui restent contraignantes mais qui sont plus appropriées (Section 2).

Section 1 : Une possibilité d'hospitalisation à temps complet pour les personnes détenues souffrant de troubles mentaux

⁸⁶ RPE, n°12.1

⁸⁷ Collectif Contrast, *La création des UHSA : une nouvelle régulation de l'enfermement ?*, Déviance et Société, 2015/4 (Volume 39)

Avec les UHSA, le détenu peut désormais être hospitalisé avec son consentement ce qui constitue un véritable élargissement (A) et dans de meilleures conditions (B). Avant la mise en place des UHSA au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan il y avait environ 10 détenus hospitalisés par an en SPDRE à l'hôpital de proximité, désormais il y en a environ 70, soit sept fois plus.

I. Un régime hybride : avec ou sans consentement

L'article 48 de la loi Perben de 2002⁸⁸ a donné naissance à l'article L3214-1 du Code de la santé publique qui ouvre la possibilité d'une hospitalisation avec le consentement de la personne détenue au sein de l'UHSA. Dans la continuité, la loi du 27 septembre 2013⁸⁹ a posé le principe du libre consentement aux soins.

Comme l'expliquait le Dr Catherine Paulet⁹⁰ : avant les UHSA, on ne pouvait mettre à l'hôpital que des détenus « *dangereux* » au sens psychiatrique (ils peuvent se mettre en danger ou mettre en danger les autres). À présent, on va pouvoir y mettre des détenus qui ont besoin de soins et cette nuance est très importante. Avec l'arrivée des UHSA, les détenus qui ressentent le besoin d'être hospitalisé peuvent en faire la demande auprès de leur établissement pénitentiaire : cela peut leur permettre de bénéficier d'une prise en charge médicale renforcée ou simplement de faire une pause avec la détention qui a un impact sur leur santé mentale. On dit alors qu'ils sont admis en « *Soins Libres* » (SL). Concernant la procédure : « *l'indication d'hospitalisation est posée par le psychiatre intervenant dans l'établissement pénitentiaire. Il transmet la demande d'hospitalisation avec tous les éléments médicaux utiles au psychiatre de l'UHSA qui prend la décision, les modalités d'admission étant définies d'un commun accord. L'admission du patient est prononcée par le directeur de l'établissement*

⁸⁸ Loi du 9 septembre 2002, n°2002-1138, *d'orientation et de programmation pour la justice*, dite « *loi Perben* »

⁸⁹ Loi du 27 septembre 2013, n°2013-869, *modifiant la loi n°2011-803 du 05 juillet 2011*

⁹⁰ Podcast d'une émission sur France Culture, *Les prisons de la folie : la psychiatrie à l'épreuve du système carcéral*, Interview de Catherine PAULET, 2013, <https://www.franceculture.fr/emissions/les-nouveaux-chemins-de-la-connaissance/les-prisons-de-la-folie-la-psychiatrie-lepreuve-du>

pénitentiaire siège de l'UHSA après accord des autorités pénitentiaires et judiciaires compétentes (Juge de l'application des peines pour les condamnés ou magistrat saisi du dossier d'information pour les prévenus) »⁹¹. Aujourd'hui, environ la moitié des détenus sont admis en SL⁹².

Les UHSA permettent également de prendre en charge des personnes détenues qui seraient dans l'impossibilité de donner leur consentement dans les mêmes modalités que le SPDRE vu précédemment avec pour différence l'article qui régit la mesure : l'article L3214-3 du Code de la Santé Publique. Le SPDRE peut être déclenché par le SMPR en détention si la personne détenue y est suivie, mais aussi par les surveillants ou les Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (CPIP) qui peuvent solliciter une prise en charge s'ils se rendent compte de la nécessité du soin.

Pendant l'hospitalisation, une personne détenue peut aussi basculer d'un type de régime à un autre. Même si l'enjeu se concentre alors sur la responsabilité du patient quand on lui lève sa mesure de SPDRE et qu'on le passe en SL, le patient devient alors acteur de sa prise en charge et les choix qu'il fait peuvent être déterminants pour sa stabilisation.

Indépendamment de cela, la prise en charge des personnes détenues hospitalisées se fait dans de meilleures conditions en UHSA qu'à l'hôpital classique.

II. Une meilleure prise en charge

Avec les UHSA, la prise en charge des patients détenus est bonifiée tant sur le plan sanitaire (A) que sécuritaire (B). Il y a « 2 principes fondamentaux quant au fonctionnement des UHSA : La primauté du soin, même si la personne détenue reste sous écrou durant son hospitalisation et soumise à des règles particulières restreignant

⁹¹ LE BIHAN Patrick, *Éclairage sur les modalités de prise en charge et de soins de la personne atteinte de troubles mentaux réputée dangereuse*, Revue pénitentiaire et de droit pénal, n°2 avril/juin 2020

⁹² UHSA de Cadillac, *Compte-rendu du fonctionnement pour l'année 2021*

sa liberté d'aller et venir et de communiquer et une double prise en charge, à la fois sanitaire et pénitentiaire, afin de permettre des soins dans un cadre sécurisé »⁹³.

A) Sur le plan sanitaire

A l'intérieur de l'UHSA, tout est fait par du personnel hospitalier : il s'agit d'une nouvelle forme de prise en charge. Il y a même un médecin généraliste qui vient à temps partiel s'occuper du versant somatique. Contrairement à la détention, les patients détenus sont obligés de quitter leurs chambres et d'être dans les unités de vie à certains moments. « *Le principe est celui de la libre circulation des patients* »⁹⁴. A l'UHSA de Cadillac, à 8h30 se déroule le petit déjeuner collectif, de 10h30 à 12h les patients participent à des activités diverses avant le déjeuner collectif, puis leur est accordé un temps de pause où ils doivent regagner leurs chambres et enfin redescendre dans les unités de vie de 14h30 à 18h30 là aussi pour des activités diverses.

Les patients détenus bénéficient des dispositions relatives aux droits des malades et à la qualité du système de santé⁹⁵ : ils ont notamment le droit de recevoir des soins de qualité, le droit au respect de leur dignité, de leur vie privée, au secret des informations les concernant, à la protection de leur intégrité physique et psychique. En outre, ils ont le droit à l'information sur leur état de santé, sur les actes et interventions proposés, sur les risques encourus, et le droit d'avoir communication et copie des informations de leur dossier médical. Ainsi, les arrêtés le concernant lui sont notifiés.

