



Master 2

Droit de l'Exécution des peines et Droits de l'Homme

Institut de Droit et d'Economie d'Agen

Promotion Marie Marguerite Mariani 2021-2022

La prise en charge psychiatrique des personnes détenues : rencontre entre milieu carcéral et milieu médical

Mémoire présenté et soutenu par Joanne BUISSON

Sous la direction de Monsieur MBANZOULOU Paul,

Directeur de la recherche, de la documentation et des relations internationales

Responsable des Presses de l'ENAP



Master 2

Droit de l'Exécution des peines et Droits de l'Homme

Institut de Droit et d'Economie d'Agen

Promotion Marie Marguerite Mariani 2021-2022

La prise en charge psychiatrique des personnes détenues : rencontre entre milieu carcéral et milieu médical

Mémoire présenté et soutenu par Joanne BUISSON

Sous la direction de Monsieur MBANZOULOU Paul,

Directeur de la recherche, de la documentation et des relations internationales

Responsable des Presses de l'ENAP

« 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 des 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 mon directeur de mémoire, Monsieur Paul MBANZOULOU, Directeur de la recherche, de la documentation et des relations internationales de l'ENAP, pour avoir accepté de diriger mon mémoire, ainsi que pour le temps qu'il y a consacré et ses conseils avisés.

Je remercie également l'ensemble des équipes des SMPR dans lesquels j'ai effectué mes stages, qui m'ont accueillie au sein de l'équipe en veillant à ce que je puisse voir et comprendre toutes les spécificités de leurs professions. Merci de vos témoignages, de votre accueil, de votre pédagogie et de votre bienveillance.

Enfin, je remercie mes proches qui m'ont soutenue pendant une longue période de recherche de stage, qui m'ont hébergée pour que je puisse les effectuer et pour leur soutien lors de la rédaction de ce mémoire.

*« Porter une attention à l'Homme malade indépendamment de son statut de détenu
reste encore aujourd'hui un combat qui n'est pas gagné. »¹*

¹ O. OBRECHT, « Accès aux soins des personnes détenues : du droit à la pratique », Actualité et dossier en santé publique n°44, septembre 2003

LISTE DES ABREVIATIONS

AP : Administration Pénitentiaire

CCNE : Comité Consultatif National d’Ethique

CD : Centre de Détention

CEDH : Cour Européenne des Droits de l’Homme

CMPR : Centre Médico-Psychologique Régional

CProU : Cellule de Protection d’Urgence

CPU : Commission Pluridisciplinaire Unique

CSAPA : Centre de Soins, d’Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSP : Code de la Santé Publique

EMOT : Equipe Mobile Transitionnelle

MA : Maison d’Arrêt

OIP : Observatoire International des Prisons

QD : Quartier Disciplinaire

QI : Quartier d’Isolement

SDRE : Soins sur Décision d’un Représentant de l’Etat

SDT : Soins sans consentement sur Demande d’un Tiers

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SPIP : Services Pénitentiaires d’Insertion et de Probation

UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

UMD : Unité pour malades difficiles

USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
<u>PARTIE 1 : les difficultés récurrentes de l'accès aux soins psychiatriques en détention</u>	11
<u>Chapitre 1 : l'accès aux soins psychiatriques dépendant du fonctionnement du milieu carcéral</u>	11
<i>Section 1 : Des difficultés d'accès aux soins psychiatriques liées à la vie quotidienne en détention</i>	11
<i>Section 2 : Des améliorations dans l'accès aux soins psychiatriques grâce aux bonnes conditions de détention</i>	16
<u>Chapitre 2 : l'accès aux soins psychiatriques dépendant de l'organisation des personnels</u>	18
<i>Section 1 : La fluidité de l'accès aux soins garantie par les personnels</i>	19
<i>Section 2 : La fluidité de l'accès aux soins garantie par la communication entre les personnels</i>	22
<u>PARTIE 2 : les problématiques variées des personnels dans un cadre de travail mêlant Justice et Santé</u>	28
<u>Chapitre 1 : la sécurité des personnels soignants partiellement dépendante de l'administration pénitentiaire</u>	28
<i>Section 1 : Une sécurité essentiellement garantie par l'administration pénitentiaire</i>	28
<i>Section 2 : Une sécurité parfois mise à mal par le milieu carcéral</i>	32
<u>Chapitre 2 : l'émergence possible de tensions entre les personnels médicaux et pénitentiaires</u>	35
<i>Section 1 : La contrainte pour l'administration pénitentiaire des avis médicaux sur les modes d'encellulement</i>	35
<i>Section 2 : La contrainte du secret médical comme éventuel vecteur de tensions</i>	39
CONCLUSION.....	44
ANNEXES.....	47
INDEX DES MOTS CLÉS.....	52
BIBLIOGRAPHIE.....	53
TABLE DES MATIÈRES.....	56

INTRODUCTION

Selon le député Stéphane Mazars, « les magistrats jugent trop souvent la maladie compatible avec la détention »². La personne malade jugée est alors incarcérée, même si elle nécessite des soins, ce qui va créer dans le cadre de la détention une rencontre inattendue entre le milieu carcéral et le milieu médical. L'accès aux soins se déroule dans le cadre des soins somatiques, mais également des soins psychiatriques que nécessitent les détenus. En effet, selon le Comité consultatif national d'éthique (CCNE), le taux de pathologies psychiatriques est vingt fois plus élevé en détention que dans la population générale.

A donc lieu, à l'occasion de la prise en charge psychiatrique des personnes détenues, la rencontre entre le milieu carcéral et le milieu médical.

La personne détenue est entendue ici comme la personne incarcérée sur décision de justice dans un établissement pénitentiaire, qu'elle soit condamnée ou prévenue. Cette personne se trouve immergée dans le milieu carcéral dès son arrivée en établissement pénitentiaire. Ce milieu concerne tout ce qui est relatif à la prison : les lieux, le personnel de surveillance, de direction ou d'insertion, la population carcérale détenue... Il ne concerne pas les éléments et les professionnels directement liés à la Justice. C'est dans ce cadre que va intervenir, pour certaines personnes détenues, une prise en charge psychiatrique par le milieu médical : les personnels soignants vont devoir dépister, évaluer, traiter et suivre les personnes nécessitant un travail thérapeutique durant leur incarcération.

Cette prise en charge psychiatrique des personnes détenues a connu une longue évolution. En 1945, la Charte de la réforme pénitentiaire conseille de mettre en place un service social et médico-psychologique dans chaque établissement pénitentiaire, afin « d'éclairer la justice pour le dépistage et le traitement des délinquants mentalement anormaux ». En 1967, les Centres médico-psychologiques régionaux (CMPR) sont créés pour fournir des soins médico-psychologiques, non plus pour « éclairer » la justice mais pour aider les personnes détenues elles-mêmes. Leur fonctionnement est régi par la

² *Régimes différenciés et psychiatrie en prison : l'Assemblée veut avancer* - P. JANUEL 22 MARS 2018

circulaire interministérielle Santé-Justice de 1977³, qui crée notamment le soin à la demande d'un représentant de l'Etat (« SDRE carcéral »). C'est un transfert en hôpital psychiatrique pour les détenus dont le maintien en prison est impossible à cause des troubles mentaux. Le consentement du patient n'est pas nécessaire pour cette procédure, mais c'est la première fois que les personnes détenues ont accès aux soins psychiatriques en milieu hospitalier.

Cependant, des inégalités et un non-respect des droits des personnes atteintes de problèmes de santé mentale ont été constatés selon les pays. Ainsi, le Conseil de l'Europe a recommandé que la santé en détention soit intégrée aux politiques nationales de santé. Cela a abouti en France à la loi du 14 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale⁴, qui transfère la compétence de prise en charge sanitaire des personnes détenues du Ministère de la Justice au Ministère de la Santé. Par conséquent, il n'existe aucun lien hiérarchique entre le chef d'établissement pénitentiaire et les soignants travaillant en détention, qui dépendent du chef d'établissement public hospitalier de santé mentale.

C'est néanmoins un décret du 14 mars 1986⁵ qui va permettre une grande évolution, avec la création des services médico-psychologiques régionaux (SMPR). Les SMPR permettent au sein de la détention une prise en charge voire une hospitalisation consentie de la personne en psychiatrie. Un SMPR par région pénitentiaire est implanté dans un établissement pénitentiaire, rattaché à un établissement public hospitalier de santé mentale. Pour les établissements n'ayant pas de SMPR, les soins psychiatriques sont assurés par les personnels soignants d'établissements psychiatriques intégrés dans les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA).

Ce sont les unités dans lesquelles les personnes détenues vont pouvoir consulter pour tout ce qui relève du soin somatique. Elles sont bien évidemment en contact avec les SMPR, pour allier les différentes prises en charge efficacement, mais ne traitent pas de la prise en charge psychiatrique. Il peut d'ailleurs arriver que l'UCSA soit chargée de la distribution des traitements psychiatriques, c'est pourquoi les échanges entre les deux services sont essentiels ; de même lorsqu'un patient fait par exemple une intoxication

³ Circulaire interministérielle Santé-Justice du 28 mars 1977

⁴ Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale

⁵ Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

médicamenteuse volontaire et qu'il doit alors être traité de concert par les deux unités médicales.

Enfin, la loi de programmation et d'orientation de la Justice du 9 septembre 2002⁶ a permis la dernière évolution en créant les Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA). Elles accueillent en milieu hospitalier les personnes détenues, suivant l'article L.3214-1 du Code de Santé Publique (CSP) qui précise que « l'hospitalisation avec ou sans consentement d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé au sein d'une unité spécialement aménagée ». Le but est d'offrir aux personnes détenues des soins équivalents à ceux de la population libre, notamment grâce à l'hospitalisation consentie. Cependant, il n'existe que neuf UHSA en France, qui sont sollicitées de toutes parts et sont souvent en difficulté. Or, un détenu malade qui ne peut pas être accueilli en UHSA sera nécessairement hospitalisé dans un service psychiatrique de droit commun. Il sera alors sous le régime plus sévère du SDRE, bien plus attentatoire aux droits (notamment pour une personne qui aurait consenti aux soins en UHSA et se retrouve en hospitalisation sans consentement, voire en isolement et avec des mesures de contention). Si les places manquent parfois pour les personnes nécessitant une hospitalisation d'urgence, cela est aussi problématique pour certains patients des SMPR qui ont besoin d'aller à l'UHSA le plus proche, soit pour recevoir un traitement plus adapté et plus suivi, soit même parfois pour un séjour de rupture avec la détention. Le but est de couper avec l'incarcération pour préserver leur santé mentale. C'est une hospitalisation nécessaire pour eux, mais les listes d'attente sont très longues pour les cas non-urgents.

Dans le cadre de l'hospitalisation sous contrainte, il existe également le soin sans consentement sur demande d'un tiers (SDT) lorsque le consentement est impossible du fait des troubles mentaux de la personne, et que son état mental demande des soins d'urgence et une surveillance médicale constante par le biais d'une hospitalisation complète. En détention, cela implique un placement en observation sous contrainte de la personne détenue pendant 72 heures. Pour éviter des demandes irréalisables, notamment les week-ends et jours fériés (durant lesquels les soignants du SMPR sont absents), le législateur a refusé de permettre que le SDT soit demandé par les personnels de l'administration pénitentiaire (AP), pourtant les premiers à constater que la personne ne

⁶ Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, loi Perben I

va pas bien. C'est d'ailleurs souvent l'AP qui signale au SMPR les personnes détenues qui les inquiètent sur le plan de la santé mentale.

Les unités pour malades difficiles (UMD), créées par le même décret du 14 mars 1986 peuvent également accueillir des personnes détenues condamnées ou prévenues, voire même des personnes déclarées pénalement irresponsables soumises à une obligation de soins, mais aussi des malades mentaux présentant un état dangereux en dehors de toute procédure pénale.

Aussi, bien que cette évolution en France ait été plutôt positive ces dernières années, un certain sentiment de stagnation plane, notamment avec une ouverture prévue par l'arrêté du 20 juillet 2010⁷ de nouvelles UHSA qui n'a toujours pas eu lieu douze ans plus tard. Néanmoins, le système français peut parfois permettre une meilleure prise en charge psychiatrique que certains de nos voisins européens : par exemple, la prise en charge des personnes détenues en Espagne est effectuée au cas par cas par un psychiatre intervenant en détention si besoin, sans équipe pluridisciplinaire permanente⁸. Pourtant, la prise en charge psychiatrique des personnes détenues en France est toujours critiquée. L'organisation non-gouvernementale internationale Human Right dénonce d'ailleurs en 2016 la « double peine » des personnes détenues, vis-à-vis de leur droit fondamental à jouir du meilleur état de santé globale possible, physique comme mentale.

Au vu des stages effectués, nous nous concentrerons ici sur la prise en charge psychiatrique dans les SMPR uniquement, meilleur exemple de la rencontre entre milieu carcéral et milieu médical, et notamment en maison d'arrêt et en centre de détention. Si l'administration pénitentiaire est présente dans ces services de soins psychiatriques de manière constante et obligatoire au même titre que dans les UHSA, les SMPR se situent eux au sein même de la détention. Tous les professionnels du soin reçoivent les personnes détenues en entretien ou pour la distribution des traitements dans un cadre sécuritaire garanti par l'AP. Il en va de même lorsqu'ils doivent intervenir en détention, où la présence du personnel pénitentiaire est bien évidemment constante et nécessaire pour assurer la sécurité et le bon déroulement du travail thérapeutique.

⁷ Arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux

⁸ «¿Psiquiatría penitenciaria?» Pérez Martínez, Revista Española de Sanidad Penitenciaria

Ce travail s'effectue en pratique par une équipe pluridisciplinaire composée entre autres d'infirmiers, de psychologues, de psychiatres et d'internes en psychiatrie, d'ergothérapeutes, de psychomotriciens... Il y a aussi une ou plusieurs secrétaires et assistantes sociales, et un cadre de santé. Les infirmiers délivrent les traitements aux patients, dans le service ou directement en détention. Les soignants reçoivent les patients en entretien pour le dépistage des nouveaux arrivants, suite aux signalements faits par l'AP, le juge... ou suite aux demandes des détenus eux-mêmes, ou pour le suivi des anciens patients.

Tout cela ne peut avoir lieu sans le consentement des personnes détenues, qui sont libres de se rendre ou non aux rendez-vous au SMPR, d'avoir un suivi, de prendre ou non leur traitement... Aucun soin ne peut y être contraint.

Les soignants animent également les différentes activités proposées au titre du soin (chorale, lecture, cuisine, poterie, relaxation, loisirs, écriture...). Les déplacements des personnes détenues dans le service sont contrôlés par les surveillants de l'AP obligatoirement présents dans les locaux, et souvent attirés au service.

Il peut également exister dans certains SMPR une unité d'hospitalisation de jour. Les personnes sont hébergées à temps complet, mais leur prise en charge médicale n'est assurée qu'en journée. Il faut là encore leur consentement. La demande provient du psychiatre qui suit la personne. Elle doit être acceptée par un psychiatre du SMPR de destination si l'établissement d'origine ne possède pas d'unité d'hospitalisation. Il faut qu'un transfèrement est nécessaire dans les plus brefs délais. L'hospitalisation est ordonnée par le directeur de l'hôpital de rattachement et le transfèrement est ordonné par le chef de l'établissement pénitentiaire. Il faudra également l'accord de l'autorité judiciaire si le patient est prévenu. La même procédure est effectuée à la fin de l'hospitalisation. Pendant cette période, la personne est soumise au régime de détention classique, si ce n'est que le placement au quartier disciplinaire nécessitera l'avis du médecin pour interrompre l'hospitalisation. Seuls les surveillants, garants de la sécurité, possèdent les clés des cellules d'hospitalisation. Cela implique une collaboration évidente des soignants et de l'AP. Mais, l'aspect pratique manquant car les SMPR étudiés ne comportaient pas d'unité d'hospitalisation de jour, ce fonctionnement ne sera pas abordé dans le développement.

