



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin Inspecteur de Santé Publique

Date du Jury : avril 2001

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DÉTENUES HOSPITALISÉES D'OFFICE :

**Analyse et propositions
pour une organisation des soins psychiatriques
dans le département des Bouches du Rhône**

Dr Anne BRUSQUET

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1 - UN APPAREIL JURIDIQUE COMPLEXE	4
1.1 historique de la psychiatrie dans les prisons.....	4
1.2 législation relative à la population étudiée	5
1.2.1 Une législation récente sur l'organisation des soins psychiatriques en prison.....	6
1.2.2 un cadre juridique complexe pour permettre l'hospitalisation d'office d'un détenu	8
1.3 réforme du code pénal	12
2 - UNE MOBILISATION NATIONALE AUTOUR DES DETENUS PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES	15
2.1 des publications et rapports nationaux unanimes pour constater l'augmentation du nombre de personnes en détention présentant des troubles mentaux	15
2.2 une augmentation globale en France des détenus hospitalisés d'office avec des disparités selon les régions	20
2.3 la mise en place de groupes de travail et missions ministériels.....	22
3 - UNE DIFFICILE PRISE EN CHARGE DES DÉTENUS HOSPITALISÉS D'OFFICE EN PSYCHIATRIE DANS LE DÉPARTEMENT DES BOUCHES DU RHÔNE.....	23
3.1 présentation des différents partenaires impliqués.....	23
3.1.1 les établissements pénitentiaires	23
3.1.2 les secteurs de psychiatrie générale.....	24
3.1.3 le groupe de travail départemental sur la question de l'hospitalisation des détenus	24
3.2 analyse et quantification du problème	25
3.2.1 le nombre de mesures d'hospitalisation d'office de détenus	25
3.2.2 méthodologie.....	26
3.2.3 résultats.....	27
3.3 approche qualitative pour évaluer les difficultés rencontrées	38
3.3.1 objectif et méthodologie.....	38
3.3.2 déroulement des entretiens	38
3.3.3 résultats.....	39
3.4 la réaction du préfet de région.....	48

4 - APPORT DE L'EXPÉRIENCE DE DEUX STRUCTURES HOSPITALIÈRES FERMÉES EXISTANT DANS LA RÉGION	50
4.1 Unité pour Malades Difficiles de Montfavet dans le Vaucluse.....	50
4.2 Unité pour Malades Agités et Perturbateurs dans les Alpes-Maritimes	53
5 - PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES DÉTENUS HOSPITALISÉS D'OFFICE EN PSYCHIATRIE GÉNÉRALE DANS LE DÉPARTEMENT DES BOUCHES DU RHÔNE	57
5.1 augmentation du nombre de lits en UMD.....	57
5.2 création d'une unité type UHSI	58
5.3 création d'une unité intersectorielle sécurisée départementale	60
5.4 création d'unités sectorielles fermées	60
CONCLUSION.....	62
BIBLIOGRAPHIE	63
LISTE DES ANNEXES	68

LISTE DES SIGLES

A.R.H	Agence Régionale de l'Hospitalisation
C.A.T.T.P	Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel
C.D	Centre de Détention
C.D.H.P	Commission Départementale des Hospitalisations en Psychiatrie
C.D.S.M	Conseil Départemental de Santé Mentale
C.H.G	Centre Hospitalier Général
C.H.R.U	Centre Hospitalier Régional Universitaire
C.H.S	Centre Hospitalier Spécialisé
C.M.E	Commission Médicale d'Etablissement
C.P	Centre Pénitentiaire
D.D.A.S.S	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
D.G.S	Direction Générale de la Santé
D.H.O.S	Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins
D.R.A.S.S	Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale
H.D.T	Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
H.O	Hospitalisation d'Office
I.G.A.S	Inspection Générale des Affaires Sociales
I.G.S.J	Inspection Générale des Services Judiciaires
J.O	Journal Officiel
M.A	Maison d'Arrêt
M.C	Maison Centrale
M.I.S.P	Médecin Inspecteur de Santé Publique
S.M.P.R	Service Médico- Psychologique Régional
S.R.O.S	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
U.C.S.A	Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
U.H.S.I	Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
U.M.D	Unité pour Malades Difficiles
U.M.A.P	Unité pour Malades Agités et Perturbateurs