A l'UHSA de Cadillac, on peut observer deux unités de soins de 20 lits chacune (certaines UHSA ont une unité de plus) et deux chambres d'isolement à proximité des postes d'infirmiers de nuits avec seulement le strict minimum. Il y a également une aile

⁹³ LE BIHAN Patrick, *Éclairage sur les modalités de prise en charge et de soins de la personne atteinte de troubles mentaux réputée dangereuse*, Revue pénitentiaire et de droit pénal, n°2 avril/juin 2020

⁹⁴ OIP, *UHSA : le coût éthique d'une meilleure prise en charge*, 2018 <https://oip.org/analyse/unites-hospitalieres-specialement-amenagees-le-cout-ethique-dune-meilleure-prise-en-charge/>

⁹⁵ loi du 4 mars 2002, n°2002-303, *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite « loi Kouchner »*

à destination des femmes et des mineurs. Dans chaque unité on trouve un poste d'infirmier central, des salles d'entretiens médicaux qui sont des sortes de bureaux, une bibliothèque, un réfectoire, des salles d'activités, une salle d'apaisement et une cour pour sortir à l'extérieur. Il y a une salle de « bain » qui est une salle à part dans le couloir prévue pour un patient par jour environ, qui sert à vraiment le « *décrasser* » car certains patients ne se sont pas lavés depuis des mois quand ils arrivent à l'UHSA selon les dires d'une infirmière. Les locaux d'une manière générale sont neufs (l'UHSA date de 2016), lumineux et colorés, on peut y percevoir une vraie rupture avec la prison.

Des temps institutionnels sont également prévus, notamment des réunions de toute l'équipe soignante (médecins, infirmiers, psychologues, psychomotriciennes, ergothérapeutes et même assistantes sociales, éducateurs sportifs et assistantes médico-administratives...) environ deux fois par semaine pour échanger sur des patients et se coordonner sur la prise en charge. En somme, l'UHSA donne vraiment le sentiment d'être dans un hôpital, sauf que cet hôpital est sécurisé.

B) Sur le plan sécuritaire

À l'UHSA, la mission de surveillance incombe à du personnel pénitentiaire dédié. Par conséquent, il n'y a pas toute la problématique liée à la responsabilité et au risque d'évasion que nous avons pu voir précédemment à l'hôpital de proximité.

En effet, le périmètre de l'hôpital est sécurisé et l'intérieur est sous vidéosurveillance, à l'exception des chambres et des locaux de soins⁹⁶ afin de bien séparer ce qui relève du soin et ce qui relève de la justice. À Cadillac, le personnel pénitentiaire effectue un contrôle des entrées, des sorties et des effectifs avant tout. Des barreaux à toutes les fenêtres sont installés et des rondes sont faites autour du périmètre de l'UHSA trois fois dans la matinée et trois fois dans l'après-midi par deux surveillants. À l'UHSA, il y a toujours une escorte de l'Administration pénitentiaire pour les transports allers/retours, et pour les extractions dehors, alors qu'en hôpital

⁹⁶ Décret du 18 mai 2010, n° 2010-507 , *relatif aux modalités de garde, d'escorte et de transport des personnes détenues hospitalisées en raison de troubles mentaux*

classique, s'il y a des autorisations de sorties, elles peuvent se faire avec ou sans accompagnement de soignants. Le personnel est armé mais uniquement pendant les rondes et les escortes.

L'entrée est sécurisée comme dans une prison. Quand un véhicule rentre il reste d'abord dans un sas qui est sécurisé avec des portes blindées, un surveillant vient vérifier l'immatriculation, l'intérieur du coffre et seulement ensuite le personnel ouvre la deuxième porte du sas pour que le véhicule puisse rentrer dans l'UHSA. Concernant les visiteurs, personne ne peut rentrer dans l'UHSA sans habilitation préalable. On retrouve d'abord un contrôle d'identité, puis un portique de sécurité et une machine à rayons X à passer, comme en prison. Aucun appareil connecté avec l'extérieur ne peut franchir cette limite. Des locaux dédiés au greffe et aux parloirs sont situés en dehors des unités de soins.

Le personnel n'est pas présent dans les unités de soins et n'intervient que pour des fouilles des locaux ou à la demande des personnels médicaux si de la violence monte ce qui est rare en pratique. Si les alarmes sonnent, le personnel a environ trois minutes pour s'équiper et intervenir.

À l'étage de chaque unité se trouve les chambres qui ont un statut hybride. En effet, elles s'apparentent à des chambres d'hôpital telles qu'on les retrouve dans les unités sécurisées (meubles fixés au sol, pas de point d'accroche...) et sont ouvertes et fermées par du personnel soignant. Les chambres sont toujours individuelles. Les patients détenus sont enfermés de 18h30 à 8h30 du matin. Ils ne peuvent pas fumer en chambre ou se faire à manger durant tout ce laps de temps contrairement à la prison. Néanmoins, comme en prison, les patients détenus peuvent disposer de leurs effets personnels et ont le droit à la télévision individuelle. Si une arme est retrouvée dans une chambre par exemple, il n'y a pas de possibilité de faire une commission de discipline car la personne détenue est sous le régime de l'hospitalisation mais en revanche, le gradé peut prévenir le juge dans l'objectif d'enlever des réductions de peine qui avaient été octroyées, à titre de sanction.

Concernant les patients détenus, ils restent soumis aux règles particulières restreignant les libertés de circuler et de communiquer et à la réglementation pénitentiaire. Les relations avec l'extérieur (visites au parloir, téléphone, courrier) sont possibles dans les conditions prévues par le Code de procédure pénale : seul le personnel pénitentiaire est habilité à contrôler son courrier, qui peut être retenu s'il contient des menaces précises contre la sécurité des personnes; à noter qu'il ne peut cependant être fait obstacle à la transmission des correspondances aux autorités administratives et judiciaires prévues aux articles L.3222-4 du Code de la santé publique et 40 du Code de procédure pénale. Les communications téléphoniques ou visites quant à elles, peuvent être soumises à une autorisation médicale.

On peut relever une vraie coordination institutionnelle : à l'UHSA de Cadillac il y a une réunion hebdomadaire entre le personnel pénitentiaire et l'équipe soignante pour organiser les entrées, les sorties et les escortes. En outre, on peut noter un certain respect de la condition de détenu du patient, par exemple, le médecin une fois qu'il l'a fixé, ne peut pas révéler au détenu le jour de son retour en détention⁹⁷, pour prévenir tout risque d'évasion.

En conclusion, « *L'administration pénitentiaire assure l'enfermement carcéral, sous la forme d'une sécurité de type périmétrique. Une fois passé le « sas », les différents psychiatres chefs d'UHSA décrivent une situation de soin tout à fait ordinaire, libre de toute forme de contrainte et orientée vers le soulagement de la souffrance du patient* »⁹⁸. Il s'agira à présent de voir en quoi les soins sont plus appropriés en UHSA.