C'est ainsi au fil de l'évolution de la prise en charge psychiatrique des personnes détenues que des relations entre l'AP et le corps médical ont dû se développer. Deux univers très différents et pourtant très liés ont alors été forcés de coexister et de s'adapter à l'autre pour améliorer le soin du patient détenu. La prison est largement reconnue comme étant un milieu pathogène, dans lequel les troubles psychiatriques sont très présents et ont vocation à s'aggraver. La population carcérale présente des facteurs de risque avant même l'incarcération, notamment avec les addictions et les violences ; la problématique addictive est omniprésente en détention. Ces troubles préexistants peuvent être aggravés, tandis que de nouveaux troubles peuvent apparaître, et cela peut provoquer un passage à l'acte hétéro ou auto-agressif. « La prison est un huit clos où tout s'exacerbe ».⁹

La prévention du suicide est d'ailleurs l'une des préoccupations actuelles majeures de l'AP, avec des formations, des surveillances et des cellules spécifiquement développées pour prévenir le risque suicidaire. Ceci à raison puisque le taux de suicide en détention est sept fois plus élevé pour les hommes et vingt fois plus élevé pour les femmes que dans la population libre.¹⁰ Ainsi, entre 2000 et 2010, la moitié des décès de personnes détenues était des suicides.

Il est intéressant de traiter de la prise en charge des personnes détenues lorsqu'elles nécessitent des soins, mais cela l'est d'autant plus pour les personnes détenues atteintes de troubles psychiatriques. C'est effectivement une problématique spécifique qui va grandement bouleverser la vie en détention, autant pour la personne détenue elle-même que pour les professionnels gravitant autour d'elle. Hélène BAZEX, psychologue, affirme que « les dernières recherches sur la santé mentale des détenus insistent non seulement sur la diminution importante de la qualité de vie des détenus en raison d'une importante prévalence de troubles psychiatriques et de la personnalité, mais aussi sur la spécificité de la problématique psychique de la population pénale »¹¹. Il est vrai que les troubles mentaux n'ont pas leur place en détention, qui n'est pas le lieu adapté pour soigner les malades.

⁹ « Soigner en prison », Actu Soins n°21, juin/juillet/août 2016

¹⁰ « Suicides et autres décès en milieu carcéral en France entre 2000 et 2010 », Santé Publique France

¹¹ Hélène BAZEX : « *L'unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale de Toulouse : Fonctionnement général, vécu de l'hospitalisation et collaborations professionnelles* »

C'est dès lors un enjeu spécifique important pour l'AP et le corps médical, ainsi que pour la population carcérale, mais aussi pour la société. En témoigne la multiplication des incitations aux soins en détention (notamment dans l'objectif d'obtenir des aménagements ou des remises de peines, d'autant plus avec la loi du 22 décembre 2021¹²) et des soins pénalement ordonnés, dans une visée de réinsertion de la personne dans la société à l'issue de sa peine. La personne est poussée voire obligée à se soigner pour que le retour à la liberté lui soit accordé, ou lui soit accordé plus vite.

Pourtant, comme le pensait Garofalo, « la peine ne peut pas être justifiée contre un être souffrant ». Si la peine peut se justifier, la peine de prison quant à elle ne le peut pas : penser la peine comme un soin n'a aucun sens, et tous les psychiatres et autres personnels soignants s'accorderont à dire que la prison n'est pas un lieu de soins, bien au contraire. Plus récemment, c'est le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) qui a souligné ce propos : « le traitement de la délinquance ou des comportements délictuels ne relève pas de la psychiatrie, du moins pas à la hauteur du nombre des soins pénalement ordonnés qui suggère le contraire. En outre, le traitement psychiatrique proposé en milieu carcéral reste insatisfaisant. »¹³

Même si les patients sont poussés à consulter, leur surnombre complique la prise en charge au même titre que les conditions extérieures aux soins. Le nombre croissant de condamnations des personnes atteintes de troubles psychiatriques est la réelle source de la majorité des problématiques traitées ici, puisqu'il perpétue la rencontre entre soignants et AP. Bien que le suivi psychiatrique soit nécessaire pour des personnes tout à fait responsables de leurs actes, une partie de la population pénale n'a pas sa place en prison et devrait être prise en charge dans un réel lieu de soins. « La disponibilité des services de soins et la réponse aux besoins sanitaires des personnes détenues présentant un trouble psychique remplissent seulement les conditions de respect des droits fondamentaux de jouir de la meilleure santé mentale possible. Elle ne doit pas permettre de penser que la

¹² Loi n° 2021-1729 du 22 décembre 2021 pour la confiance dans l'institution judiciaire : cette loi laisse à l'appréciation du juge la totalité des remises de peine. Le suivi au SMPR, qui permet aux détenus de prouver leur bonne volonté de se soigner et leur permet pour l'instant des remises de peine supplémentaires, en sera d'autant plus sollicité.

¹³ « Soins sans consentement et droits fondamentaux », CGLPL, 17 juin 2020

prison sera un lieu de soins optimal puisque les nombreux freins à la qualité de vie en son sein sont clairement identifiés et paraissent difficiles à neutraliser à court terme. »¹⁴

Pourtant, avec le développement de la victimologie, la victime prend une place croissante dans le procès pénal, qui devient essentiel pour toute réparation. Alors, les juges sont poussés à condamner des personnes atteintes de troubles psychiatriques « pour lesquelles un non-lieu aurait dû être prononcé. Et l'on ne peut s'empêcher de penser que certaines condamnations ont pour seule fonction la réparation des victimes »¹⁵. Les intérêts en présence semblent inconciliables, au vu de la nécessité de prendre en compte le préjudice subi par la victime, mais aussi de la répercussion de l'incarcération sur la santé mentale de l'auteur de l'infraction atteint de troubles mentaux. Les auteurs sont condamnés lourdement alors qu'ils nécessiteraient d'une hospitalisation plutôt qu'une incarcération.

« Une grande majorité des sujets délinquants sont des tableaux d'états-limites : ni délirants pour justifier d'un article 122¹⁶, ni imprégnés d'une culpabilité névrotique suffisante pour escompter une valeur thérapeutique de la sanction »¹⁷. La vraie question n'est pas de savoir comment soigner les personnes en prison mais plutôt comment ne pas les y faire entrer.

« Foucault déplace le regard que l'on porte sur le détenu : il n'est plus l'homme seul face à sa conscience, il est l'acteur d'une action politique qui vise à arraisonner son âme, à modifier sa structure psychique »¹⁸. L'intérêt de la peine d'emprisonnement ou de réclusion sera alors mesuré au regard de la capacité de la personne à suivre ce raisonnement ; en admettant déjà que le détenu consente aux soins. Aussi, « certaines structures psychiques peuvent demeurer inaccessibles au travail psychologique ».¹⁹

¹⁴ « Les dispositifs de prise en soins psychiatriques des personnes présentant des troubles psychiques en détention », ADSP n°104, septembre 2018

¹⁵ « Quels rôles pour le psychiatre en milieu pénitentiaire ? », Patrick MOUGE, Emmanuel SAUTEREAU, VST n°124, 2014

¹⁶ Article 122-1 du Code pénal sur l'abolition et l'altération du discernement pour cause de trouble mental

¹⁷ « Quels rôles pour le psychiatre en milieu pénitentiaire ? », Patrick MOUGE, Emmanuel SAUTEREAU, VST n°124, 2014

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Ibid.

Malgré tout cela, tant qu'une réforme d'envergure n'interviendra pas, psychiatrie et milieu carcéral devront coexister et collaborer dans l'intérêt de prendre la personne en charge au mieux et en dépit de toutes les problématiques que cela entraîne.

Cependant, il paraît inopportun de s'aventurer sur ce sujet, car traiter de cela reviendrait à remettre en cause l'efficacité de la peine d'incarcération elle-même et de ses dérives, ce qui n'est pas notre sujet. Il reste néanmoins en tête que l'origine des questionnements sur la relation soignants en psychiatrie et administration pénitentiaire est l'incarcération incohérente des personnes atteintes de troubles mentaux ; tout cela face à une population déjà souvent en situation de précarité et d'exclusion sociale, qui cumule les facteurs de risques et qui voit ses troubles aggravés par la détention (dépression, insomnies, anxiété, décompensation...) ²⁰ . Par exemple, « fréquentes sont les décompensations dépressives dès l'admission, avant le procès ou peu avant la sortie (avec un risque suicidaire important) ». ²¹

C'est dans cette rencontre que naît une double difficulté : le personnel pénitentiaire n'est pas spécialisé dans la prise en charge de détenus malades, et le personnel soignant n'est pas habitué à prendre en charge des criminels, des personnes que la société a décidé d'exclure. L'évolution des soins psychiatriques en détention a pourtant permis une spécialisation des personnels médicaux, mais la cohabitation des différents univers reste difficile. Une fois admis le fait que les troubles mentaux puissent se retrouver largement en détention malgré le fait que ce ne soit pas leur place, il est intéressant de traiter des difficultés de la collaboration au regard de l'enjeu pour la personne détenue : sa santé et sa réinsertion éventuelle dépendent de la capacité pour les professionnels d'arriver à articuler les prises en charge et les relations de travail autour de la santé mentale du détenu. Effectivement, le CCNE relève que « l'incarcération de personnes atteintes de maladies mentales graves ne peut qu'entraîner une perte de repères et de sens : perte du sens même de la peine et de l'emprisonnement » mais aussi « perte du sens même du soin et du rôle de soignant ». On comprend alors la place du soin dans la réinsertion de la personne et dans la compréhension de sa peine.

²⁰ « *L'unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale de Toulouse : Fonctionnement général, vécu de l'hospitalisation et collaborations professionnelles* », Hélène BAZEX

²¹ « *Pathologie psychique carcérale : Définition de Pathologie psychique carcérale* »

L'axe majeur de cette rencontre entre le milieu carcéral et le milieu médical est donc l'accès aux soins psychiatriques pour la personne détenue, qui devient un patient nécessitant une prise en charge psychiatrique en détention. Il faudra distinguer selon qu'on abordera le « détenu » du point de vue de l'AP, ou le « patient » du point de vue des soignants ; chaque profession ayant un vocabulaire précis pour parler des personnes qui sont finalement des « patients détenus ».

Nait alors cette collaboration entre les deux milieux qui garantissent le droit fondamental du détenu d'accéder aux soins comme la population libre, tout en poursuivant pour l'un, un objectif de sécurité, et pour l'autre, un objectif de prise en charge médicale. Olivier RAZAC, enseignant chercheur à l'ENAP, relève à ce sujet que la personne détenue est pour les soignants une personne vulnérable, tandis qu'elle est pour l'AP une représentation de la « puissance transgressive »²². En clair, les deux problématiques principales de la rencontre AP – soignants sont pour les détenus l'accès au droit, et pour les professionnels d'une part la sécurité, d'autre part la santé et la déontologie.

Cette nette différence de visions et de buts pour les professionnels peut entraîner des difficultés d'accès aux soins pour les personnes détenues, autant que le cadre même de la détention : organisation et communication sont alors pour les soignants et l'AP la clé de la garantie des droits fondamentaux.

Ainsi, des modes de fonctionnement sont mis en place dans les SMPR pour essayer d'articuler les pratiques professionnelles et faciliter l'accès aux soins des patients. Pourtant, certaines problématiques persistent, d'autant plus dans certains types d'établissements pénitentiaires où la surpopulation carcérale et les conditions de détention ne facilitent pas la rencontre Santé – Justice. Les difficultés identifiées s'articulent donc particulièrement autour de l'accès aux soins en milieu carcéral et des nécessités pour les professionnels de collaborer. Cette collaboration se fait en dépit d'objectifs et d'obligations professionnelles différentes pour garantir cet accès aux soins dans les meilleures conditions de travail possibles.

²² Olivier RAZAC dans « Santé Justice, savoirs et pratiques », sous la direction de Paul MBANZOULOU et Philippe POTTIER

Par conséquent, dans la pratique quotidienne des professionnels concernés par la prise en charge psychiatrique des personnes détenues, les problématiques majeures découlent du fonctionnement de l'AP d'une part, de l'organisation des personnels d'autre part : la première problématique est donc celle des difficultés récurrentes de l'accès aux soins psychiatriques en détention (partie 1), la seconde concerne la problématique pour les professionnels d'évoluer dans un cadre de travail mêlant Justice et Santé (partie 2).

Partie 1 : les difficultés récurrentes de l'accès aux soins psychiatriques en détention

La réalité pratique de la prise en charge psychiatrique observée en stage permet de se rendre compte d'un réel fossé entre la prise en charge possible en maison d'arrêt, et celle effectuée en centre de détention. Néanmoins, certaines problématiques communes ont été constatées à différentes échelles dans les établissements pénitentiaires. Elles sont liées au fait que l'accès aux soins psychiatriques dépend d'une part du fonctionnement du milieu carcéral (chapitre 1), d'autre part de l'organisation des professionnels (chapitre 2).

Chapitre 1 : l'accès aux soins psychiatriques dépendant du fonctionnement du milieu carcéral

Les difficultés dans l'accès aux soins psychiatriques sont très souvent liées à la vie quotidienne inhérente à la détention, d'autant plus en maison d'arrêt (section 1) ; mais des améliorations sont possibles grâce à la mise en place de meilleures conditions de détention (section 2).

Section 1 : Des difficultés d'accès aux soins psychiatriques liées à la vie quotidienne en détention

Au quotidien, l'accès aux soins est souvent perturbé par les événements spécifiques au milieu carcéral (I). Cependant, il a été constaté que ces difficultés dans l'accès aux soins psychiatriques sont plus ou moins contraignantes selon le type d'établissement pénitentiaire, rendant l'accès aux soins très inégalitaire (II).

I. L'accès aux soins psychiatriques perturbé par les évènements spécifiques au milieu carcéral

La vie quotidienne des personnes détenues et des personnels en détention est rythmée par de nombreux évènements liés à la détention : par exemple, les promenades, les parloirs, les rendez-vous médicaux, judiciaires ou sociaux, ou encore les activités et le travail. Il y a également des évènements plus exceptionnels tels que les extractions médicales, les transferts, le placement au quartier disciplinaire (QD), au quartier d'isolement (QI), en confinement disciplinaire ou en cellule de protection d'urgence (CProU)...

Aussi, de façon occasionnelle, certaines simulations peuvent bloquer toute circulation ou accès à la détention, tout comme certains incidents réels. Par exemple, une simulation de prise d'otage ou d'incendie peut empêcher toute personne d'entrer dans l'établissement pénitentiaire, visiteurs ou professionnels.

Certains régimes de détention peuvent aussi poser une contrainte, par exemple avec la circulation d'une personne placée sous le régime de l'isolement, ou le fait de devoir se déplacer pour voir un patient au QD. Il y a aussi le cas de certains patients qui doivent être accompagnés par un gradé, notamment au vu de leur dangerosité. Il est plus difficile de voir ces personnes en entretien à cause de cela.

Tous ces évènements sont spécifiques au milieu carcéral, quel que soit le type d'établissement pénitentiaire. Lorsque les conditions de détention sont difficiles, ces aléas sont plus compliqués à gérer sur le terrain de l'accès aux soins. Ils ralentissent la prise de rendez-vous, la possibilité pour les patients détenus de se présenter au SMPR, et ils entraînent pour les équipes soignantes de réelles difficultés d'organisation. En effet, la distribution des traitements et l'effectivité des rendez-vous fixés peuvent être contredites par l'impossibilité pour les patients de se rendre au service, ce qui entraîne une organisation spécifique des soignants : report des rendez-vous, déplacements en détention, réunions régulières sur les difficultés rencontrées...