INTRODUCTION

La prise en charge des personnes placées sous main de justice et souffrant de troubles mentaux a été décrite dans plusieurs rapports nationaux et largement commentée dans la presse écrite au cours de l'année 2000. Le même constat sur le nombre croissant de détenus souffrant de pathologies psychiatriques revenait dans ces publications. A cela essentiellement deux raisons sont invoquées : l'évolution de la pratique psychiatrique et le moindre recours judiciaire à l'irresponsabilité.

Depuis la création en 1986 des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et leur rattachement au service public hospitalier, ainsi que la réforme de soins en milieu carcéral de 1994, toute personne détenue a la possibilité d'accéder à des soins psychiatriques en prison.

Le consentement de la personne est toutefois indispensable ; on estime en effet qu'on ne peut soigner un détenu contre son gré car on ne peut imposer deux contraintes à la fois : pénitentiaire et psychiatrique.

Mais lorsque la gravité des troubles et l'absence de consentement (ou l'impossibilité à y consentir) rendent le maintien en détention impossible, les détenus nécessitant des soins psychiatriques doivent être transférés dans un établissement de santé habilité à accueillir des patients sans leur consentement.

Le détenu admis en service de psychiatrie générale en hospitalisation d'office sur décision préfectorale a un double statut : celui de malade (régi par le Code de la Santé Publique), et celui de détenu (Code de Procédure Pénale).

Du fait de ce double statut, des conditions particulières de prise en charge vont être mises en œuvre (notamment le maintien en chambre d'isolement), à l'origine des problèmes rencontrés par les équipes soignantes, les conditions de soins étant très souvent difficilement acceptables sur le plan humain pour le patient-détenu.

*"Les établissements psychiatriques ont humanisé leurs services, les ont ouverts. Ils ont un personnel souvent moindre qu'il y a quelques années. Ils ont fermé un nombre de lits assez importants. Ils ne souhaitent pas fermer un pavillon de 25 places pour un détenu. En psychiatrie, il n'y a pas de garde statique de policiers, contrairement aux services de médecine, chirurgie et obstétrique. Par conséquent, les membres de l'équipe de psychiatrie ont la charge non seulement des soins du patient mais également de sa sécurité, ce qui les fait un peu réfléchir. Ils ont peur des conséquences. Ils se sentent investis d'une mission qu'ils ne peuvent pas remplir, ce qui les met dans une situation très délicate."*¹

Le département des Bouches du Rhône connaît une augmentation très importante du nombre d'admissions de détenus en hospitalisation d'office (H.O) depuis trois ans. En effet, pour 1997 on recensait 33 admissions de détenus en H.O, ce chiffre est passé à 114 l'an dernier (+111% d'évolution), le nombre ayant plus que doublé entre 1999 et 2000. Parallèlement, le taux de H.O "classiques" ne progressait que de 9% sur cette même période.

Devant les difficultés engendrées, il a paru opportun qu'une étude soit menée sur les diverses caractéristiques concernant ce type de patients, sur leur prise en charge dans les services de psychiatrie générale et sur les réponses possibles pour améliorer la prise en charge de cette population spécifique.

La première partie, après un rappel sur les rapports historiques entre la prison et la psychiatrie, traitera du cadre législatif se rapportant à la prise en charge psychiatrique d'un détenu en prison et en dehors du milieu pénitentiaire.

La deuxième partie tentera d'apporter des éléments explicatifs sur l'augmentation du nombre de personnes en détention souffrant de maladies mentales, d'après les rapports d'enquêtes nationales et la littérature publiés ; les chiffres disponibles à ce jour permettront de quantifier les hospitalisations psychiatriques des détenus en France.

La troisième partie consacrée à l'étude réalisée dans les Bouches du Rhône, présentera dans un premier temps les différents partenaires concernés. Puis, une analyse des dossiers permettra de décrire la population étudiée. Une enquête qualitative basée sur des entretiens

¹ BRAHMY B. audition (22)

auprès des professionnels impliqués dans la prise en charge de ces patients-détenus tentera de cerner leur perception du problème et leurs solutions.