Section 2 : Des soins contraignants mais plus appropriés

⁹⁷ Guide Méthodologique

⁹⁸ Collectif Contrast, *La création des UHSA : une nouvelle régulation de l'enfermement ?*, Déviance et Société, 2015/4 (Volume 39)

À l'UHSA, les soins prodigués veillent désormais davantage à la protection de la dignité humaine (I) et comme pour toute mesure de soins sans consentement, son contrôle est assuré par le juge, de manière effective (II).

I. Une approche plus humaine

Les soins dispensés à l'UHSA respectent le sens de la Loi pénitentiaire⁹⁹ dont le décret d'application, publié le 23 décembre 2010 a insisté sur la reconnaissance de l'ensemble des droits fondamentaux de la personne détenue, dont la dignité humaine qui est un principe juridique fondamental¹⁰⁰. « *L'atteinte à la dignité doit être justifiable, il n'est pas possible de faire peser sur le malade mental une présomption de dangerosité. Il ne faut pas non plus partir du principe (...) que le détenu est un patient difficile justifiant que lors de son hospitalisation, il séjourne systématiquement à l'isolement* »¹⁰¹.

L'utilisation de mesures telles que l'isolement ou la contention peuvent porter atteinte à la dignité humaine si elles ne sont pas justifiées par une nécessité médicale. Comme nous l'avons vu précédemment, les hospitalisations des personnes détenues à l'hôpital de proximité y portaient atteinte de manière excessive en raison du risque d'évasion. À l'UHSA, il n'y a plus besoin d'avoir recours automatiquement à l'isolement à l'arrivée en hospitalisation (à part à l'UHSA de Paris qui maintient actuellement cette procédure) sauf en cas de crise, ce qui s'apparente davantage à une nécessité médicale. On peut noter que pour les personnes hospitalisées en SL, elles peuvent être placées en cellule d'isolement en cas d'urgence mais si l'isolement doit se poursuivre (il n'y a pas de délai officiel mais en pratique le médecin retient une durée de 12H), la personne détenue doit être basculée dans un mode d'hospitalisation sans consentement : le SPDRE.

⁹⁹ Loi du 24 novembre 2009, n°2009-436 dite « *Loi pénitentiaire* »

¹⁰⁰ La sauvegarde de la dignité de la personne humaine a valeur constitutionnelle depuis une décision du Conseil Constitutionnel du 27 juillet 1994

¹⁰¹ PÉCHILLON Éric, *Le droit des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) : La création progressive de zones pénitentiaires dans les hôpitaux psychiatriques*, Actualité Juridique Pénal (AJP), N° 7/2010 (Le détenu Malade), Juillet-Août 2010. pp. 322-325

De plus, la prise en charge est plus humaine en ce qu'elle n'est plus expéditive comme avant. Les soignants ont beaucoup plus le temps de faire leur travail, ils sont formés pour cela et ont davantage les moyens de le faire en étant dans un espace sécurisé et dédié à l'accueil des personnes détenues.

Ce que nous avons pu noter pendant notre stage à l'UHSA de Cadillac est qu'il y a un vrai souci de bien être au sein de l'unité, les soignants tenant à s'assurer que les patients détenus sont satisfaits de leur prise en charge tout au long de leur hospitalisation. Le psychiatre a pour habitude de leur poser la question individuellement à chaque entretien et de temps en temps, l'équipe organise des réunions collectives entre soignants et patients afin de requérir leurs observations sur le fonctionnement de l'UHSA et sur d'éventuelles améliorations auxquelles ils auraient pu penser, quelles activités ils aimeraient faire, etc.

Indépendamment de cela, la mesure de soin sans consentement est contrôlée par le juge, permettant de lutter contre tout enfermement abusif.

II. Un contrôle juridictionnel effectif de la mesure de contrainte

Lorsque le patient est hospitalisé sans son consentement, est prononcée à son encontre une mesure de SPDRE. Depuis la loi du 5 juillet 2011¹⁰², cette mesure doit faire l'objet d'un contrôle par le Juge des Libertés et de la Détention (JLD), comme c'est le cas en service de psychiatrie classique ou à l'Unité pour Malades Difficiles (UMD). Bien que la mesure de soin sans consentement ne relève pas de l'autorité judiciaire, au bout d'un certain délai elle est obligatoirement soumise à son contrôle. L'enjeu est la protection de la liberté individuelle¹⁰³ car en contrôlant le SPDRE qui est

¹⁰² Loi du 5 juillet 2011, n°2011-803, *relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge*

¹⁰³ L'article 66 de la Constitution *dispose que l'autorité judiciaire est gardienne de la liberté individuelle*

une vraie mesure privative de liberté, le JLD assure le respect et la sécurité de la personne en évitant tout enfermement abusif.

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH)¹⁰⁴ et de l'article L3211-12-1 du Code de la santé publique, le contrôle du JLD de la mesure d'hospitalisation sans consentement doit intervenir dans les douze jours suivant l'admission de la personne détenue en SPDRE puis tous les six mois pour veiller à ce que la mesure soit toujours justifiée et actualisée. Le contrôle se déroule au sein de l'hôpital de secteur dans une salle d'audience créée suite à la loi de 2011. À la suite de celui-ci, le JLD peut ordonner soit le maintien de la mesure de SPDRE ou sa mainlevée.

Durant l'audience, le patient détenu est présent sauf si son état est jugé incompatible par le médecin ; il est escorté par des surveillants et des soignants de l'UHSA jusqu'à la salle d'audience de l'hôpital. Un avocat est présent également et s'entretient avec le patient au préalable pendant 30 minutes¹⁰⁵. Devant le JLD, l'avocat a la possibilité de soulever des nullités de procédure telles qu'un certificat insuffisamment motivé ou un retard. Cependant, tant que la nullité ne fait pas grief au patient, il n'y aura pas de mainlevée de la mesure.

En réalité, le contrôle du JLD est seulement un contrôle de forme car le juge n'est pas formé en médecine pour pouvoir contrôler le fond. En outre, le patient peut très bien simuler une amélioration de son état durant l'audience pour que le juge lui lève sa mesure contraignante. Par conséquent, le juge suit l'avis médical sauf si la mesure lui apparaît manifestement disproportionnée, auquel cas il pourra demander une autre expertise médicale. On peut se demander si le soignant resterait alors l'acteur principal de ce contrôle.