De plus, on retrouve beaucoup d'étrangers en prison. Cela peut compliquer l'accès aux soins psychiatriques d'une part si la personne ne peut entendre correctement ses droits dans sa langue et notamment son droit à la protection de sa santé mentale ; d'autre part si un interprète n'est pas disponible pour les entretiens au SMPR. Il a été constaté que la venue des interprètes est parfois difficile (autorisations d'accès, langues peu

fréquentes...). D'autant plus que les patients ayant le libre choix de venir ou non aux entretiens, un interprète qui se déplace plusieurs fois pour un patient qui ne vient pas pourra finir par ne plus se présenter, et vice versa.

Il y a également le fait commun en détention que les troubles psychiatriques soient stigmatisés par les détenus voire par les personnels. Un patient à qui l'on demande s'il a déjà entendu des voix esquissera un sourire avant de répondre par la négative, ou s'empressera de répondre que non et qu'il n'est pas fou. Certains ne veulent par exemple pas partir à l'UHSA par crainte de leur retour en détention et du qu'en-dira-t-on, de se voir supprimer les unités de vie familiales, de devoir expliquer la situation à leurs codétenus ou à leur famille... La psychiatrie est un domaine encore très stigmatisé dans la société en général, mais elle l'est encore plus dans un milieu où la moindre faiblesse est préjudiciable. Cela peut conduire les personnes atteintes de troubles psychiatriques à s'isoler, à ne pas participer aux activités... ou tout simplement à ne pas se faire soigner : « certains ont en effet pu remarquer cette spécificité psychique chez la population carcérale pour qui la demande d'aide (psychologique) n'est pas au premier plan ».²³

Enfin, un des gros problèmes du milieu carcéral est le trafic qui s'est développé autour des médicaments distribués par le SMPR. En détention, certains patients ne vont pas prendre leur traitement et le vendre à d'autres personnes détenues. Ce commerce est très lucratif car il se développe parmi une population sensible aux conduites addictives mais aussi en recherche de ressources financières. Les patients reviennent ensuite au service en disant que les infirmiers ont oublié un médicament, ou qu'ils ont perdu ou se sont fait voler les comprimés. Le dilemme se pose alors pour les infirmiers et les psychiatres de redonner ou non le traitement à la personne, d'évaluer sa bonne foi... C'est un aspect du milieu carcéral qui peut réellement poser un problème dans la prise en charge psychiatrique : ne pas donner un traitement perdu peut avoir de graves conséquences pour la personne, tandis que le donner à une personne qui le vend peut être très dangereux pour celle qui l'achète et le prend sans avoir de prescription médicale. L'accès aux soins en est dès lors entaché sans pouvoir y trouver de réelle solution, si ce n'est parfois de changer le mode de distribution des traitements.

²³ « Alexithymie, dépression et incarcération prolongée », Annales médico psychologiques, p. 664-668 – J. MAISONDIEU, C. TARRIEU, J. RAZAFIMAMONJY, M. ARNAULT, 2008.

Le rôle du soignant s'articule ainsi toujours autour du fonctionnement du milieu pénitentiaire. Il est obligé de connaître beaucoup d'aspects du droit pénal et pénitentiaire pour comprendre la situation du patient, l'aider dans certaines démarches, communiquer avec les autres organismes qui le prennent en charge (SPIP, Cimade, UCSA...). C'est aussi le cas pour pouvoir anticiper la fin de la prise en charge psychiatrique et le relais médical à l'extérieur.

Néanmoins, les problématiques des aléas du milieu carcéral peuvent poser plus ou moins de difficultés selon le type d'établissement pénitentiaire dans lequel se trouve le SMPR.

II. L'accès aux soins psychiatriques inégalitaire selon les établissements pénitentiaires

Les différents SMPR de France sont établis à la fois dans des maisons d'arrêts (MA) et dans des établissements pour peine. Aussi, leur organisation va grandement varier d'un établissement pénitentiaire à l'autre, ce qui ne garantit absolument pas l'égalité de l'accès aux soins. L'action des SMPR est souvent limitée au seul établissement pénitentiaire dans lequel ils sont implantés, étant déjà trop surchargés pour accueillir des patients d'autres établissements. De plus, il y a une grande inégalité des moyens psychiatriques donnés à des établissements de même catégorie, sans pour autant être liée aux différents besoins de chacun. Le CGLPL a observé des établissements pénitentiaires où la prise en charge psychiatrique était réduite au minimum, faute d'un nombre de psychiatres suffisant dans l'établissement de santé mentale rattaché à l'établissement pénitentiaire. Aussi, certaines UHSA refusant l'admission de patients en crise et ayant un manque de places dans ses unités au vu des listes d'attente, une prise en charge dans les établissements de proximité doit être mise en place : l'admission est ainsi nécessairement réalisée sur décision du préfet en soins sans consentement, même si le patient était en attente de ces soins et consentant.²⁴ Un contrôle du juge des libertés et de la détention est alors obligatoire pour les hospitalisations sous contrainte.²⁵

²⁴ « Soins sans consentement et droits fondamentaux », CGLPL, 17 juin 2020

²⁵ Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011

Il a néanmoins été constaté que l'accès aux soins dans les MA était bien plus difficile que dans les établissements pour peine, et notamment en centre de détention (CD). L'anticipation y est compliquée voire, selon les moyens alloués, impossible. Certaines MA fonctionnent même sans rendez-vous, avec une liste de patients à la journée pour faire face aux aléas et au nombre démesuré de détenus à rencontrer. D'autres ont bien trop peu de médecins pour assurer les entretiens et rencontrent beaucoup de difficultés à organiser la prise en charge psychiatrique.

La surpopulation et la peur du suicide qu'a l'AP (à raison) compliquent énormément le soin. Les moyens médicaux sont surestimés par l'AP alors qu'ils sont en réalité parfois très faibles selon les établissements. Les réelles urgences sont alors traitées très tardivement de ce fait, avec des listes d'attente inimaginables. Aussi, les équipes sont parfois très nombreuses, ce qui peut amener des tensions que les équipes plus réduites ne ressentent pas (ou moins). La qualité du soin est ainsi compromise.

De plus, il a été jugé que maintenir une personne atteinte d'une lourde maladie mentale dans une maison d'arrêt surpeuplée sans offre de soins suffisante constitue une faute de la part de l'Etat.²⁶

Aussi, l'organisation de l'AP en MA semble moins apte à permettre aux patients, mais surtout aux soignants, de circuler en détention pour aller voir les personnes qui le nécessitent et qui ne peuvent se déplacer pour une quelconque raison. Cela dénote avec la prise en charge constatée en CD qui est beaucoup plus organisée du fait de conditions de détention apaisées. D'ailleurs, de nombreux détenus arrivant de MA au CD témoignent de la différence très positive de prise en charge selon le type d'établissement pénitentiaire.

Ainsi, étant pourtant un enjeu essentiel du parcours d'exécution de la peine du détenu, la prise en charge psychiatrique semble assez aléatoire et inégale en fonction des types d'établissement pénitentiaire, voire même en fonction d'établissement du même type. Cela dépend des moyens fournis au SMPR et des conditions de détention. En effet, des conditions améliorées permettent un meilleur accès aux soins des patients.

²⁶ CAA de Douai, 7 janvier 2013, req. n°12DA01478

Section 2 : Des améliorations dans l'accès aux soins psychiatriques grâce aux bonnes conditions de détention

Le point le plus parlant pour constater la facilitation de l'accès aux soins grâce à l'amélioration des conditions de détention est l'absence de surpopulation carcérale (I). En découle également une patientèle plus apte au suivi psychiatrique (II).

I. L'accès aux soins facilité par l'absence de surpopulation carcérale

La surpopulation carcérale systémique des maisons d'arrêt est un réel frein à l'accès aux soins. Elle est source de multiples tensions, pour les détenus comme pour les personnels de l'AP. L'organisation y est d'autant plus compliquée pour l'AP, qui doit gérer des détenus sous tension permanente avec des problématiques matérielles qui compliquent la détention et, par conséquent, l'accès aux soins. Cela multiplie les possibilités de signalements remontés de l'AP vers le SMPR, puisque le nombre de patients éventuels est parfois doublé : les chiffres officiels du Ministère de la Justice montrent en juillet 2022 une densité carcérale moyenne dans les maisons d'arrêt de 140,7%. Elle est supérieure à 150% pour cinquante-trois prisons ; supérieure à 200% pour cinq établissements. Le service de soins est encombré par les demandes de rendez-vous de toutes parts, ce qui nuit aux patients réellement en attente d'une prise en charge psychiatrique.

Or, sans cette contrainte, l'accès aux soins est bien meilleur. En découle notamment le fait que les soignants peuvent même anticiper certains besoins que le patient pourrait avoir au cours de son suivi. Par exemple, la personne détenue qui va être hospitalisée doit se voir proposer de désigner une personne de confiance, « qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin »²⁷. Ce choix est obligatoire en cas d'hospitalisation, mais les soignants peuvent l'anticiper en demandant au patient de désigner sa personne de confiance dès son arrivée dans l'établissement pénitentiaire lors de l'entretien arrivant. Cela est permis par l'organisation des soignants certes, mais aussi par l'absence de surpopulation carcérale qui fait que chaque détenu puisse être pris en charge de façon préventive sans pour autant encombrer les services de soins psychiatriques.

²⁷ Article L.1111-6 CSP

Par exemple, dans un rapport du 13 juillet 2022 sur le centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan²⁸, la CGLPL constate que « chaque jour, ce sont dix à quinze patients programmés en consultation à l'unité sanitaire qui ne s'y présentent pas et de nombreux rendez-vous sont reportés ». « La gravité de situations cliniques jugées urgentes par le personnel de l'unité sanitaire a ainsi pu être minimisée, et des extractions médicales retardées ou annulées d'autorité. » Il s'agit d'une « ingérence inacceptable ». Si cela traite des conditions de prise en charge sanitaire, la prise en charge psychiatrique suit exactement le même modèle.

La surpopulation accroît aussi les troubles, et particulièrement les troubles du sommeil qui représentent un nombre important des cas traités par les SMPR. Promiscuité, chaleur, absence d'intimité, agressions... sont autant de facteurs aggravants, voire à l'origine des troubles psychiatriques. Les détenus sont inquiets, sur le qui-vive, ont peur des agressions voire de la mort et ne supportent plus les autres. Par exemple, dans un établissement surpeuplé et mal isolé, des heurts éclatent régulièrement durant l'été du fait de conditions de détention inhumaines et de chaleurs insupportables en cellule.

Or, en établissement pour peine, la surpopulation n'est pas tolérée. Tous ces facteurs qui durcissent les conditions de détention et n'améliorent pas les troubles psychiatriques sont amoindris en CD. Certains persistent néanmoins, mais sont plus facilement pris en charge par le service au vu de l'absence du reste des difficultés liées à la surpopulation en MA.

Ainsi, même si les troubles psychiatriques ne disparaissent évidemment pas avec le changement d'établissement pénitentiaire, on peut imaginer que la patientèle et la vie en détention en CD sont plus apaisées.

II. L'accès aux soins facilité par une vie en détention apaisée

Le constat effectué en MA au sujet des patients détenus est le suivant : les personnes semblent très tracassées par les procédures en cours (rappelons que la MA regroupe notamment des prévenus en attente de jugement). Elles ressassent beaucoup les faits à

²⁸ « Recommandations en urgence relatives au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan (Gironde) », CGLPL, 13 juillet 2022

l'origine de leur détention. Il peut alors y avoir plusieurs causes de consultations : cauchemars, pensées envahissantes, angoisses...

Cette situation multiplie le nombre de personnes nécessitant un suivi, mais l'organisation de la prise en charge psychiatrique est déjà troublée et surmenée. Ajoutons que les équipes des SMPR sont souvent constituées pour le nombre théorique de détenus, et non pour leur nombre effectif ; et ce malgré les chiffres cités précédemment.

Une fois en établissement pour peine, les patients arrivant au SMPR paraissent plus apaisés, rassurés d'être dans de meilleures conditions de détention. Les traitements sont parfois déjà bien établis, le suivi peut déjà être habituel, ce qui fait que la prise en charge est facilitée. C'est donc le travail souvent difficilement effectué précédemment qui permet en partie cela.

Mais ceci est aussi dû au fait que l'amélioration des conditions de détention permet d'apaiser certains troubles (notamment l'anxiété ou le sommeil) et de baisser les dosages des traitements : plus d'activités, de possibilités de travail, de sorties, plus de libertés dans certains régimes « portes ouvertes », moins de tensions et de promiscuité, de meilleures relations avec l'AP...

Il y a évidemment des différences entre les établissements, mais c'est en général la somme de meilleures conditions de détention et d'une organisation plus stable des professionnels qui va permettre un meilleur accès aux soins.

Ainsi, si le milieu carcéral peut parfois être un obstacle pour le soin, il n'en est pas la seule variable. En effet, nous avons déjà évoqué le fait que l'accès aux soins psychiatriques est complètement dépendant de l'organisation des professionnels.

Chapitre 2 : l'accès aux soins psychiatriques dépendant de l'organisation des personnels

La fluidité de l'accès aux soins, c'est-à-dire le bon déroulement de la prise en charge psychiatrique, est garantie par les différents professionnels concernés (section 1), mais également par une bonne communication entre eux (section 2).

Section 1 : La fluidité de l'accès aux soins garantie par les personnels

Chaque corps de métier intervenant dans la gestion de la prise en charge psychiatrique des personnes écrouées joue un rôle primordial dans la fluidité de l'accès aux soins, avec d'un côté les soignants (I), d'un autre côté les personnels pénitentiaires (II), chacun ayant un rôle d'égale importance.

I. La fluidité de l'accès aux soins garantie par les personnels soignants

En terme de fluidité de l'accès aux soins (et non du soin en lui-même), les personnels soignants assurent un rôle de garants par différents aspects organisationnels.

D'abord, les listes de rendez-vous données en avance aux personnels de l'AP leur permettent de s'organiser pour appeler les patients et respecter les heures de rendez-vous²⁹. L'anticipation est ici la clé pour éviter les retards auprès de patients qui les tolèrent souvent mal (anxiété, paranoïa, irritations...). Cela est différent avec un fonctionnement sans rendez-vous puisque les patients semblent patienter plus facilement sans horaires précis fixés. De plus, des listes sont établies à l'avance, seulement sur la demi-journée, ce qui laisse également la possibilité aux surveillants de s'organiser. La transmission de ces listes est un élément essentiel de la fluidité de l'accès aux soins.

Aussi, des réunions d'équipe (« staff ») sont organisées tous les jours en fin de matinée. Elles regroupent tous les personnels soignants présents (infirmiers, psychologues, psychiatres, ergothérapeutes, psychomotriciens...). Elles consistent à faire un point sur les évènements de la journée précédente et de la matinée. Ainsi, chaque praticien en contact avec les patients se trouve plus apte à les recevoir en cas de besoin, avec toutes les informations qu'il aurait pu manquer. De même, ceux qui opèrent sur plusieurs structures à mi-temps peuvent se tenir au courant des évènements qui ont eu lieu en leur absence. Cela contribue à la fluidité de l'accès aux soins, notamment pour les infirmiers qui sont en première ligne pour recevoir les patients et qui les suivent quotidiennement avec la distribution des traitements. Ces réunions permettent aussi de prévoir l'organisation du service, par exemple pendant l'été où il est possible d'être en

²⁹ Cf. annexes n°2 et n°3

sous-effectif et où il sera parfois nécessaire de demander du soutien d'un SMPR ou d'un hôpital psychiatrique proche.