¹⁰⁴ L'article 5 de la CEDH prohibe les détentions arbitraires

¹⁰⁵ Depuis la loi du 27 septembre 2013 n°2013-869 *modifiant la loi du 5 juillet 2011*, une représentation de l'avocat est obligatoire à toutes les audiences même lorsque le patient comparait.

Néanmoins, le JLD demande au patient ce qu'il pense de sa mesure, son état moral et ce qu'il souhaite. On peut s'apercevoir en assistant à une audience que c'est surtout un moyen pour le juge de créer de la communication avec le patient car cette communication peut être bénéfique pour lui comme il ne voit presque personne à part l'équipe soignante.

En réalité, ce contrôle a surtout été institué pour éviter qu'on laisse les patients sous mesure de soins sans consentement de côté. Il permet d'obliger le médecin à avoir un contrôle effectif régulier sur le patient et d'avoir une trace du suivi du patient, ce contrôle formel leur apparaissant comme une contrainte supplémentaire.

À présent que nous avons pu analyser en quoi l'UHSA était une réelle avancée dans l'accès aux soins pour les personnes détenues atteintes de troubles mentaux, il conviendra de voir que ce n'est pas une solution teintée de perfection, elle présente certaines limites.

CHAPITRE 2 : UNE SOLUTION PARTIELLE AUX BESOINS DES PERSONNES DÉTENUES ATTEINTES DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES

La création des UHSA est un progrès, néanmoins, nous allons pouvoir faire certaines constatations à court terme (Section 1), puis sur le long terme (Section 2).

Section 1 : Constatations à court terme

À court terme, les UHSA permettent certes de pouvoir hospitaliser des personnes détenues dans un lieu adapté, mais pas dans l'urgence (I), et pas sur la durée. En effet, il y a un moment où ces personnes doivent retourner en détention, ce qui en fait une solution temporaire (II).

I. Une solution ne permettant pas de répondre à l'urgence

Les UHSA n'ont pas vocation à répondre à l'urgence : en raison des délais d'admission qui peuvent être relativement longs (A), il convient de maintenir la possibilité des hospitalisations de proximité à l'hôpital psychiatrique public (B).

A) Des délais d'admission longs

À l'UHSA, les admissions peuvent parfois être plus longues que nécessaire. En effet, celles-ci nécessitent d'être programmées à l'avance par l'équipe soignante en fonction parfois de considérations extra-cliniques comme le nombre de places disponibles (surtout aux UHSA de Paris et de Toulouse qui tournent toujours à plein régime) mais aussi en fonction de l'emploi du temps du personnel pénitentiaire qui sera chargé d'aller chercher les personnes détenues dans leur établissement pénitentiaire d'origine, sans compter le temps nécessaire à la réunion de documents administratifs indispensables provenant de différentes institutions pour pouvoir procéder à l'hospitalisation : « *la lourdeur des procédures administratives ne fait que ralentir encore un peu plus les délais de prise en charge, si bien qu'il faut compter de 48 heures à quinze jours entre la date de la demande et l'hospitalisation* »¹⁰⁶.

L'administration pénitentiaire n'a pas toujours suffisamment d'escortes disponibles pour les mouvements nécessaires et l'éloignement géographique de l'établissement a donc un impact important sur le délai d'admission. Nous avons pu observer pendant notre stage à l'UHSA de Cadillac que sur un déplacement qui prendrait une journée entière pour aller chercher un détenu, le personnel essaie de le positionner dans l'agenda en fonction d'un détenu qui n'aurait plus besoin d'être hospitalisé à l'UHSA et qui devrait retourner à ce même établissement pénitentiaire pour que ce déplacement combine à la fois un retour en détention et un acheminement vers l'UHSA d'une nouvelle hospitalisation.

¹⁰⁶ OIP, *UHSA : le coût éthique d'une meilleure prise en charge*, 2018 <https://oip.org/analyse/unites-hospitalieres-specialement-amenagees-le-cout-ethique-dune-meilleure-prise-en-charge/>

Par ailleurs, les UHSA ne permettent pas d'accueillir tous les détenus qui en auraient besoin. La circulaire¹⁰⁷ prévoit pourtant que les UHSA peuvent accueillir les personnes détenues de manière discontinue c'est-à-dire les personnes qui bénéficient d'un aménagement de peine : le placement extérieur, la semi-liberté ou encore la détention à domicile sous surveillance électronique. Néanmoins en pratique, cela ne s'est jamais fait à l'UHSA de Cadillac, car pour pouvoir hospitaliser une personne qui est écrouée de manière discontinue, cela nécessite en premier lieu de suspendre l'aménagement de peine (car sinon ils ne peuvent pas remplir leurs obligations) et l'ensemble devient très complexe. Si cela parvient à se faire en revanche, à la fin de l'hospitalisation, le juge peut soit décider de reprendre l'aménagement tel quel ou bien l'annuler, et ce ne serait pas forcément favorable à la personne détenue.

Toutes ces difficultés engendrent un maintien nécessaire des hospitalisations de proximité sous le SPDRE de l'article R6111-40-5 du Code de la santé publique, d'autant que le besoin d'hospitalisation provient souvent d'incidents et la réponse doit être apportée assez urgemment. Le CGLPL a ainsi pu relever que « *les patients en situation de crise psychiatrique ont ainsi été laissés plus d'un mois dans leur cellule de manière inappropriée, sans suivi psychiatrique* »¹⁰⁸.

B) Un maintien nécessaire des hospitalisations de proximité

Au regard des délais d'admission en UHSA qui sont longs ou de l'éloignement géographique de l'établissement pénitentiaire, il y a toujours besoin des hospitalisations de proximité en cas d'urgence, et surtout pour gérer les « crises » en détention : suicidaires, etc.

L'UHSA ne permet donc pas de mettre fin aux hospitalisations sous contrainte à l'hôpital psychiatrique dans les conditions détaillées précédemment (insécuritaires et

¹⁰⁷ Circulaire inter-ministérielle du 18 mars 2011 *relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA*

¹⁰⁸ CGLPL, *Rapport de la troisième visite au centre pénitentiaire d'Alençon-Condé-sur-Sarthe*, 2020

par conséquent complexes à réaliser et portant parfois atteinte à la dignité de la personne détenue) car les problèmes de prise en charge en milieu hospitalier sont toujours d'actualité. Selon un rapport de l'IGAS : « *Lorsque les unités sanitaires ne parviennent pas à obtenir de transfert à l'UHSA, les cas les plus urgents peuvent être traités dans l'établissement de santé mentale le plus proche. Une solution qui pose des problèmes de prise en charge, les personnes étant souvent placées, du seul fait de leur condition de détenues, en chambre d'isolement, voire sous contention* »¹⁰⁹

En dehors du fait que l'hospitalisation des personnes détenues à l'UHSA ne répond pas aux besoins des hospitalisations urgentes, l'hospitalisation en UHSA est aussi une solution temporaire car elle n'a pas vocation à s'occuper des personnes détenues jusqu'à la fin de leur peine, il y a un moment où ils doivent retourner en détention.