Enfin, participe à la fluidité de l'accès aux soins la mise en place de la fin du suivi et du relais de soins. La sortie est une période très angoissante pour certains détenus, et le taux de suicide chez les sortants dans les six mois suivant la libération est identique à celui relevé en détention.

Le médecin se met alors en contact avec les organismes de prise en charge à l'extérieur (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie [CSAPA], centres médico-psychologiques [CMP]...) pour permettre la continuité des soins effectués en détention. L'Observatoire International des Prisons (OIP) relève que « les premières semaines qui suivent la sortie de détention représentent une période charnière. Elles le sont d'autant plus pour les personnes faisant l'objet d'une prise en charge psychiatrique pendant leur incarcération. Le relais du suivi médical entre la prison et l'extérieur est ainsi essentiel pour éviter les risques de suicide, d'overdose ou de récidive, accrus par les difficultés financières, matérielles ou sociales auxquelles les sortants sont confrontés. S'il existe en détention des consultations "sortants" pour préparer la personne détenue et faciliter la transmission du dossier médical à un médecin à l'extérieur, le dispositif est, dans les faits, rendu inopérant par la surpopulation carcérale, la grande précarité des personnes libérées et les difficultés du secteur de la psychiatrie publique. La fin de la détention rime donc bien souvent avec rupture de soins »³⁰. Pourtant, les équipes soignantes portent un grand intérêt à trouver une structure d'accueil ou de soutien pour la continuité des soins psychiatriques. Tout est mis en place pour tenter d'aménager la sortie de la personne dans une structure adaptée, ou pour lui trouver un psychiatre ou un autre soignant capable de poursuivre le soin entamé en détention.

Cet accès aux soins garanti par les soignants de multiples façons est conforté par la gestion du fonctionnement du service du point de vue de l'AP.

³⁰ « Soins : des psys font le lien à la sortie » OIP, 20 août 2021

II. La fluidité de l'accès aux soins garantie par les personnels pénitentiaires

Au sein du service, les surveillants jouent un rôle essentiel dans l'accès aux soins. D'abord, ils reçoivent les demandes de rendez-vous des soignants afin d'assurer la venue des patients au service. Pour donner un ordre d'idée de la charge de travail des surveillants, il faut savoir que les rendez-vous à gérer peuvent parfois aller de 50 à 70 par jour dans le CD visité.

Lorsque ces surveillants sont habitués au fonctionnement du SMPR, ils garantissent, en plus de la sécurité, la fluidité de l'accès aux soins.

Il est obligatoire qu'au moins un personnel de l'AP soit présent dans le service en présence des détenus, mais l'organisation est plus simple s'ils sont deux. De manière générale, deux surveillants sont attirés au SMPR. Ils sont habitués au fonctionnement et gèrent la circulation des détenus d'une façon qui garantit au mieux un accès aux soins simplifié et sécurisé. De plus, cela permet d'établir une bonne relation avec les soignants, ce qui améliore la communication. Mais ces surveillants peuvent parfois être réquisitionnés ailleurs ; si l'un n'est pas remplacé, alors l'autre doit tout gérer seul, ce qui complique beaucoup son travail. Un nouveau surveillant peut être appelé pour l'aider.

Lorsque ce surveillant n'est pas habitué, la fluidité peut être perturbée, notamment pour les fonctionnements sans rendez-vous en MA, où le surveillant attend la fin d'un rendez-vous pour appeler le patient suivant alors qu'une liste est donnée pour la demi-journée. Cela peut cependant très bien se passer avec un surveillant d'autant plus attentif à son travail du fait du manque d'habitude. C'est aussi le cas lorsque les soignants se déplacent et que ce sont les personnels de secteur qui assurent l'accès aux soins : si le quartier est calme et restreint (par exemple au quartier femme) les patients sont amenés rapidement et les relations sont bonnes ; si le quartier est plus agité, le surveillant peut avoir beaucoup de choses à gérer (fouilles, transferts...) et garantir un accès aux soins fluide est plus difficile.

Bien qu'assez spécifique, il s'agit selon eux d'un « travail de surveillant classique », sans formation supplémentaire. Il y a pourtant un certain *turn-over* sur ces postes. Certains surveillants estiment qu'il est difficile de travailler avec des détenus souffrant de troubles psychiatriques, et ce malgré des conditions de travail assouplies : des horaires plus stables que dans le reste de la détention, avec les nuits et les week-ends libres. Ceci est lié au fait que les personnels pénitentiaires ne sont plus formés pour interagir avec ce type de

population, eu égard à l'insertion d'intervenants spécialisés. Ils peuvent préférer éviter ce type de détenus, ce qui renforce l'isolement des patients et les tensions entre l'AP et les soignants ou entre l'AP et les détenus.

De plus, les motifs de consultations des surveillants pénitentiaires auprès de la psychologue du travail sont souvent dus à l'épuisement des personnels, lié aux agressions fréquentes, au non-respect, et au sentiment d'inutilité face à des détenus qui reviennent souvent ou qui sortent sans pour autant être réinsérés. Cela est constaté dans le secteur psychiatrique de la prison par les surveillants qui connaissent bien les patients, sont habitués à eux, et sont désolés de voir toujours les mêmes personnes venir pour les mêmes traitements et finir par sortir sans amélioration. Le métier de surveillant est déjà difficile, mais il semble qu'ajouter une dimension psychiatrique à cela puisse décourager certains, d'où une certaine rotation du personnel.³¹

Au regard de l'importance du rôle de l'AP dans la gestion de l'accès aux soins psychiatriques, il semble essentiel qu'une bonne communication soit mise en place entre les professionnels. A défaut, chaque professionnel ne connaît que son domaine et garde des œillères sur les milieux l'entourant. « Cette méconnaissance mutuelle s'accompagne le plus souvent d'un travail parcellisé, chacun, personnel pénitentiaire comme intervenant, envisageant sa relation avec le détenu du point de vue de sa seule discipline. Ce manque de transversalité est préjudiciable à la mission de réinsertion »³². Sans communication, la collaboration est ralentie voire mise à mal.

Section 2 : La fluidité de l'accès aux soins garantie par la communication entre les professionnels

Afin de permettre que la prise en charge psychiatrique se déroule au mieux en détention, les personnels pénitentiaires et soignants doivent pouvoir communiquer régulièrement. Chacun possède des informations pouvant aider l'autre dans sa participation à l'accès aux soins.

³¹ Constatations tirées de « Santé en milieu carcéral », ALVES Philippe, AMMANE Hany, COURT Stéphane, DOS SANTOS ANGEL Etienne Léonard – Stage à Genève – Juillet 2006

³² « La sécurité des établissements pénitentiaires et des personnels », Jean-Marc CHAUVET, 1^{er} octobre 2015

Les soignants ont besoin des informations de l'AP sur leur patient pour garantir la prise en charge médicale (I), tandis que l'AP doit être informée du fonctionnement du SMPR et de ses spécificités médicales pour en garantir l'effectivité (II).

I. La nécessité médicale d'informer les soignants

Outre le fait que les soignants sont obligés de connaître le fonctionnement du milieu carcéral pour comprendre ses spécificités et la situation des patients, des éléments précis doivent être portés à leur connaissance pour garantir l'accès aux soins, voire le soin en lui-même.

En premier lieu, les soignants ont parfois besoin d'avoir accès au parcours pénal du patient, d'une part pour comprendre ce qu'il explique en entretien, d'autre part pour pouvoir diagnostiquer et adapter le suivi ou le traitement. Il est évident qu'un auteur de violences sexuelles ne sera pas suivi de la même façon qu'une personne consommatrice de toxiques. Ceci participe à l'individualisation de la prise en charge.

Cependant, pour que celle-ci soit possible, les soignants ont la nécessité d'avoir des informations sur l'incarcération même du patient détenu. Ils ont besoin de connaître l'évolution de l'incarcération, certains aspects de sa « vie carcérale » (régime de détention, identité du conseiller de probation, du psychiatre de la maison d'arrêt, comptes rendus d'incidents...). Les contacts avec l'AP et le SPIP doivent être réguliers. C'est ainsi que, selon l'organisation définie, l'AP peut communiquer chaque matin sur les patients placés au QD, en confinement disciplinaire ou au QI afin que les soignants organisent la distribution des médicaments, le maintien ou l'ajout éventuel d'un entretien, ou donnent leur avis sur le placement.

Il est aussi essentiel que les soignants soient prévenus des transferts des patients, des aménagements de peine ou des libérations (principalement en CD). Il faut pouvoir anticiper la continuité du suivi à l'extérieur, éventuellement la prise en charge dans un organisme spécialisé, la prescription d'ordonnances pour la sortie avant le rendez-vous avec un psychiatre à l'extérieur...

Par exemple, deux centres hospitaliers en France³³ ont mis en place une équipe mobile transitionnelle (EMOT) qui accompagne les patients du SMPR libérés, avec un suivi pluridisciplinaire basé sur le projet de sortie de la personne.

« L'équipe se déplace à la rencontre des patients pendant les six mois suivant leur libération, afin d'assurer le relais des soins psychiatriques et leur prise en charge dans les structures médicosociales de droit commun ». ³⁴ La sortie étant une source d'angoisses pour certains détenus, un accompagnement vers ses nouveaux projets est très bénéfique pour le patient. D'ailleurs, les résultats observés pour les patients suivis par les EMOT sont très encourageants : « Nous ne déplorons aucun suicide ou overdose, détaille Tatiana Scouflaire³⁵. Et même quand la prise en charge s'arrête avant l'heure, on a pu avancer sur la situation de certains patients. »

Mais pour cela, l'anticipation doit être possible, et elle dépend en grande partie de l'AP (en dehors du cas où le patient prévient lui-même les soignants de sa sortie car elle est prévisible bien à l'avance).

C'est une obligation de l'AP que d'avertir les soignants de ces mesures, prévue par les Règles Pénitentiaires Européennes et la circulaire interministérielle du 21 juin 2012³⁶. Il arrive pourtant trop souvent que le SMPR soit prévenu à quelques jours de la sortie du patient, ce qui précipite voire parfois empêche la fin du suivi si la personne part le jour-même.

Pour que l'accès aux soins soit fluide entre les établissements pénitentiaires ou d'un établissement vers l'extérieur, l'AP doit communiquer au mieux avec le SMPR. Mais pour échanger sur ses besoins spécifiques, le SMPR doit faire connaître ses problématiques à l'administration pénitentiaire. Ceci est un prérequis pour garantir le bon fonctionnement du service de son côté.

³³ Centre Hospitalier Gérard Marchant de Toulouse et Centre Hospitalier de Lille

³⁴ « Soins : des pys font le lien à la sortie » OIP, 20 août 2021

³⁵ Psychiatre au CHU de Lille, cofondatrice de l'EMOT avec son confrère Thomas FOVET ; propos extraits de « Soins : des pys font le lien à la sortie » OIP, 20 août 2021

³⁶ Cf. Annexe n°1 : circulaire interministérielle N°DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ/2012/94 du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) prévue par l'article D90 du code de procédure pénale ou à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire prévue par l'article D514 du même code et au partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse.

II. La nécessité d'informer l'administration pénitentiaire sur les spécificités médicales

Toujours dans la problématique de garantir le fluide accès aux soins, l'équipe soignante se voit dans l'obligation d'échanger avec l'AP sur ses missions. Il semble par exemple essentiel de communiquer sur le secret médical afin d'éviter les tensions, sur l'intimité des soins qui ont lieu en détention (par exemple sur les entretiens au QD)... Tout en employant un vocabulaire adapté, exempt de termes médicaux qui ne peuvent être compris de tous.

Néanmoins, le point principal sur lequel il est nécessaire d'échanger (sans parler des échanges sur les patients eux-mêmes qui seront traités dans la problématique du secret médical) reste la clarification des moyens à disposition, souvent surestimés par l'AP, notamment en MA. En effet, le nombre exorbitant de signalements de l'AP en MA pour des doutes sur la santé mentale des détenus montre la nécessité absolue d'informer l'AP des moyens limités du SMPR pour recevoir ces personnes, au vu des urgences réelles. Cela montre aussi la nécessité d'alerter sur la façon dont les signalements souvent trop vagues (par exemple, « semble anxieux ») doivent se faire ; d'autant plus que les autres signalements du juge, du SPIP, de l'avocat... s'y ajoutent. Les soignants peuvent aussi faire remonter lors de ces réunions les conséquences de la surpopulation carcérale sur leur travail.

C'est dans ce contexte que les SMPR de maisons d'arrêt mettent en place des solutions. Par exemple, un tri a été mis en place par des soignants entre les signalements « inutiles », « discutables » et « pertinents ». Sur 68, seuls 25 étaient pertinents. Ceci permet de faire remonter à l'AP les signalements qui leur sont inutiles et de se mettre d'accord entre soignants sur les signalements urgents à traiter. Ce travail peut se faire en amont afin de mettre de côté les signalements inutiles sans recevoir les personnes détenues, mais aussi en aval pour les faire remonter à l'administration.

Pour donner un autre exemple, il a été mis en place au sein du SMPR un médecin de régulation des signalements reçu, et l'ajout d'un infirmier de régulation est envisagé pour permettre de trier encore plus les signalements pertinents des autres signalements.

Bien sûr, il est normal que l'AP qui n'a pas de formation en psychiatrie s'inquiète et soit débordée, mais la sollicitation excessive du SMPR est nuisible au soin ; sachant que s'ajoutent aux signalements écrits, non seulement les demandes des détenus eux-mêmes,

mais aussi des signalements oraux aux détours des couloirs de la MA. En réponse à cela, il a pu être décidé au cours de certaines réunions administratives entre AP et soignants que la transmission des signalements ne pourra se faire que par mails et non par papier ou par oral, pour simplifier l'organisation de tous.

Il va donc être primordial d'échanger avec l'administration lors des rencontres officielles avec le service médico-psychologique régional. Ceci sera fait à l'occasion de diverses réunions : commissions de santé, rapports hebdomadaires des services, commission pluridisciplinaire unique (CPU)...

La commission de santé est une réunion qui peut avoir lieu par exemple toutes les six à huit semaines et qui réunit le chef d'établissement, le directeur du SPIP et les responsables du SMPR et de l'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP) pour un point global sur tout le fonctionnement du soin dans l'établissement pénitentiaire. Les sujets sont uniquement centrés sur la santé des détenus et l'organisation des soins : l'actualité de l'USMP et du SMPR, les problématiques organisationnelles liées au soin, la promotion de la santé, la prévention, plus rarement la situation particulière de certains détenus malades...

Le rapport hebdomadaire des services est quant à lui une réunion importante qui regroupe le chef d'établissement, les chefs de bâtiments et de détention, les responsables du travail, de l'école... et des représentants du SMPR, de l'UHSI et de l'UHSA. Un point y est fait sur les évènements ayant eu lieu en détention dans la semaine, et chaque personne a un temps de parole. C'est un point plus bref sur le secteur de la santé en détention.

Ce sont des temps d'échanges entre l'AP et les soignants de chaque service qui sont organisés par l'administration pénitentiaire.