II. Une solution temporaire

L'UHSA n'est pas un lieu définitif de déroulement de la peine, les personnes détenues doivent retourner dans leur établissement d'origine une fois stabilisées car si elles ont été jugées responsables c'est pour purger leur peine en prison, et ce même si leur état s'est dégradé entre temps et qu'elles relèvent désormais de l'hôpital psychiatrique.

L'hospitalisation est temporaire. À l'UHSA de Cadillac la durée moyenne de l'hospitalisation des personnes détenues est d'environ 46 jours¹¹⁰.

A l'intérieur de ces statistiques on ne doit pas oublier que la moitié des personnes hospitalisées le sont à leur demande en SL, et dans ce cas là, la sortie est décidée par le psychiatre en concertation avec le patient, il ne peut pas aller à son encounter s'il estime qu'il devrait rester un peu mais en raison de l'alliance thérapeutique qui se crée au fur et à mesure de la prise en charge le patient peut être disposé à suivre

¹⁰⁹ Rapport IGAS 2015

¹¹⁰ UHSA de Cadillac, *Compte-rendu du fonctionnement pour l'année 2021*

les conseils du médecin. Concernant les patients admis à l'UHSA en SPDRE, le retour en détention nécessite un arrêt du préfet sur avis du médecin. Le plus souvent, la personne détenue retourne dans son établissement pénitentiaire d'origine.

Le problème de cette hospitalisation temporaire est que les personnes les plus atteintes psychiquement sont dans le besoin de cette hospitalisation; rappelons qu'ils sont incompatibles avec la détention classique, et il leur est difficile de s'en affranchir après. Cette situation génère beaucoup d'allers et retours entre la détention et l'UHSA pour certains, et de facto des problèmes dans la continuité des soins car même s'il est stabilisé, dès son retour en détention le détenu n'est plus dans l'obligation de prendre son traitement, et s'il ne le prend plus son état psychique va chuter à nouveau, ce qui va le conduire à l'hospitalisation : c'est un cercle vicieux.

Les observations des inconvénients de l'UHSA étant faites, il convient de se projeter sur les effets à long terme qu'elle peut générer.

Section 2 : Constatations à long terme

À long terme, il faudrait surtout essayer de trouver des solutions qui permettent d'éviter que les personnes souffrant de troubles mentaux se retrouvent d'une part en prison et d'autre part à avoir besoin d'être hospitalisées (I), d'autant plus que les UHSA, en accroissant l'offre de soins psychiatriques en détention, génèrent un certain effet pervers car elles banalisent en quelque sorte les troubles mentaux en détention (II).

I. Une réponse à améliorer par le biais de la prévention

L'UHSA ne permet pas de répondre à tout. Parler de prévention n'est pas directement lié à l'existence de l'UHSA mais a des conséquences dessus.

Si les services de psychiatrie ordinaires étaient mieux dotés pour prendre en charge les personnes souffrant de troubles mentaux, certaines ne finiraient pas en prison

car elles seraient stabilisées à temps et n'auraient pas de comportements agressifs. De plus, si les unités sanitaires telles que les SMPR et les USMP étaient dotées de meilleurs moyens thérapeutiques et de personnels pour prendre en charge les personnes détenues, on pourrait éviter qu'elles aient besoin d'être hospitalisées dans une autre structure. Ainsi, l'UHSA n'est pas la solution miracle.

La création des UHSA n'est pas une réponse aux problèmes de la psychiatrie publique en règle générale mais simplement une réponse « *une fois que le mal est fait* ». Elle semble cautionner le fait d'attendre qu'une personne qui souffre de troubles mentaux soit en prison pour la prendre en charge correctement. « *Les UHSA ne doivent pas servir de caution aux déficiences réelles ou supposées de notre système de prise en charge psychiatrique* »¹¹¹. Idéalement, il faudrait sans doute prévoir des réformes concernant la prise en charge initiale des personnes atteintes de troubles mentaux pour éviter qu'elles se retrouvent à devoir être hospitalisées en prison.

*« Il faut dire et redire que les malades n'ont rien à faire en prison. (...) Les malades, quand ils ne sont plus en prison, c'est qu'ils sont à la rue, puisqu'on ne les soignera pas au dehors, pas plus après qu'avant. Et comment le pourrait-on lorsque les services réduisent encore les lits et la durée de séjour, exigence du « trou » ? Alors, vite une infraction, un délit, un crime, et revoilà la prison, infernal retour... au trou, comme il se doit »*¹¹².

Outre l'aspect préventif, pour commencer, les UHSA devraient mieux s'articuler avec la psychiatrie de secteur, c'est-à-dire que les hospitalisations de proximité doivent être maintenues pour les cas d'urgences mais dans des meilleures conditions et il faudrait alléger les problématiques concernant la levée d'écrou pour pouvoir hospitaliser

¹¹¹ Rapport de la Commission des affaires sociales du Sénat, *sur les unités hospitalières spécialement aménagées*, 5 juillet 2017

¹¹² DE BEAUREPAIRE Christiane, *Non lieu, Un psychiatre en prison*, Fayard, 2009.

une personne détenue à l'hôpital ; même si on retrouve la même problématique pour ce qui relève du somatique¹¹³.

Pour terminer, il convient de voir qu'à long terme, les UHSA n'arrangeront pas la problématique du nombre de personnes atteintes de troubles mentaux qui se retrouvent en prison, au contraire, en leur donnant les moyens de pouvoir se soigner, elle confirme le fait que ces personnes ont leur place en détention.

II. Une réponse génératrice d'un effet pervers

À propos de la création des UHSA, certains disent qu'elle a induit un effet pervers : « *oui ça a amélioré l'accès aux soins mais ça a aussi légitimé l'idée que l'on pouvait incarcérer parce que l'on pouvait soigner. Et aussi qu'on pouvait incarcérer pour soigner.* »¹¹⁴.

Jusqu'alors, il y avait déjà un problème d'effectif sur le nombre de personnes souffrant de troubles mentaux en détention mais désormais, comme on augmente l'offre de soins psychiatriques en prison pour les personnes qui souffrent, le juge peut se poser moins de questions lorsqu'il décide de responsabiliser une personne qui souffre d'un trouble mental. Le responsable du SMPR du Centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan a pu nous affirmer que certains magistrats écrivent sur le jugement « *à hospitaliser en UHSA* » ce qui peut nous interpellé, et apparaît être en rupture définitive avec le principe selon lequel les fous ne sont pas punissables. Partant de ce postulat, il serait alors légitime de les emprisonner et de les soigner s'il le faut, sans leur consentement.

¹¹³ OIP, 6 juillet 2022, *enquête sur l'accès aux soins spécialisés en prison*, <https://oip.org/wp-content/uploads/2022/07/oip-rapport-soinsspe-07-2022-planches.pdf>

¹¹⁴ Podcast d'une émission sur France Culture, *Les prisons de la folie : la psychiatrie à l'épreuve du système carcéral*, Interview de Catherine PAULET, 2013, <https://www.franceculture.fr/emissions/les-nouveaux-chemins-de-la-connaissance/les-prisons-de-la-folie-la-psychiatrie-lepreuve-du>

Pour terminer, il nous appartient de faire un parallèle avec la dernière affaire en date qui est l'affaire Halimi¹¹⁵ dont le débat public et politique a entraîné un élargissement des cas de responsabilisation des personnes souffrant de troubles mentaux. Des suites de cette affaire a été promulguée une loi du 24 janvier 2022¹¹⁶ qui a instauré de nouveaux articles : 122-1-1¹¹⁷ et 122-1-2¹¹⁸ du Code Pénal qui, entre autres, responsabilisent les personnes qui ont commis un délit ou un crime à la suite d'une consommation de substances psychoactives qui aurait causé une altération ou une abolition de leur discernement les conduisant à leurs actes. La publication du décret d'application de la loi¹¹⁹ « *a suscité de vives réactions de la communauté des psychiatres* »¹²⁰. Le texte prévoit en effet que l'abolition du discernement ne soit pas systématique lorsqu'elle trouve son origine dans l'arrêt volontaire d'un traitement médical, or comme nous l'avons vu précédemment un des symptômes de la schizophrénie notamment est de ne pas se rendre compte de sa pathologie et donc de ne pas adhérer au traitement. Il y a beaucoup de débats en cours au regard de ce texte car il induit finalement quelque chose d'inédit : « *L'abolition du discernement ne s'apprécierait plus seulement au moment des faits constitutifs du crime ou du délit, mais aussi au moment du fait préalable, consommation de substances psychotropes ou autre fait partiellement imputable à l'auteur, ayant pu provoquer cette abolition du discernement* »¹²¹.

¹¹⁵ Affaire Sarah Halimi : https://fr.wikipedia.org/wiki/Affaire_Sarah_Halimi

¹¹⁶ loi du 24 janvier 2022, n°2022-52, *relative à la responsabilité pénale et à la sécurité intérieure*

¹¹⁷ ne peut plus bénéficier d'une irresponsabilité pénale au sens de l'alinéa 1 de l'article 122-1 du CP la personne « *dont l'abolition temporaire du discernement ou du contrôle de ses actes résultera de la consommation, dans un temps très voisin de l'action, de substances psychoactives dans le but de commettre l'infraction ou d'en faciliter la consommation* »

¹¹⁸ ne peut plus bénéficier de la diminution de sa responsabilité pénale au sens de l'alinéa 2 de l'article 122-1 du CP la personne « *dont l'altération temporaire du discernement résultera d'une consommation volontaire, de façon illicite ou manifestation excessive, de substances psychoactives* »

¹¹⁹ décret n° 2022-657 du 25 avril 2022, *pris en application de la loi n° 2022-52 du 24 janvier 2022*

¹²⁰ BISIQU Yann, *Abolition du discernement et arrêt volontaire d'un traitement médical : une nouvelle ligne rouge est franchie*, AJ pénal, 2022

¹²¹ *Ibid*

CONCLUSION

Finalement, l'offre de soins psychiatriques en détention n'est pas si éloignée de celle proposée en psychiatrie publique contrairement à ce que l'on pouvait penser avant la réalisation de nos stages. Chaque secteur de psychiatrie est rattaché à un Centre Hospitalier, et dispose globalement de centres d'accueil, de CMP, d'ateliers thérapeutiques, d'hôpitaux de jour, d'unités d'hospitalisation à temps complet et d'unités intersectorielles spécialisées. Ils sont composés d'équipes pluridisciplinaires comprenant des médecins, des infirmiers, des psychologues et autres personnels soignants et travailleurs sociaux. Le secteur de psychiatrie pénitentiaire n'y fait pas exception.

Les difficultés que peuvent rencontrer les personnes détenues pour accéder aux soins proviennent surtout du manque de moyens thérapeutiques et de personnels qui rendent les délais de prise en charge excessivement longs et la prise en charge en elle-même sélective et insuffisante, mais ce problème est celui plus global de la psychiatrie en France. On peut donc dire que le système tend à se rapprocher de l'objectif d'égalité sanitaire entre la population détenue et la population libre. Le soin prodigué est le même, une fois qu'on a réussi à avoir accès au soin.

Subsistent encore quelques inégalités tenant à la condition de détenu et aux contraintes inhérentes à la détention qui ne sont pas totalement résolues par la mise en place des UHSA. Les hospitalisations urgentes à l'hôpital de proximité demeurent des hospitalisations dans des conditions difficiles qui ne permettent pas d'assurer une prise en charge adaptée au besoin de ces détenus qui sont avant tout des personnes en souffrance psychique.

Les UHSA représentent une réelle avancée dans l'accès aux soins des personnes détenues en ouvrant une possibilité supplémentaire d'hospitalisation sans consentement lorsque le besoin se fait ressentir, tout en permettant une prise en charge indubitablement meilleure tant au plan sanitaire que sécuritaire. Toutefois, de par leur

caractère temporaire, elles ne sont pas un lieu de déroulement de la peine, elles ne peuvent pas tout corriger et leur existence ne rendra pas la prison plus compatible avec les personnes atteintes de troubles mentaux.

En parallèle, le nombre de personnes atteintes de troubles mentaux ne cesse de croître en détention, ce qui est à relativiser au regard de l'augmentation dans le même temps de la population carcérale, mais on peut affirmer que la création des UHSA n'aura pas pour effet de freiner cette courbe en légitimant le fait que l'on pouvait disposer d'une hospitalisation psychiatrique correcte en détention et que la détention pouvait donc être adaptée aux personnes souffrants de troubles mentaux.