La CPU, dont le fonctionnement est prévu par une circulaire du 18 juin 2012³⁷, est organisée deux fois par mois dans chaque établissement pénitentiaire. C'est « une commission administrative à caractère consultatif présidée par le chef d'établissement »³⁸. Elle a pour but d'examiner la recevabilité des personnes détenues au travail, aux activités ; d'examiner le parcours d'exécution des peines ; d'identifier les

³⁷ Circulaire du 18 juin 2012 relative aux modalités de fonctionnement de la commission pluridisciplinaire unique NOR : JUSK1140048C

³⁸ Ibid.

détenus aux ressources insuffisantes nécessitant une aide ; mais surtout, elle examine la dangerosité et la vulnérabilité des arrivants et des personnes détenues, questionne sur la prévention du suicide, et considère la situation des détenus sur le point de faire l'objet d'un changement de régime de détention.

Dans ces circonstances, les soignants du SMPR sont sollicités. Ils doivent d'ailleurs faire le point avant chaque CPU sur les personnes placées en régime de surveillance renforcée et sur la nécessité de maintenir ou non cette surveillance. Une liste de noms est donnée par l'AP au SMPR, et celui-ci doit indiquer pour chaque nom si la surveillance doit être conservée. Bien qu'il ne dise pas pourquoi la surveillance est nécessaire vis-à-vis du secret médical, il est en général supposé que c'est par crainte du risque suicidaire. Il faut néanmoins préciser que les personnes sur cette liste peuvent être les personnes vulnérables (âge, maladie), les personnes arrivant de maison d'arrêt ou d'un autre établissement, du QD ou de l'UHSA, et les personnes à risques suicidaires. Les soignants ne se prononcent en général que sur ces dernières, car ils ne sont pas les seuls à pouvoir placer une personne sous surveillance renforcée. Ils peuvent donc donner plusieurs réponses pour chaque nom : avis de maintien de la mesure, avis de non maintien de la mesure, ou ne pas se prononcer s'ils ne connaissent pas le détenu.

Cependant, la circulaire prévoit que le représentant du SMPR n'est pas obligé d'assister à la CPU, faisant partie du troisième groupe des membres de la commission qui sont seulement « susceptibles d'être convoqués » en fonction de l'ordre du jour de la réunion. C'est au chef de l'établissement pénitentiaire d'établir la liste des membres de la commission.

C'est à l'occasion de ces échanges que pourront être abordées les problématiques rencontrées par les équipes soignantes. L'accès aux soins dépend de ces échanges pour éviter au maximum d'être encombré par des signalements inutiles dans des services souvent très surchargés, avec des semaines voire des mois d'attente pour un entretien avec certains professionnels de santé mentale.

L'accès aux soins psychiatriques est une problématique constante de la rencontre entre milieu carcéral et milieu médical. Il est même l'origine de cette rencontre puisque chaque professionnel concerné travaille en partie dans ce but : l'objectif d'un accès aux soins sécurisé pour tous pour l'AP, et d'un accès aux soins ordonné et efficace pour les soignants.

La collaboration de ces professionnels s'articule principalement autour du soin psychiatrique et de l'accès à ce soin, mais d'autres problématiques pourront naître de ce cadre de travail mêlant Justice et Santé.

Partie 2 : les problématiques variées des personnels dans un cadre de travail mêlant Justice et Santé

Les difficultés naissant de la rencontre des milieux carcéral et médical sont différentes selon les professionnels et pourtant, ils sont tous concernés. Leurs différents buts peuvent faire émerger certaines problématiques, du fait que les équipes soignantes ont une obligation de moyens sur la santé de leur patient tandis que l'AP a une obligation de résultat sur la sécurité des personnes et des biens. Chaque secteur s'immisce alors dans le domaine de l'autre, pouvant tourmenter son organisation. Ainsi, les problématiques identifiées dépendent de la sécurité des personnels soignants partiellement dépendante de l'AP (chapitre 1), et de la naissance possible de divergences entre les personnels médicaux et pénitentiaires (chapitre 2).

Chapitre 1 : la sécurité des personnels soignants partiellement dépendante de l'administration pénitentiaire

La sécurité des personnels en SMPR est une problématique partagée par tous les professionnels du service. Elle fait naître un paradoxe intéressant puisque pourtant essentiellement dépendante de l'AP (section 1), elle est pourtant parfois mise à mal par cette même administration (section 2).

Section 1 : Une sécurité essentiellement garantie par l'administration pénitentiaire

Les patients détenus suivis par le SMPR ne sont pas nécessairement plus dangereux que le reste de la population détenue, mais une vigilance particulière doit être mise. Des garanties sécuritaires sont mises en place par l'AP comme l'un des enjeux principaux du milieu carcéral, dont profite le SMPR (I). Mais des sécurités spécifiques sont instaurées par les personnels eux-mêmes, soignants comme pénitentiaires (II).

I. Des garanties sécuritaires propres au milieu carcéral

Il est bien connu que le milieu carcéral est un milieu très sécuritaire. Déjà, pour accéder au SMPR de l'extérieur, il faut réunir toutes les conditions pour entrer en prison : obtenir les autorisations, fournir une copie d'un justificatif d'identité valide, passer les portiques de sécurité à ondes millimétriques...

Il faut également franchir plusieurs portes sécurisées et se munir d'une alarme portative individuelle (« API »). C'est une alarme portative qui envoie un signal à l'AP si elle se trouve en position horizontale pendant un certain temps. Elle émet alors un son pendant plusieurs dizaines de secondes pour prévenir la personne de redresser le boîtier dans le cas où elle n'est pas en danger. Tous les intervenants peuvent en demander une dès leur entrée dans l'établissement.

Des sécurités plus spécifiques sont mises en place dans certains SMPR. C'est notamment l'installation d'un portique de sécurité à l'entrée du service, sous lequel les détenus doivent passer en arrivant. Ils déposent leurs affaires avant de passer dessous afin que le contenu puisse être vérifié. Ce portique est situé devant le bureau des surveillants, lui-même souvent placé à l'entrée du service. Cela leur permet de garder un œil sur les personnes qui entrent, l'état dans lequel elles sont, et d'évaluer rapidement un danger potentiel. Les surveillants habituels connaissent souvent bien les personnes détenues et peuvent donc remarquer des changements de comportements. C'est une présence rassurante pour les soignants. Les surveillants assurent aussi la sécurité en détention en accompagnant toujours les soignants lors de leurs déplacements, en restant proches et prêts à intervenir, et en fouillant les patients avant l'entretien (notamment au QD).

Enfin, les surveillants sont aidés de caméras situées par exemple devant la porte à l'extérieur du service et dans le couloir principal du service, ce qui leur permet une vue d'ensemble du SMPR.

Mais comme la sécurité peut toujours être améliorée, des garanties sécuritaires sont aussi mises en place par les professionnels du service eux-mêmes.

II. Des garanties sécuritaires mises en place par les personnels eux-mêmes

Il arrive que les professionnels aient l'impression que toutes ces sécurités ne suffisent pas et cherchent des solutions eux-mêmes. Il est vrai qu'une fois en entretien, la porte fermée, la sécurité peut sembler plus faible.

Se pose néanmoins avant toute chose la question du sentiment de sécurité que peuvent ressentir les soignants à évoluer dans un milieu peuplé de délinquants et de criminels.

Si certaines études disent que, au sujet d'un criminel incarcéré pour homicides précédés d'actes de torture et de barbarie, les « soignants qui ne le connaissent pas en parlent dans des termes psychopathologiques « stigmatisant », ils ne s'intéressent pas à la vie de la personne mais à ses gestes sordides. C'est plus facile pour les soignants puisqu'en assimilant la personne et le crime, ils nient son altérité en creusant un fossé incompressible entre le soi et l'autre [...]. La fascination creuserait l'écart nécessaire à la reprise du travail thérapeutique ». ³⁹

La différenciation avec autrui est un sujet qui a été étudié à maintes reprises : « Comment des soignants qui n'ont jamais eu d'expérience avec la population pénale peuvent-ils élaborer le soin de personnes dont les caractéristiques psychopathologiques sont justement connues pour engluer les professionnels dans des relations de « rejet / fascination » ? » ⁴⁰ ; ou encore « Face à cet intime qui nous ressemble trop ou qui, au contraire, heurte nos modes de penser et d'agir, comment nous prémunir de la tentation de juger ? Comment s'assurer de la continuité d'un regard et d'une écoute bienveillants qui, seuls, garantissent le respect des personnes et de leur dignité ? » ⁴¹. La réponse réside dans le fait que les soignants en SMPR sont justement habitués à traiter ce genre de public, et ne connaissent donc pas (ou plus) ce besoin de nier l'altérité du patient détenu pour s'en dissocier.

Effectivement, les professionnels soignants rencontrés en SMPR ne sont pas représentatifs de ces constats. Le détenu est un patient qu'ils doivent soigner au mieux, et son parcours pénal n'est qu'un élément nécessaire pour orienter la prise en charge et non

³⁹ Les mobilisations défensives dans la psychothérapie du patient criminel : de la sidération à la fascination, Elise PELLADEAU, Bulletin de psychologie Paris (2020)

⁴⁰ L'unité hospitalière sécurisée interrégionale (uhsi) de toulouse : Fonctionnement général, vécu de l'hospitalisation et collaborations professionnelles - Hélène BAZEX

⁴¹ V.S.T. n°108, 2010, *Contenir ou enfermer ?*

pour stigmatiser la personne ou l'assimiler à son crime. Il n'y a pas pour autant de fascination. Même si l'empathie envers certains patients n'est pas toujours évidente, les ressentis personnels sont mis de côté pour pouvoir traiter la personne, et non le détenu ou le criminel.

C'est par cette façon de penser que le sentiment de sécurité est plus présent chez le personnel soignant, qui n'a pas de craintes d'être seul dans une pièce avec un patient détenu. La peur peut évidemment parfois se manifester, et la présence des surveillants est alors rassurante, mais le bon déroulement du soin psychiatrique semble très lié à la vision qu'a le corps médical du patient. Peut-être cela découle-t-il du milieu psychiatrique qui traite des personnes potentiellement dangereuses sans pour autant être criminelles. Il existe en effet une dangerosité psychiatrique, définie comme « un risque de passage à l'acte principalement lié à un trouble mental, et notamment au mécanisme et à la thématique de l'activité délirante ».⁴²

En ce qui concerne la sécurité effective, certains mécanismes sont mis en place par les professionnels.

Avant l'entretien, il est possible que les soignants demandent à l'AP de surveiller particulièrement un patient qui arrive au service, voire de lui en interdire l'accès libre sans rendez-vous. La personne devra alors être escortée de sa cellule jusqu'au service après que les surveillants d'étage auront demandé aux surveillants du SMPR s'ils pouvaient faire venir le détenu.

Il est aussi possible de mettre en place un filtrage par les infirmiers, qui peuvent voir les patients avant tous les autres soignants, notamment du fait qu'ils les connaissent plus ou moins tous et savent détecter un comportement anormal ou dangereux.

Aussi, les soignants peuvent demander à l'AP d'escorter un patient jusqu'au bureau de l'entretien et de rester devant la porte. De même, les surveillants attitrés au SMPR font parfois des rondes devant les bureaux.

De plus, les soignants s'organisent entre eux pour recevoir à plusieurs les patients dangereux ou ceux qui posent problèmes. Les entretiens qui sont normalement faits par un seul soignant sont remplacés par des rendez-vous médico-infirmiers. Le patient est

⁴² Commission Santé Justice, 2005

tenu au courant que la prise en charge sera duale, et les soignants peuvent l'informer de leurs craintes du fait d'éventuels précédents passages à l'acte hétéro-agressifs.

Pendant les consultations, l'indépendance des soignants vis-à-vis du système judiciaire et de l'AP est rappelée, notamment à chaque arrivant lors du dépistage effectué systématiquement par les soignants. Cela permet de créer un meilleur lien de confiance avec les patients, qui savent que l'AP ne sera pas mise au courant de leurs confessions. C'est essentiel pour une bonne prise en charge, notamment des addictions, car le patient sait qu'il peut admettre posséder des toxiques en détention sans encourir une sanction disciplinaire. Il en va de même avec les téléphones ou toute autre chose illégale en prison. La relation de confiance avec les détenus garantit dans un certain sens la sécurité des personnels tant que ce lien n'est pas rompu.

Enfin, les surveillants peuvent faire remonter à l'AP des demandes spécifiques pour une meilleure sécurité des professionnels mais aussi des patients détenus. Par exemple, un surveillant peut faire remonter la nécessité d'une salle d'attente spécifique pour les personnes isolées qui ne doivent pas croiser d'autres détenus. Ces demandes peuvent parfois prendre des années à être entendues, principalement par manque de moyens, alors qu'essentielles et pertinentes.

Cependant, il est évident que lorsque deux milieux si spécifiques se rencontrent, certains éléments peuvent venir mettre à mal la sécurité.

Section 2 : Une sécurité parfois mise à mal par le milieu carcéral

Du fait des particularités de la psychiatrie, il peut arriver que l'administration pénitentiaire, par sa méconnaissance du domaine (I) et des dysfonctionnements qui en résultent (II), mette à mal la sécurité entendue au sens large : celle des professionnels, mais aussi des personnes détenues qui sont susceptibles de passages à l'acte hétéro et auto-agressifs.

I. La sécurité mise à mal par la méconnaissance du milieu psychiatrique par l'administration pénitentiaire

L'AP n'est pas plus spécialisée dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques que la population générale. Malgré le manque de formation, les surveillants habitués attitrés au SMPR comprennent certains mécanismes de cette population particulière. Mais beaucoup de professionnels non-habitués peuvent avoir des propos qui ne sont pas adaptés à cette partie de la population pénale, ce qui peut se répercuter sur la relation soignants-patients et compromettre la sécurité. « Des discours différents, voire contradictoires, peuvent entraîner des incompréhensions, des manipulations de la part de la population pénale, sources de conflits éventuels ou de violences. L'ensemble rendant plus précaire la sécurité des détentions et de ceux qui y travaillent ». ⁴³ Par exemple, un surveillant ou un CPIP peuvent laisser entendre à un patient détenu qu'il n'a pas obtenu ce qu'il désirait à cause d'un refus du psychiatre (exemple : un transfert tant attendu à l'UHSA).

Il y a alors un danger pour les équipes du SMPR qui se retrouvent fautives aux yeux d'un patient potentiellement dangereux, avec lequel la confiance est rompue. Cela entraîne également un danger pour le patient lui-même car le soin peut en être entaché. Il y a alors un patient sous tension, qui doit être géré par l'AP et par les soignants. Le service dans sa totalité, surveillants comme soignants, est en première ligne pour subir et rectifier les ignorances de l'AP.

Cette méconnaissance peut entraîner certains dysfonctionnements dans la gestion de l'accès aux soins.

II. La sécurité mise à mal par des dysfonctionnements de l'administration pénitentiaire

Certains dysfonctionnements ont été rapportés par les équipes soignantes consultées. Il s'agit cependant de dysfonctionnements anecdotiques, qui représentent des erreurs humaines souvent liées à la méconnaissance du milieu psychiatrique, et non des

⁴³ « La sécurité des établissements pénitentiaires et des personnels », Jean-Marc CHAUVET, 1^{er} octobre 2015

dysfonctionnements généraux de l'AP. Ils témoignent néanmoins de la difficulté pour les deux milieux de coexister et de se comprendre.

Il arrive par exemple que l'AP puisse amener dans le service des patients violents, qui sont dans l'optique de tout casser, et ce sans prévenir le SMPR. Ce sont des personnes qui ont un rendez-vous mais qui sont très énervées à ce moment-là, mais ce sont plus souvent des détenus qui demandent à venir pour une urgence sans être en état d'être reçus de manière efficace. Il est légitime de penser que les soignants pourront apaiser la personne, mais cela n'est pas toujours le cas et peut être dangereux pour les professionnels. De la même façon, il est déjà arrivé qu'un surveillant évacue le SMPR pour une quelconque raison et oublie un soignant et son patient dans un bureau. Ce sont des erreurs d'appréciation ou d'inattention qui peuvent créer un danger. Il s'agit là de sécurité pure, presque indépendante de la psychiatrie.

Concernant la sécurité des patients détenus, certaines fautes peuvent être commises par l'AP et porter préjudice aux patients. Il est par exemple arrivé que des surveillants ne signalent pas des tentatives de suicide répétées, estimant que ce n'était que de la comédie. Certains détenus ont aussi peur que les surveillants ne transmettent pas les rendez-vous avec le SMPR, d'autres rapportent même qu'ils peuvent refuser d'amener un patient au SMPR en cas de mésentente entre eux.

Ces quelques exemples de dysfonctionnements de la part de l'AP montrent que l'articulation milieu carcéral – milieu médical a encore des progrès à faire pour la sécurité de tous. Il faut « s'adapter aux dysfonctionnements de l'administration »⁴⁴, que ce soit pour les personnels soignants ou pour les personnels pénitentiaires eux-mêmes (en cherchant à s'informer, en participant aux éventuelles formations proposées par exemple pour le repérage du suicide).

Une fois la notion de sécurité traitée, il est possible de s'apercevoir que des divergences peuvent naître du fait que chaque métier poursuive un but très différent.

⁴⁴ Propos prononcé par un soignant du SMPR

Chapitre 2 : l'émergence possible de divergences entre les personnels médicaux et pénitentiaires

Jusqu'ici, nous avons traité de l'immixtion de l'AP dans le domaine du soin psychiatrique du fait d'une prise en charge en milieu carcéral. Il arrive néanmoins aussi que le soin s'immisce dans la gestion faite par l'AP, ce qui peut générer des tensions. Il y a des points non négociables de la collaboration entre ces deux univers : il s'agit pour l'administration pénitentiaire de la sécurité, de la contrainte et de la temporalité pénale, tandis que les soignants ont comme objectif le soin et le respect de la déontologie⁴⁵. Les incompréhensions naissent alors notamment lorsque les soignants émettent des avis sur les modes d'encellulement des patients (section 1), mais surtout avec l'éternelle problématique du secret médical (section 2).

Section 1 : La contrainte pour l'administration pénitentiaire des avis médicaux sur les modes d'encellulement

Cette contrainte concerne d'une part les avis de non-maintien (I), d'autre part les avis sur l'encellulement individuel (II).

I. La contrainte des avis de non-maintien en quartier disciplinaire ou quartier d'isolement

Lorsqu'un détenu est aussi un patient du SMPR, l'AP signale au service tout placement au QI, au QD ou en confinement disciplinaire de cette personne. Cela permet aux soignants d'estimer s'il faut aller voir ou convoquer la personne pour évaluer son état mental. Ils peuvent aller la voir au QD ou la faire venir lorsqu'elle est au QI ou en confinement. Cela permettra éventuellement de prononcer un avis de non maintien, surtout pour le QD, pour que la personne retourne dans sa cellule du fait de sa vulnérabilité. L'AP peut aussi signaler des détenus qui ne sont pas des patients connus si

⁴⁵ Propos d'Olivier RAZAC dans « Santé-Justice, savoirs et pratiques », sous la direction de Paul MBANZOULOU et Philippe POTTIER

elle s'inquiète de leur santé mentale dans ces conditions particulières de détention. Il y a donc une bonne communication sur les détenus vulnérables.

Pour un patient placé au QI, les avis de non maintien sont quasiment inexistant : en CD, les patients seraient placés en régime « maison d'arrêt », avec deux heures de portes ouvertes par jour. Cela n'est pas idéal, sauf réel danger pour le patient. Aussi, en MA, la solution pour les personnes ne supportant pas le QI est le transfert vers une autre MA, alors que tous les QI s'y ressemblent (généralement accolés au QD alors qu'ils sont souvent dans le quartier des détenus vulnérables en CD). Il n'y a donc pas d'avis de non maintien au QI en MA, mais les soignants peuvent toujours donner leur avis sur la mesure. Si cela n'est pas réellement source de tensions, les soignants peuvent tout de même s'inquiéter ou s'opposer au régime de l'isolement.

Aussi, il n'y a pas d'avis de non maintien pour le confinement disciplinaire car la personne est dans sa propre cellule.

Ce fonctionnement est différent pour le QD puisque si le soignant considère après entretien que l'état de la personne ne permet pas son maintien au QD, il peut rendre un avis de non maintien au premier surveillant. Ce n'est qu'un avis, mais l'AP le suit en général sous peine d'engager sa responsabilité en cas d'incident. Cependant, ces avis de non maintien peuvent être sources de tensions car il arrive que les détenus soient au QD pour des insultes ou agressions envers les personnels pénitentiaires. Dans ce cas, l'AP peut rechigner à sortir la personne du QD puisque celle-ci ne subira pas la sanction prévue.

Si les soignants ont le « mauvais rôle » vis-à-vis des surveillants, c'est du fait de l'organisation de la direction de l'AP. Cela commence par la mise en place très fréquente en CPU du dispositif de surveillance spéciale (plus de rondes de nuit, contrôle à l'œilleton, allumage de la lumière...), ou de placement en CProU. Finalement, l'AP essaie de prévenir le suicide par des moyens matériels ou organisationnels, alors qu'il faudrait plutôt en chercher les causes et privilégier le soin. Malgré ces mécanismes nombreux de prévention du suicide (dont l'efficacité peut être questionnée), il arrive que des personnes vulnérables soient placées en QD, en confinement ou au QI. Par exemple, l'OIP relève qu'en 2017, sur les quatorze personnes qui se sont suicidées au QD, deux étaient signalées et trois avaient des antécédents de tentatives de suicide ou d'automutilations.

« Même lorsqu'un risque suicidaire fort est identifié, « la sanction de cellule disciplinaire n'est pas fréquemment levée d'office par le chef d'établissement », regrettent les inspections, qui précisent : « la plupart des chefs d'établissement interrogés préfèrent s'en remettre à un avis médical de contre-indication de maintien au quartier disciplinaire afin d'éviter les tensions avec les personnels ou leurs représentants ». Dit autrement, si certaines personnes sont maintenues au QD en dépit des risques encourus pour leur vie, c'est par crainte de la réaction de syndicats de surveillants ». ⁴⁶

Il semble alors que c'est aux soignants de se confronter au mécontentement de l'AP. Leur travail est ainsi mis en difficulté, et ce « tant que la vie des personnes détenues sera l'otage de rapports de forces internes et de logiques disciplinaires ».

D'un autre point de vue, on peut estimer que ce n'est pas à l'AP d'évaluer le risque suicidaire d'un détenu mais bien au médecin psychiatre, le seul réellement à même d'estimer la conséquence de la sanction sur son patient. Même lorsqu'un patient est connu comme suicidaire, cet état n'est pas permanent et ne peut pas être évalué par le chef d'établissement. Il peut également ne pas affecter son vécu de la sanction. Aussi, les médecins eux-mêmes peuvent parfois être manipulés par un patient qui se prétend suicidaire pour éviter d'effectuer sa sanction disciplinaire, malgré leurs connaissances en la matière. On peut donc penser que le raisonnement du chef d'établissement pourrait être biaisé par cette variante : soit à l'avantage du détenu en croyant ses paroles, soit à son désavantage en estimant que tous les détenus peuvent mentir à ce sujet.

Il semble donc inévitable que ce soit le rôle des soignants que d'évaluer la décision de l'AP du placement au QD au vu de la santé mentale du patient, quitte à provoquer des tensions avec l'administration.

Mais en dehors de ces incompréhensions, certaines problématiques pour l'organisation de l'AP peuvent naître de ces avis médicaux. Ce sont des problèmes plus techniques d'organisation de la détention.

⁴⁶« Suicide en prison : quand prévention rime avec coercition », OIP, Dossier « Morts en prison », 4 novembre 2018

II. La contrainte des avis sur l'encellulement individuel

La surpopulation carcérale dans les MA françaises est une problématique croissante et omniprésente. Elle est source de nombreux problèmes pour les personnes détenues et de violations des droits de l'Homme. Elle accroît les tensions et les troubles psychiques. C'est dans ces circonstances que les soignants peuvent estimer que la personne détenue patiente du SMPR doit bénéficier d'un encellulement individuel pour sa propre protection, et parfois pour celle des autres. Comme pour les avis de non maintien au QD, le médecin qui demande un encellulement individuel a tout à fait conscience des problématiques organisationnelles que cela soulève pour l'AP, mais il agit dans le seul intérêt de la santé de son patient.

De son côté, l'AP doit faire en sorte de placer la personne seule en cellule, ce qui est d'ailleurs la règle de droit à l'origine⁴⁷. Si cette demande n'est pas nécessairement source de tensions, elle est cependant source de difficultés pour l'AP. Elle doit faire avec les moyens donnés et le nombre de cellules disponibles. Placer une personne seule en cellule signifie en regrouper d'autres, tout en respectant les distinctions hommes – femmes, majeurs – mineurs, fumeurs – non-fumeurs...⁴⁸ et le minimum d'espace en mètres carrés par personne⁴⁹.

Cette organisation est déjà une difficulté pour l'AP, mais les exigences médicales essentielles pour la santé mentale des détenus viennent alourdir cette charge. C'est un aspect problématique de la relation entre l'administration pénitentiaire et le SMPR qui peut être source de tensions. Ce sont des incompréhensions qui sont là encore basées sur la différence de buts des deux domaines. Mais ces tensions restent liées aux moyens

⁴⁷ Article L213-2 du Code pénitentiaire : « Les personnes prévenues sont placées en cellule individuelle. »
Article L213-3 du Code pénitentiaire : « Après avoir subi éventuellement une période d'observation en cellule, les personnes condamnées sont soumises :

1° Dans les maisons d'arrêt, à un encellulement individuel de jour et de nuit ;

2° Dans les établissements pour peines, à un encellulement individuel de nuit seulement. »

⁴⁸ Article D213-1 Code pénitentiaire : « Lorsque le régime de l'encellulement individuel n'est pas appliqué, il appartient au chef de l'établissement pénitentiaire de séparer :

1° Les personnes prévenues des personnes condamnées ;

2° Les personnes détenues devenues majeures en détention et âgées de moins de vingt et un ans des autres personnes détenues majeures ;

3° Les personnes détenues n'ayant pas exécuté antérieurement de peine privative de liberté de celles ayant déjà exécuté des détentions multiples ;

4° Les personnes condamnées à la contrainte judiciaire des autres personnes détenues. »

⁴⁹ CEDH, arrêt Mursic c. Croatie, 20 octobre 2016 : si la surface au sol par personne est inférieure à 3m², « le manque d'espace personnel est considéré comme étant à ce point grave qu'il donne lieu à une forte présomption de violation de l'article 3 ».

alloués au milieu carcéral : si de meilleurs moyens sont donnés à l'AP, les problématiques liées à l'encellulement individuel pourront aisément disparaître. Elles ne sont pas une fatalité, mais cela semble difficile à imaginer étant donné le manque flagrant de réformes efficaces pour remédier à la surpopulation carcérale.

Ainsi, si ces situations de contradiction entre les décisions médicales et pénitentiaires peuvent créer des tensions, cela est accentué par le secret médical qui accroît l'incompréhension de l'AP.

Section 2 : La contrainte du secret médical comme éventuel vecteur de tensions

Si la problématique du secret médical est un enjeu éternel et constant des relations entre AP et soignants (I), elle peut en réalité être moins contraignante que ce que l'on peut imaginer (II).

I. La problématique constante du secret médical

Le secret médical est la base de la relation de confiance entre un soignant et son patient, d'autant plus en détention où le patient n'a pas le libre choix de son médecin. Il est d'ailleurs régulièrement rappelé par les soignants aux patients reçus.

Le secret médical est prévu par l'article L.1110-4 du Code de la Santé Publique (CSP) qui dispose que « Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. ».

C'est cependant l'article R.4127-4 du CSP qui vient le définir : « le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié,

mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. » Il semble alors difficile pour les différents organes de communiquer, la totalité des échanges étant soumise au secret médical.

Il y a néanmoins pour le personnel médical une obligation de ne pas respecter le secret dans certains cas. C'est par exemple le cas si une personne vulnérable subit des privations ou sévices (et la dénonciation devra se faire avec son consentement si la personne n'est pas vulnérable) ; de même pour la détention ou l'acquisition d'armes.⁵⁰

C'est une obligation pour les professionnels, sous peine de sanctions pénales : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »⁵¹

Il en va de même en cas de risques sérieux pour la sécurité des personnes, pour lesquels les soignants doivent informer le directeur de l'établissement pénitentiaire dans les plus brefs délais.

Mais le secret médical reste une problématique constante de la relation soignants – AP, et plus globalement de la relation soignants – Justice. Par exemple, même soumise au secret médical⁵², étant stagiaire en master de droit pénal dans le SMPR, des craintes ont pu naître dans l'hypothèse où j'exercerais par la suite une profession dans la Justice et serais confrontée à l'un des patients rencontrés durant le stage. Cela illustre les difficultés d'articulation et de partage des connaissances entre les soignants et les professionnels extérieurs aux soins.

Ceci pose aussi la question de la place de l'AP dans le soin, entendue au sens géographique. Par contrainte de sécurité, l'administration pénitentiaire doit parfois rester très proche du lieu de l'entretien (notamment au QD ou en CProU). Il a même été rapporté que, tellement proches, certains surveillants se permettent de commenter ce qui se dit en entretien, voire d'être agressifs envers le patient. Mais beaucoup de surveillants ont conscience de l'intimité du soin et restent assez éloignés du lieu de l'entretien. Cela peut d'ailleurs faire penser aux conditions d'entretien en UHSA où les personnels de l'AP sont omniprésents.

⁵⁰ Article 226-14 du Code pénal

⁵¹ Article 226-13 du Code pénal

⁵² C'est pour éviter, dans le respect du secret professionnel, le rapprochement avec un quelconque patient que les lieux visités et les professionnels rencontrés en stage ne sont pas cités ici

Ce sont des situations où allier secret et sécurité est très compliqué, sous peine de ne pas fournir le soin attendu.

Il faut préciser qu'à l'inverse, l'AP a un devoir d'information des soignants prévu notamment par la circulaire interministérielle du 21 juin 2012⁵³, tenant à l'organisation du soin et au soin en lui-même. C'est pourquoi il s'agit bien ici de traiter de secret « médical » et non pas « professionnel » puisque le secret ne s'applique que dans un sens. L'inégalité de l'intensité des différents secrets professionnels peut alors causer des tensions, l'administration pénitentiaire attendant des soignants une transmission d'informations équivalente à celle qu'elle fournit. Cela peut entraîner des blocages car l'administration a le sentiment de ne pas obtenir d'informations sur les personnes détenues dont elle a la charge.

Cette attente d'informations concerne notamment la gestion du risque suicidaire par l'AP, préoccupation actuelle majeure. « L'amélioration des remontées d'information médicale, et en particulier celles relatives aux éventuelles pathologies (psychiatriques ou somatiques) associées au suicide, permettrait d'analyser les facteurs environnementaux liés à la détention et les facteurs liés à la morbidité des personnes écrouées ». ⁵⁴ Mais il semble pourtant impossible en l'état actuel des choses de trouver des compromis au secret médical entre les points de vue d'une administration pénitentiaire frustrée face à un corps médical intransigeant.

C'est ainsi qu'il est absolument nécessaire de pouvoir communiquer sur les contraintes de chaque profession et sur la transmission de certaines informations partageables.

Néanmoins, la contrainte du secret médical peut être relativisée.