En construisant un espace d'hospitalisation dédié pour ces personnes, qui s'apparente à une structure fermée pour les « *malades mentaux criminels* », et qui est donc à contre-courant du mouvement de sectorisation psychiatrique, on peut se questionner sur un potentiel retour à un système asilaire, du fait de leur qualité de criminel justement. Cela va de paire avec les nouvelles réformes qui démontrent une politique de plus en plus sécuritaire et une tendance à responsabiliser de plus en plus les personnes souffrant de troubles mentaux. Certains dénoncent un retour au XVIIème siècle avec « *le grand renfermement* » des déviants sociaux ou médicaux, si bien décrit par Michel Foucault. Reste à voir si le projet de construire de nouvelles prisons spécialisées sur le modèle de Château-Thierry arrive à son terme.

BIBLIOGRAPHIE :

Références législatives, réglementaires et jurisprudentielles :

- Circulaire AP 67-16 du 30 septembre 1967
- Circulaire inter-ministérielle du 18 mars 2011 *relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA* (précisé par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé)
- *Cour EDH Rivière c/ France, 11 juillet 2006, n°33834/03*
- Décret du 14 mars 1986, n°86-602 *relatif à la lutte contre les maladies mentales*
- Décret du 18 mai 2010, n° 2010-507 , *relatif aux modalités de garde, d'escorte et de transport des personnes détenues hospitalisées en raison de troubles mentaux*
- Décret du 25 avril 2022, n° 2022-657 *pris en application de la loi n° 2022-52 du 24 janvier 2022*
- Décret du 7 juin 2022, n° 2022-855 *relatif à la modification du code de procédure pénale, du code de la justice pénale des mineurs et de diverses dispositions (décrets simples) rendue nécessaire par l'entrée en vigueur du code pénitentiaire, et portant modifications du nouveau code*
- Décret du 25 juillet 2022, n° 2022-1046 *relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine*
- Guide Méthodologique
- Loi du 5 juin 1875 *sur le régime des prisons départementales*
- Loi du 25 juillet 1985, n°85-772 et Loi du 31 décembre 1985, n° 85-1468 *relatives à la sectorisation psychiatrique*
- Loi du 18 janvier 1994, n°94-43 *relative à la santé publique et à la protection sociale*
- Loi du 4 mars 2002, n°2002-303, *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite « loi Kouchner »*
- Loi du 9 septembre 2002, n°2002-1138, *d'orientation et de programmation pour la justice, dite « loi Perben »*
- Loi du 24 novembre 2009, n°2009-436 dite « *Loi pénitentiaire* »
- Loi du 5 juillet 2011, n°2011-803, *relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge*
- Loi du 27 mars 2012, n°2012-409, *relative à l'exécution des peines*
- Loi du 27 septembre 2013, n°2013-869, *modifiant la loi n°2011-803 du 05 juillet 2011*
- Loi du 24 janvier 2022, n°2022-52, *relative à la responsabilité pénale et à la sécurité intérieure*
- Règles pénitentiaires européennes point 12.1
- Règles pénitentiaires européennes point 18.5

Rapports et documents officiels :

- Administration pénitentiaire, *Statistiques des établissements et des personnes écrouées en France*, Les chiffres clefs, Prison et Réinsertion, 1er juillet 2022
- Avis du CGLPL du 16 juin 2015 *relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé*
- Avis du CGLPL du 14 octobre 2019 *relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux*
- CGLPL, *Rapport de la troisième visite au centre pénitentiaire d'Alençon-Condé-sur-Sarthe*, 2020
- Rapport d'activité du centre pénitentiaire de Château-Thierry, 2016
- Rapport de l'Assemblée Nationale, n°2521, *Rapport de la commission d'enquête sur la situation des prisons en France*. Président : L. MERMAZ, rapporteur : J.FLOCH, 28 juin 2000
- Rapport de la Commission des affaires sociales du Sénat, *sur les unités hospitalières spécialement aménagées*, 5 juillet 2017
- Rapport IGAS, 2001
- Rapport IGAS, 2015
- Rapport Sénat, n°420
- Rapport Sénat, n°449, *Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France*. Président : J.J. HYEST, rapporteur : GP. CABANEL, 28 juin 2000
- THOUMY Nicolas, *Rapport d'activité du SMPR*, Centre Pénitentiaire de Bordeaux Gradignan, 2021
- UHSA de Cadillac, *Compte-rendu du fonctionnement pour l'année 2021*

Ouvrages :

- DE BEAUREPAIRE Christiane, *Non lieu, Un psychiatre en prison*, Fayard, 2009
- DORMOY Odile, *Soigner et/ou punir : questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison : VIe Rencontres nationales des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et unités pour malades difficiles*, (Paris, Hôpital Sainte-Anne, 13-14 octobre 1994), L'Harmattan, 1995
- HERSZBERG Catherine, *Fresnes, Histoires de fous*, Seuil, 2006
- RENNEVILLE Marc, *Crime et folie: Deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*, 2003

Mémoires et études :

- ORCEL Léna, *Altération du discernement au moment des faits : peines et exécution des peines*, Mémoire de Master 2 Droit de l'exécution des peines et droits de l'Homme, Institut de Droit et d'Economie Agen, 2021
- ROUILLON F., DUBURCQ A., FAGNANI F., FALISSARD B., *Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison*, Expertise psychiatrique pénale, 2007

- SWANSON JW, SWARTZ MS, VAN DORN RA, et al. *A national study of violent behaviour in persons with schizophrenia. Arch Gen Psychiatry*, 2006
-

Articles :

- BISIYOU Yann, *Abolition du discernement et arrêt volontaire d'un traitement médical : une nouvelle ligne rouge est franchie*, AJ pénal, 2022
 - BODON-BRUZEL Magali. *Psychiatrie en milieu pénitentiaire*, EMC Psychiatrie, Elsevier Masson, 2013. p.18
 - BRAHMY Betty , *Psychiatrie et prison*, L'information psychiatrique, 2005/6, Tome 402,p.751 à 760.
 - Collectif Contrast, *La création des UHSA : une nouvelle régulation de l'enfermement ?*, Déviance et Société, 2015/4 (Volume 39)
 - DAVID Michel, PAULET Catherine et LAURENCIN Gérard, *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 ?*, L'information psychiatrique 2012/8 (Volume 88), p.605 à 615.
 - DUBRET Gérard, *La prison, ultime institution psychiatrique pour soigner et punir ?*, L'information psychiatrique, 2006/8 (Volume 82), p.663 à 668.
 - LAMBERT Charles-Édouard, BIED Clémence, MEUNIER Frédéric, *Les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées : perspectives et appréhensions face à une nouvelle institution psychiatrique dans le paysage pénitentiaire français*, Psychiatrie et violence, Vol 11, N°1, Décembre 2011
 - LE BIHAN Patrick, *Éclairage sur les modalités de prise en charge et de soins de la personne atteinte de troubles mentaux réputée dangereuse*, Revue pénitentiaire et de droit pénal, n°2 avril/juin 2020
 - MARTORELL A., *L'enfermement, perspectives réelles et historiques*, Soins Psychiatrie, n°116/117, 1990
 - PÉCHILLON Éric, *Le droit des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) : La création progressive de zones pénitentiaires dans les hôpitaux psychiatriques*, Actualité Juridique Pénal (AJP), N° 7/2010 (Le détenu Malade), Juillet-Août 2010. pp. 322-325
 - « *Quelle évolution pour la psychiatrie en milieu pénitentiaire ?* », *Compte-rendu du séminaire « Organisation de la santé mentale et de la psychiatrie en milieu pénitentiaire »*, Ministère de la santé et des Sports, 29 et 30 avril 2009.
 - ROSTAING Corinne, *Des détenus perturbés qui perturbent la prison*, Rhizome, n°56 (Prison, santé mentale et soin), Avril 2015. pp. 5-6
 - THOMAS P. et ADINS-AVINEE C., *Psychiatrie en milieu carcéral*, Elsevier-Masson, 2012
-