II. La possibilité restreinte du partage d'informations

Ainsi, l'atteinte au secret est possible pour des informations bien spécifiques. La CEDH précise que cette atteinte est possible si elle est prévue par la loi, qu'elle poursuit un but légitime et qu'elle est nécessaire dans une société démocratique.

⁵³ Annexe n°1 : circulaire interministérielle N°DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ/2012/94 du 21 juin 2012

⁵⁴ Suicides et autres décès en milieu carcéral en France entre 2000 et 2010, Santé Publique France

C'est dans ces circonstances que le législateur a créé en 2002 le secret partagé⁵⁵, mais qui ne s'applique qu'entre les personnels médicaux ou avec les professionnels de l'action sociale. Pour le mettre à exécution, il faudra que les professionnels adhèrent à un même projet de santé et que le consentement du patient soit éclairé.⁵⁶ L'AP est donc exclue de la possibilité du secret partagé. « Dans les établissements pénitentiaires, il est compréhensible que la détention ne puisse permettre le partage du secret, comme elle empêche également les soins administrés de force. [...] Cette impossibilité du secret partagé milite pour que les détenus malades mentaux soient incarcérés dans des structures particulières ». ⁵⁷

Cette idée va dans le sens du fait que la prison n'est pas un lieu de soins pour les personnes qui en ont besoin. Tous les personnels qui gravitent autour d'elles ne peuvent pas échanger sur certaines informations importantes afin d'individualiser leur prise en charge. Cependant, il ne faudrait pas que ce projet éloigne la psychiatrie du milieu pénitentiaire, certaines personnes détenues nécessitant l'aide du SMPR sans pour autant devoir être incarcérées dans une quelconque structure particulière.

C'est à cause de cette impossibilité du secret partagé que la loi du 25 février 2008⁵⁸, puis par le biais de la circulaire du 21 juin 2012⁵⁹, crée le partage opérationnel d'informations. Il permet l'échange de certaines informations de part et d'autre, sans pour autant déroger au secret médical. Mais il varie beaucoup selon les professionnels et les relations établies entre eux. Il est effectivement prévu par la circulaire que l'échange soit « décliné et organisé au niveau de chaque établissement ».

Mais des possibilités de communication existent tout de même. Pour évoquer les risques ou la dangerosité d'un patient, il faut communiquer sans révéler les diagnostics et les traitements (bien que les ordonnances remises aux patients puissent être consultées par l'AP en cas de découverte de médicaments en cellule lors des fouilles).

⁵⁵ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002

⁵⁶ Articles L6323-1 et L6323-3 du CSP

⁵⁷ « La sécurité des établissements pénitentiaires et des personnels » Jean Marc CHAUVET, 1^{er} octobre 2001

⁵⁸ Loi n°2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale

⁵⁹ Annexe n°2 : circulaire interministérielle N°DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ/2012/94 du 21 juin 2012

Cependant, d'après les dires de plusieurs soignants rencontrés, le secret médical ne constitue en rien un obstacle pour transmettre les informations nécessaires à la bonne prise en charge du patient. Ils n'ont aucun mal à communiquer sur les points qui leur semblent essentiels sans trahir le secret, malgré la frustration que cela peut créer chez certains interlocuteurs.

Comme le souligne Alexandre LITZLER⁶⁰, il faut trouver des « outils de communication suffisamment souples pour ne pas produire de blocage ». En effet, le risque de blocage pèse constamment dans ces relations. De plus, « transmettre la juste dose d'informations requiert une éthique solide »⁶¹, qui semble acquise assez facilement par les soignants.

Nous comprenons donc que, pour ne pas constituer un obstacle insurmontable à la relation entre l'administration pénitentiaire et le SMPR, le secret médical doit être présent à l'esprit des personnels pénitentiaires. Ils ne doivent pas exiger des soignants des informations confidentielles. Le secret médical doit aussi être assimilé par les professionnels du secteur de la santé pour savoir de quelle façon échanger avec l'administration pénitentiaire afin de répondre aux nécessités d'informations tout en préservant le secret.

En définitive, il est flagrant que c'est là encore la bonne communication entre les professionnels qui permettra de faire avancer la prise en charge psychiatriques en milieu carcéral, malgré toutes les contraintes de chaque profession.

⁶⁰ Alexandre LITZLER dans « Santé Justice, savoirs et pratiques », sous la direction de Paul MBANZOULOU et Philippe POTTIER

⁶¹ « Soigner en prison », Actu Soins n°21, juin/juillet/août 2016

CONCLUSION

L'accès aux soins psychiatriques doit être adapté à des problématiques inhérentes au milieu carcéral qui ne dépendent pas de la volonté des personnels pénitentiaires ou soignants, mais des moyens donnés à l'administration pénitentiaire par l'Etat français. Malgré les condamnations de la France sur l'état inacceptable de ses prisons⁶², les difficultés de la pénitentiaire restent à l'ordre du jour, ne facilitant pas l'accès aux soins psychiatriques en détention. De nombreux organes dénoncent en permanence ces conditions de détention (CGLPL, OIP, défenseur des droits, CEDH, Cour de cassation...) sans pour autant que des réformes structurelles soient mise en œuvre. Ces réformes pourraient pourtant permettre, par ricochet, une réelle évolution dans la prise en charge psychiatrique des personnes détenues. Evidemment, des changements plus spécifiques à cette prise en charge seraient également souhaitables pour améliorer les conditions de travail des professionnels de la santé mentale et permettre aux personnes détenues un meilleur accès aux soins psychiatriques.

Néanmoins, en attendant ces réformes d'envergure, l'organisation et la communication des personnels concernés par la psychiatrie en milieu carcéral peuvent quant à elles évoluer pour améliorer la cohabitation. Ce sont des difficultés remédiables grâce à la volonté des différents acteurs de combiner leurs prises en charge efficacement. Il leur appartient alors de trouver le meilleur mode de fonctionnement possible avec les moyens disponibles pour allier des impératifs de sécurité et un accès effectif aux soins psychiatriques.

Ainsi, en l'état actuel des choses, c'est donc la collaboration de tous les professionnels qui permettra d'améliorer l'accès aux soins. Ceci peut être réalisé en dépit des problématiques carcérales qui ne peuvent pas être changées faute de moyens ou pour des raisons de sécurité. Chacun doit s'adapter aux enjeux de l'autre pour être efficace et ainsi garantir les droits fondamentaux des personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques.

⁶² Par exemple avec l'arrêt de la CEDH, JMB contre France, du 30 janvier 2020

Finalement, l'administration pénitentiaire et les équipes des services médico-psychologiques régionaux doivent être vues comme deux organes devant collaborer malgré leurs buts opposés, face à un système pénal tendant à une « médicalisation du crime »⁶³ croissante, véritable problème à l'origine des questions soulevées dans ce mémoire.

⁶³ Jean-Louis Senon dans « Santé-Justice, savoirs et pratiques »

TABLE DES ANNEXES

Annexe n°1 : « Le partage d'informations opérationnelles entre les acteurs pénitentiaires et les acteurs de santé », tableau issu de la circulaire interministérielle n°DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ/2012/94 du 21 juin 2012 : « informations nécessaires aux personnels de santé pour effectuer leurs missions » et « informations pouvant être communiquées par les professionnels pénitentiaires et professionnels de la PJJ aux professionnels de santé »

Annexe n°2 : exemple de liste transmise à l'administration pénitentiaire par le SMPR

Annexe n°3 : exemple de papier envoyé aux patients par le SMPR

Annexe n°4 : « Le partage d'informations opérationnelles entre les acteurs pénitentiaires et les acteurs de santé », tableau issu de la circulaire interministérielle n°DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ/2012/94 du 21 juin 2012 : « informations pouvant être communiquées par les professionnels de santé » et « informations nécessaires aux professionnels pénitentiaires et professionnels de la PJJ pour effectuer leurs missions »

ANNEXES

Annexe n°1 :

Contenu de l'information	Partage de l'information			Délai de transmission		Observations
	Oui	Non	Non systématique*	Sans délai	Non urgent	
Informations nécessaires aux professionnels de santé pour effectuer leurs missions						
A l'extérieur :						Ces informations sont à transmettre le plus rapidement possible pour assurer au mieux la continuité des soins de certains patients. Toute personne doit avoir accès à l'ensemble des informations concernant sa santé connu par les professionnels de santé (article L.1111-7 CSP). Cela implique que le médecin connaisse l'identité d'une personne pour composer son dossier. Parallèlement, toute personne qui souhaite accéder à son dossier doit être identifiée par le médecin (article R.1111-1 CSP). Le médecin doit donc connaître l'identité de la personne qu'il examine. Les consultations ne sont pas anonymes, sauf si la loi le permet (tests de dépistage du VIH dans le cadre d'un CDAG, consultations pour les personnes toxicomanes...). Enfin, pour répondre aux impératifs de sécurité liés aux mouvements des personnes détenues, la connaissance de leur identité est nécessaire.
. Les éléments d'état civil	X			X		
. L'adresse habituelle de résidence et des détenteurs de l'autorité parentale pour les mineurs	X			X		Pour le patient détenu mineur, cette information est essentielle pour la communication du service médical avec les détenteurs de l'autorité parentale.
. Le numéro de sécurité sociale s'il est connu ou le mode d'affiliation (CMU, ayant droit)	X			X		En application de l'article D.366 du code de procédure pénale, les détenus sont affiliés, dès leur incarcération, au régime général de la sécurité sociale. Une copie de l'attestation des justificatifs est à fournir.

Contenu de l'information	Partage de l'information			Délai de transmission		Observations
	Oui	Non	Non systématique*	Sans délai	Non urgent	
. Les événements survenus pendant la garde à vue (tentative de suicide,...) ou le déferement, ou lors du parcours PJJ antérieur pour les mineurs (continuité de la prise en charge judiciaire)	X			X		Un examen médical de la personne gardée à vue est pratiqué systématiquement pour les mineurs ou en cas de prolongation d'une garde à vue en matière de criminalité organisée, ou, en application de l'article 63-3, à la demande de la personne gardée à vue, de sa famille ou du procureur de la République ou de l'OPJ. Le médecin peut être amené à établir un certificat par lequel il se prononce sur l'aptitude au maintien en garde à vue. Ce certificat est versé au dossier. Si une prise en charge médicale est nécessaire, afin d'assurer la continuité des soins, les dispositions de l'alinéa 3 de l'article L.1110-4 du code de la santé publique s'appliquent (secret partagé entre médecin sauf opposition de la personne). Le certificat est donc communicable si cela est nécessaire au médecin de l'établissement pénitentiaire dans le cadre de la continuité des soins. Une copie de la fiche de l'Administration pénitentiaire qui fait état des observations lors de l'arrivée au quartier arrivant peut éventuellement être transmise. Sur accord des mineurs et des détenteurs de l'autorité parentale, les outils PJJ (Recueil d'information santé : RIS et Projet d'accueil individualisé :PAI) relatifs à une prise en charge de la santé antérieure à la détention, peuvent être transmis aux professionnels médicaux par les professionnels de la PJJ.
A l'intérieur :						
. Le statut pénal du patient détenu (condamné ou prévenu)			X		X	La connaissance du dossier pénal n'est généralement pas nécessaire pour les soins somatiques sauf dans certains cas pour préparer la sortie de l'établissement pénitentiaire. En ce qui concerne les mineurs, ce caractère non nécessaire doit être nuancé. Leur prise en charge résulte de modalités spécifiques du fait de la continuité de l'intervention judiciaire et des services de la protection judiciaire de la jeunesse avant l'incarcération, pendant et après, de la présence de locaux et personnels dédiés, du maintien de l'autorité parentale. Elle doit tenir compte également de leur immaturité et du développement de leur personnalité.
. La durée prévisible d'incarcération (durée du mandat de dépôt, durée de la peine)			X		X	

Contenu de l'information	Partage de l'information			Délai de transmission		Observations
	Oui	Non	Non systématique*	Sans délai	Non urgent	
. La cellule ainsi que les changements de position	X			X		La continuité des soins (médicaments, consultation) doit être assurée. Lorsque la personne détenue est placée au quartier disciplinaire (article D.381, b) CPP) ou à l'isolement (art. D.381, c) CPP), elle doit recevoir la visite d'un médecin et bénéficier des soins (médicaments, consultations..).
. Les dates d'extraction et les mutations ou transferts d'un établissement à l'autre	X			X		Les médecins sont tenus, du fait de leurs obligations déontologiques, d'assurer la continuité des soins (article R.4127-47 CSP). Pour leur permettre de remplir cette obligation, il convient de les informer des transferts ou extractions des personnes détenues. Dans la mesure du possible, cette information doit être la plus précoce afin de préparer la transmission et l'organisation des traitements médicaux ou prescriptions, l'envoi du dossier médical et la prise de contact avec l'UCSA d'arrivée si besoin.
. Les modifications ou anomalies de comportement et d'habitudes en détention : repli sur soi, non sortie persistante en promenade, cessation inexplicite d'activités, non alimentation	X			X		Les surveillants sont tenus de consigner les observations concernant leur mission, cette transmission ne pose pas d'obstacle a priori.
. Les mauvaises nouvelles reçues ou prévisibles (de nature familiale, judiciaire,...)	X			X		Ces informations sont nécessaires pour la prévention de la crise suicidaire.
Lors de la préparation à la sortie :						
. La nature de la structure d'accueil (sanitaire, médico-sociale, d'hébergement) envisagée (sans énoncer le diagnostic)	X				X	Ces informations (coordonnées de la structure ou du référent de celle ci) sont utiles pour organiser la continuité des soins.
. La date de libération prévue ou prévisible	X			X		Cette transmission est indispensable pour l'organisation de soins, elle est prévue par les RPE. Elle est fondamentale pour la continuité des soins. Il convient d'être particulièrement vigilant lors d'aménagement hors débat contradictoire ou CAP.

Contenu de l'information	Partage de l'information			Délai de transmission		Observations
	Oui	Non	Non systématique*	Sans délai	Non urgent	
. Soins pénalement obligés: injonction de soins	X				X	Si la personne fait l'objet d'une injonction de soins à la sortie, cette donnée est utile aux soignants: 1/ notion de la réalisation d'une expertise, indication d'une attention particulière 2/ utilité pour la préparation à la sortie.

Informations pouvant être communiquées par les professionnels pénitentiaires et ceux de la PJJ aux professionnels de santé	Partage de l'information			Délai de transmission		Observations
	Oui	Non	Non systématique*	Sans délai	Non urgent	
. La date de libération ou de transfert	X			X		C'est notamment le cas quand elle est connue pour les personnes condamnées. Dans tous les cas, cette information est capitale pour la continuité de soins.
. Les relations familiales et l'environnement social			X		X	
. Le comportement en détention, la participation ou non à des activités			X		X	
. L'hygiène du détenu et celle de la cellule			X		X	
. Tout élément pouvant faire craindre un comportement violent de la part de la personne détenue	X			X		Cette information est utile dans une logique de protection des soignants lors des consultations.

Annexe n°4 :

Informations pouvant être communiquées par les professionnels de santé aux professionnels de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse						
. La réalisation des visites médicales réglementaires	X				X	Il s'agit d'une information importante pouvant remettre en cause un futur aménagement de peine et/ou permettant la proposition d'un travail sur les certificats d'aptitude au travail. Il faut distinguer différents types de visite médicale en fonction de leur caractère réglementaire ou non et de la nécessité d'un aménagement pour certaines (Cf. guide méthodologique).
. Les certificats médicaux, légaux et réglementaires à l'exclusion des certificats destinés aux patients et remis en main propre						L'article D.382, alinéa 4 du CPP modifié par Décret n°98-1099 du 8 décembre 1998 - art. 90 JORF 9 décembre 1998 indique que le médecin informe le chef d'établissement des risques sur l'état de santé de la personne détenue. Les médecins intervenant dans les structures visées aux articles D. 368, D. 371 et D. 372 délivrent au détenu, à sa demande ou sur celle des détenteurs de l'autorité parentale lorsque le détenu est mineur, des certificats ou attestations relatifs à son état de santé et, sous réserve de son accord exprès, à sa famille ou à son conseil. Ils lui fournissent les attestations ou documents indispensables pour bénéficier des avantages qui lui sont reconnus par la sécurité sociale, et notamment de ceux prévus par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Ils délivrent aux autorités pénitentiaires des attestations écrites contenant les renseignements strictement nécessaires à l'orientation du détenu ainsi qu'aux modifications ou aux aménagements du régime pénitentiaire que pourrait justifier son état de santé.

Contenu de l'information	Partage de l'information			Délai de transmission		Observations
	Oui	Non	Non systématique*	Sans délai	Non urgent	
. Enoncé (sans précision du diagnostic) du risque sérieux pour le détenu ou pour autrui	X			X		Se référer à l'article L.6141-5 du CSP (L'alinéa 3 précise que les personnels soignants informent le directeur de l'établissement pénitentiaires de risques sérieux pour la sécurité des personnes détenues ou non. C'est une obligation légale d'information qui s'exerce dans le respect du secret médical).
. Les principaux signes d'alerte à surveiller (sans énoncer le diagnostic) en vue d'obtenir une demande de surveillance renforcée ponctuelle pour un patient présentant un problème psychiatrique ou somatique	X			X		Cette information importante peut remettre en cause un aménagement de peine futur.
. La découverte de cas de maladies contagieuses ou à déclaration obligatoire (tuberculose,...) en vue de mettre en place le protocole adapté	X			X		Il s'agit, sans donner de nom de patients, de pouvoir informer sur les mesures à prendre et de prévenir également le médecin de prévention du ministère de la justice et des libertés territorial référent pour l'établissement pénitentiaire et les services PJJ concernés. La personne détenue doit alors être isolée (article D384-1 CPP). Cette information importante peut remettre en cause un aménagement de peine futur (par exemple hébergement en CHR).
. Les handicaps et incapacités du patient nécessitant une adaptation des conditions de détention	X			X		Une attestation ou un certificat est remis au patient. Cette information est également nécessaire à la préparation d'une sortie anticipée.
. Les personnes détenues auxquelles doivent impérativement être remis des médicaments et documents médicaux avant la libération.	X			X		Ces informations sont indispensables pour la continuité des soins et des traitements et particulièrement nécessaires à la préparation d'une sortie anticipée ou simplement en fin de peine.
. Les personnes détenues victimes de maltraitance	X			X		Il s'agit d'une obligation déontologique (article R4127-10 du CSP). Un certificat est remis au patient. La situation peut nécessiter un signalement à l'autorité judiciaire. Le médecin doit effectivement recueillir l'accord des personnes majeures dès lors qu'elles sont "en mesure de se protéger en raison de leur âge ou de leur état physique ou psychique". L'accord de l'intéressé n'est donc pas nécessaire pour les mineurs, les majeurs en état de vulnérabilité.

Contenu de l'information	Partage de l'information			Délai de transmission		Observations
	Oui	Non	Non systématique*	Sans délai	Non urgent	
Informations nécessaires aux professionnels pénitentiaires et professionnels de la PJJ pour effectuer leurs missions						
Situation susceptible de présenter un risque pour la personne détenue et/ou pour autrui :						
* maladie contagieuse en vue de mettre en œuvre des mesures préventives (tuberculose gale,...)	X			X		Toutes les maladies transmissibles ne sont pas contagieuses. Seules celles nécessitant des mesures d'isolement et/ou des mesures barrière sont à signaler (à titre d'exemple VIH, hépatites non concernées). Les mesures de prophylaxie sont mises en œuvre par l'AP. Il convient d'informer le médecin de prévention du ministère de la justice et des libertés territorial référent pour l'établissement pénitentiaire et les services PJJ concernés . Cette information doit être transmise en cas d'aménagement de peine programmé en hébergement collectif (type placement extérieur collectif).
* risque suicidaire hors phase aiguë nécessitant une hospitalisation en urgence en vue de mettre en œuvre un suivi spécifique	X			X		Hospitalisation en fonction de l'évaluation médicale du risque suicidaire.
* risque de dangerosité (au sens psychiatrique du terme) en vue de prévenir des agressions	X			X		Il s'agit d'un cas de dérogation facultative au secret médical . La copie de l'expertise est nécessaire.
. Matériels médicaux nécessaires à la vie quotidienne en cas de pathologies chroniques (oxygène, stylos injecteurs, défibrillateurs implantables,...)	X			X		Le certificat est remis au patient. La rédaction d'une convention est utile pour un accompagnement spécifique de la personne le temps de l'incarcération.
. Existence d'un suivi psychiatrique dans le cadre des demandes d'aménagements de peine (LC, placement extérieur, PSE, PSEM,...)		X		X		Le certificat de suivi est remis au patient. La relation médecin/JAP est décrite (article 720-1 du CPP). Les coordonnées du référent psychiatrique et/ou du CMP sont à transmettre.
. Nécessité et nature de l'hébergement dans le cadre de l'instruction des demandes de suspension de peine pour raison médicale	X				X	La discussion est au cas par cas avec SPIP et les éducateurs PJJ. A priori, l'état de santé de la personne nécessite des soins constants. Il est nécessaire de fournir certains justificatifs pour l'accueil de la personne dans la structure d'hébergement.
. Existence d'une ordonnance à la personne détenue pour justifier de la présence des médicaments en cellule.	X			X		Il n'y a pas de signalement "à priori", tout patient ayant des médicaments doit être détenteur d'une ordonnance qu'il doit produire en cas de contrôle. Les ordonnances doivent être remis au patient. Selon l'article D273 CPP, il appartient au chef d'établissement de décider si une personne détenue peut garder à sa disposition, selon les modalités prescrites par les médecins intervenant dans les établissements pénitentiaires, des médicaments, matériels et appareillages médicaux. Il convient d'être vigilant lors d'aménagement hors débat contradictoire ou CAP. En ce qui concerne les mineurs, la question se pose de la pertinence de la détention de médicaments en cellule. Elle peut faire l'objet d'une discussion dans le cadre de la réunion hebdomadaire de l'équipe pluridisciplinaire.
. Existence d'un projet de soins élaboré avec le patient détenu en vue de le mettre en cohérence avec le projet de sortie (ex : relation avec un CSAPA) ou d'aménagement de peine			X		X	Cette information est utile pour les personnels d'insertion et de probation et lorsqu'il s'agit d'un mineur détenu, les éducateurs PJJ.

INDEX DES MOTS CLÉS

Accès aux soins : pages 7, 8, 16-20, 22, 24, 25, 26, 28, 33, 38, 47

Hospitalisation : pages 8, 9, 11, 14, 20, 22

Secret : pages 30, 39, 43-46,

Sécurité : pages 10, 11, 16, 26, 33-39, 44, 45, 47

SMPR : pages 8-11, 16, 18-23, 25, 26, 28-36, 38-40, 42, 44, 46, 47

Suicide : pages 12, 21, 25, 26, 29, 32, 39, 41, 45

BIBLIOGRAPHIE - SITOGRAPHIE

ARTICLES

« Accès aux soins des personnes détenues : du droit à la pratique », O. OBREHT, Actualité et dossier en santé publique n°44, septembre 2003

« La psychiatrie en détention toujours en souffrance », Pierre JANUEL, 12 mars 2020

« Les mobilisations défensives dans la psychothérapie du patient criminel : de la sidération à la fascination », Elise PELLADEAU, Bulletin de psychologie Paris, 2020

« Les soins psychiatriques : SMPR/UHSA », Tant de peines

<http://www.tantdepeines.fr/a-propos-de/>

« Les soins psychiques », OIP : [Les soins psychiques – Observatoire International des Prisons \(oip.org\)](http://www.oip.org)

« Milieu pénitentiaire et santé : deux nouvelles études publiées par Santé publique France », 2017

« Pathologie psychique carcérale : Définition de Pathologie psychique carcérale », Psychologies.com

[¿Psiquiatría penitenciaria? | Pérez Martínez | Revista Española de Sanidad Penitenciaria \(sanipe.es\)](http://www.sanipe.es)

« [Psychiatrie légale, psychiatrie des détenus, analyse de situations et prospective d'évolutions](http://www.santementale.fr) », Santé Mentale (santementale.fr)

« Quels rôles pour le psychiatre en milieu pénitentiaire ? », Patrick MOUGE, Emmanuel SAUTEREAU, VST n°124, 2014, p. 45 à 49

« Régimes différenciés et psychiatrie en prison : l'Assemblée veut avancer », Pierre JANUEL 22 mars 2018

« [Soins : des psys font le lien à la sortie](http://www.oip.org) » – Observatoire International des Prisons (oip.org), 20 août 2021

« [Soins psychiatriques en prison : un pansement sur une plaie béante](http://www.mediapart.fr) », Le Club (mediapart.fr)

« Suicides et autres décès en milieu carcéral en France entre 2000 et 2010 », Santé Publique France

MEMOIRES ET RAPPORTS

« Evaluation des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour les personnes détenues », IGJ N°061-18 ; IGAS N°2018-072R ; Dr. J. EMMANUELLI et Dr. F. SCHECHTER (IGAS) – V. DELBOS, A. DANIEL et S. DURAND-MOUYSSET (IGJ), décembre 2018

« La sécurité des établissements pénitentiaires et des personnels », Jean-Marc CHAUVET, 1^{er} octobre 2015

« L'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de Toulouse : Fonctionnement général, vécu de l'hospitalisation et collaborations professionnelles », Hélène BAZEX : [uhsi \(justice.fr\)](http://uhsi.justice.fr)

« Le détenu est-il un patient comme les autres ? », Mémoire d'Agnès BARBOT, Master II Droits de l'exécution des peines et droits de l'Homme, 2010/2011

« Santé en milieu carcéral », ALVES Philippe, AMMANE Hany, COURT Stéphane, DOS SANTOS ANGELN Etienne Léonard – Stage à Genève, Juillet 2006

« Recommandations en urgence relatives au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan (Gironde) », CGLPL, 13 juillet 2022

« Soins sans consentement et droits fondamentaux », CGLPL, 17 juin 2020

OUVRAGES ET REVUES

« Alexithymie, dépression et incarcération prolongée », Annales médico psychologiques, p. 664-668 – J. MAISONDIEU, C. TARRIEU, J. RAZAFIMAMONJY, M. ARNAULT, 2008.

« Contenir ou enfermer ? », V.S.T. n°108, 2010

« Santé Justice, savoirs et pratiques », sous la direction de Paul MBANZOULOU et Philippe POTTIER

« Soigner en prison », Actu Soins n°21, juin/juillet/août 2016

« Suicide en prison : quand prévention rime avec coercition », OIP, Dossier « Morts en prison », 4 novembre 2018

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
Partie 1 : les difficultés récurrentes de l'accès aux soins psychiatriques en détention	11
Chapitre 1 : l'accès aux soins psychiatriques dépendant du fonctionnement du milieu carcéral	11
<i>Section 1 : Des difficultés d'accès aux soins psychiatriques liées à la vie quotidienne en détention</i>	11
I. L'accès aux soins psychiatriques perturbé par les événements spécifiques au milieu carcéral	12
II. L'accès aux soins psychiatriques inégalitaire selon les établissements pénitentiaires	14
<i>Section 2 : Des améliorations dans l'accès aux soins psychiatriques grâce aux bonnes conditions de détention</i>	16
I. L'accès aux soins facilité par l'absence de surpopulation carcérale	16
II. L'accès aux soins facilité par une vie en détention apaisée	17
Chapitre 2 : l'accès aux soins psychiatriques dépendant de l'organisation des personnels	18
<i>Section 1 : La fluidité de l'accès aux soins garantie par les personnels</i>	19
I. La fluidité de l'accès aux soins garantie par les personnels soignants	19
II. La fluidité de l'accès aux soins garantie par les personnels pénitentiaires	21
<i>Section 2 : La fluidité de l'accès aux soins garantie par la communication entre les professionnels</i>	22
I. La nécessité médicale d'informer les soignants	23
II. La nécessité d'informer l'administration pénitentiaire sur les spécificités médicales	25
Partie 2 : les problématiques variées des personnels dans un cadre de travail mêlant Justice et Santé	28
Chapitre 1 : la sécurité des personnels soignants partiellement dépendante de l'administration pénitentiaire	28
<i>Section 1 : Une sécurité essentiellement garantie par l'administration pénitentiaire</i>	28
I. Des garanties sécuritaires propres au milieu carcéral	29
II. Des garanties sécuritaires mises en place par les personnels eux-mêmes	30
<i>Section 2 : Une sécurité parfois mise à mal par le milieu carcéral</i>	32
I. La sécurité mise à mal par la méconnaissance du milieu psychiatrique par l'administration pénitentiaire	33
II. La sécurité mise à mal par des dysfonctionnements de l'administration pénitentiaire	33
Chapitre 2 : l'émergence possible de divergences entre les personnels médicaux et pénitentiaires	35

<i>Section 1 : La contrainte pour l'administration pénitentiaire des avis médicaux sur les modes d'encellulement</i>	35
I. La contrainte des avis de non-maintien en quartier disciplinaire ou quartier d'isolement	35
II. La contrainte des avis sur l'encellulement individuel	38
<i>Section 2 : La contrainte du secret médical comme éventuel vecteur de tensions</i>	39
I. La problématique constante du secret médical	39
II. La possibilité restreinte du partage d'informations	41
CONCLUSION	44
TABLE DES ANNEXES	46
ANNEXES	47
INDEX DES MOTS CLÉS	52
BIBLIOGRAPHIE - SITOGRAFIE	53
TABLE DES MATIÈRES	56

La prise en charge psychiatrique des personnes détenues : rencontre entre milieu carcéral et milieu médical

RÉSUMÉ

Aujourd'hui en France, la psychiatrie en milieu carcéral connaît de grandes difficultés. En fonction des établissements pénitentiaires, il existe de fortes inégalités pour les droits fondamentaux des personnes détenues concernant leur santé mentale. L'accès aux soins psychiatriques est pourtant une problématique très actuelle pour le milieu pénitentiaire, notamment dans un contexte de prise de conscience du taux de suicide en détention. Ces difficultés ont également des répercussions pour les professionnels, autant dans le milieu pénitentiaire que dans celui de la santé. S'affrontent alors des impératifs de sécurité et des impératifs de soins et d'éthique. Ces tensions nuisant grandement à l'accès aux soins, il faudra plutôt penser cette rencontre entre milieu carcéral et milieu médical comme une articulation nécessaire, grâce à la communication entre les professionnels, en attendant que des progrès soient faits pour réformer au mieux la psychiatrie en détention.

Mots-clés : prise en charge psychiatrique, accès aux soins, sécurité, secret médical

Nowadays in France, psychiatry in prison meets big difficulties. Depending on the different types of prison, there are many inequalities about prisoners' fundamental rights to have a good mental health. However, access to mental health care is a current problematic, within the context of suicide rate's awareness in detention. Those difficulties have repercussions for the professionals, in prison environment and also in medical environment. That is why there are tensions between security needs and care needs. These tensions are a great prejudice to access care. It would be preferable to think this collaboration between prison and medical worlds as necessary. That would be possible thanks to the communication between professionals, while waiting for these progresses to reform psychiatry in prison to be made.

Key-words: psychiatric care, access to care, security, medical confidentiality