Sitographie :

- Criminocorpus : criminocorpus.org
- Larousse : larousse.fr
- Libération : liberation.fr
- Midi libre : midilibre.fr
- OIP : oip.org

- Radiofrance : radiofrance.fr
 - Santé mentale : santementale.fr
 - Wikipédia : wikipedia.org
-

Filmographie :

- FALCONETTI Eric, *L'avis de Château, Pratiques pénitentiaires relationnelles*, Film produit par l'ENAP, 2010

TABLE DES MATIÈRES :

<i>INTRODUCTION</i>	1
PARTIE I : LA DIFFICILE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES MENTAUX EN DÉTENTION	9
<u>CHAPITRE 1 : L'ARRIVÉE NÉCESSAIRE DU SOIN EN DÉTENTION</u>	9
• <i>Section 1 : L'incompatibilité avec la détention des personnes atteintes de troubles psychiques</i>	10
I. <u>La détention classique inadaptée</u>	10
A) La prison en elle-même pathogène.....	10
B) Un régime inadapté aux pathologies les plus graves.....	12
II. <u>La détention dans des établissements spécialisés, un modèle inachevé</u>	13
• <i>Section 2 : Le développement de l'offre de soins psychiatriques en détention</i>	16
I. <u>La naissance des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR)</u>	16
A) Une perspective humaniste.....	17
B) Le fonctionnement des SMPR.....	17
II. <u>Le déploiement des UCSA/USMP</u>	19
<u>CHAPITRE 2 : LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES MALADES DÉTENUS</u>	21
• <i>Section 1 : Les carences de soins en milieu carcéral</i>	21
I. <u>Des problématiques inhérentes à l'obligation de consentement aux soins</u>	21

A) L'impossibilité de soin sans consentement.....	21
B) La question du consentement libre et éclairé.....	23
<u>II. Des moyens insuffisants dans les unités de soins psychiatriques.....</u>	<u>24</u>
A) Un manque de moyens thérapeutiques et de personnels.....	24
B) Une hospitalisation impossible à temps complet en détention.....	25
• <i>Section 2 : L'hospitalisation défailante à l'hôpital psychiatrique public pour des personnes détenues.....</i>	<i>26</i>
<u>I. Une procédure complexe.....</u>	<u>26</u>
<u>II. Un lieu inapproprié.....</u>	<u>28</u>
A) Un manque de sécurité.....	28
B) Des conditions difficiles.....	29
PARTIE II : LES UHSA, NOUVEAU DISPOSITIF D'HOSPITALISATION DES PERSONNES DÉTENUES.....	31
<u>CHAPITRE 1 : LA CRÉATION D'UN HÔPITAL SÉCURISÉ DÉDIÉ AUX DÉTENUS MALADES.....</u>	<u>32</u>
• <i>Section 1 : Une possibilité d'hospitalisation à temps complet pour les personnes détenues souffrant de troubles mentaux.....</i>	<i>32</i>
<u>I. Un régime hybride : avec ou sans consentement.....</u>	<u>33</u>
<u>II. Une meilleure prise en charge.....</u>	<u>34</u>
A) Sur le plan sanitaire.....	35
B) Sur le plan sécuritaire.....	36

• <i>Section 2 : Des soins contraignants mais plus appropriés</i>	38
I. <u>Une approche plus humaine</u>	39
II. <u>Un contrôle juridictionnel effectif de la mesure de contrainte</u>	40
<u>CHAPITRE 2 : UNE SOLUTION PARTIELLE AUX BESOINS DES PERSONNES</u> <u>DÉTENUES ATTEINTES DE TROUBLES</u> <u>PSYCHIATRIQUES</u>	42
• <i>Section 1 : Constatations à court terme</i>	42
I. <u>Une solution ne permettant pas de répondre à l’urgence</u>	43
A) Des délais d’admission longs.....	43
B) Un maintien nécessaire des hospitalisations de proximité.....	44
II. <u>Une solution temporaire</u>	45
• <i>Section 2 : Constatations à long terme</i>	46
I. <u>Une réponse à améliorer par le biais de la prévention</u>	46
II. <u>Une réponse génératrice d’un effet pervers</u>	48
<i>CONCLUSION</i>	50
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	53
<i>TABLE DES MATIÈRES</i>	57

LES LIMITES DE LA PSYCHIATRIE À L'ÉPREUVE DES PERSONNES DÉTENUES

RÉSUMÉ :

Partant du constat que parmi les personnes détenues, une part non négligeable présente des troubles psychiques, l'objectif de ce mémoire est de s'interroger sur la qualité du dispositif de soins psychiatriques qui leur est offert. Celui-ci sera analysé à l'échelle de la population carcérale, mais aussi en comparaison avec celui existant dans la population générale. Il démontrera que la prise en charge de ces personnes est loin d'être aisée au regard de leur incompatibilité notable avec la détention, et de la difficulté à les faire hospitaliser dans des conditions optimales. À la suite de nombreuses dénonciations du système, de nouvelles structures ont vu le jour et cette étude s'attardera sur l'apport des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées parmi l'offre de soins psychiatriques mise à disposition des personnes détenues, et ses limites persistantes.

Mots-clés : Maladie mentale, prison, incompatibilité, psychiatrie, offre, soin, personne détenue, contrôle, sécurité, prise en charge, consentement, hospitalisation, égalité

Mémoire présenté et soutenu par Mélanie AUBARD

Sous la direction de Monsieur Romain CLEVA