Dans la quatrième partie, le fonctionnement et l'expérience de deux structures fermées situées en région P.A.C.A et accueillant des détenus seront décrites, l'une à vocation nationale, l'autre départementale.

Enfin ce travail se terminera par une analyse des différentes propositions envisageables pour améliorer la prise en charge des détenus hospitalisés d'office en psychiatrie générale dans le département des Bouches du Rhône.

1 - UN APPAREIL JURIDIQUE COMPLEXE

1.1 HISTORIQUE DE LA PSYCHIATRIE DANS LES PRISONS

La reconnaissance du rôle des psychiatres en prison est le produit d'une longue période de tergiversation depuis le XIX^{ème} siècle. L'histoire même de la psychiatrie a partie liée avec celle de la criminologie en ce sens que la naissance de la spécialité psychiatrique s'est faite en retirant les fous de la prison, en les faisant passer d'un lieu d'enfermement à l'autre. La forme asile s'est progressivement dissociée de la forme prison, dans le cadre d'une confrontation à partir de 1810 entre ceux que l'on nomme alors les aliénistes et les pénalistes (4).

La loi de 1838 institue les asiles, lieux d'exercice des aliénistes, qui considèrent les soins en prison comme réservés aux médecins généralistes et qui s'attribuent le traitement des fous dont la pathologie exclut précisément l'emprisonnement. Par cette séparation radicale des criminels et des aliénés, de la prison et de l'asile, les psychiatres ne fréquenteront plus la prison qu'en tant qu'experts chargés de déterminer l'éventuel état de démence d'un prévenu ou sa responsabilité au moment des faits (4, 20).

Cependant la présence d'aliénés avérés dans les prisons françaises semble avoir été tout au long du XIX^{ème} siècle une constante ; la loi du 30 juin 1838 n'a pas vidé les établissements carcéraux de leurs malades mentaux (20).

Une première tentative d'organisation d'une prise en charge psychiatrique en milieu pénitentiaire est réalisée en 1876 avec la création du quartier de condamnés aliénés de la maison centrale de Gaillon qui fonctionnera pendant trente ans. Le Docteur Henri COLIN exercera dans ce quartier jusqu'à sa fermeture et obtiendra en 1900 la mise à l'étude de la création d'un service de sûreté à l'asile d'aliénés de Villejuif, service qui ouvrira ses portes en 1910 : cela correspond aux bases de la première unité pour malades difficiles (20).

Entre les deux guerres, le principal souci des médecins aliénistes s'occupant de pathologie mentale en prison a été le dépistage de ces "anormaux mentaux" qui correspondent aujourd'hui aux déséquilibrés psychopathes; la guerre interrompra tout effort de mise en place et de systématisation du dépistage des malades mentaux aliénés et autres anormaux (20).

Mais c'est surtout à partir de 1950 que des structures spécialisées se mettent en place, avec la création de deux établissements pénitentiaires où sont affectés des condamnés malades mentaux et de plusieurs annexes psychiatriques au sein des maisons d'arrêt, essentiellement orientées vers le dépistage. Elles deviennent effectives à partir de 1947 mais disparaîtront progressivement par manque de moyens.

Ces changements accompagnent un mouvement de structuration de la psychiatrie en France qui trouve son essor dans deux directions parallèles et complémentaires : la politique de secteur et la psychothérapie institutionnelle (4, 6).

Un décret de 1967 inclut les soins en prison dans la politique psychiatrique de secteurs, avec la création expérimentale de quelques centres médico-psychologiques régionaux qui se substituent aux annexes psychiatriques (CMPR à Marseille, Bordeaux, Lyon, Paris la Santé, Loos les Lille).

Le CMPR de Fleury-Mérogis, premier service de psychiatrie en milieu pénitentiaire s'inscrivant dans la logique du secteur, créé en 1973, a la particularité d'être doté de personnel soignant sous tutelle du ministère de la Santé. Cette avancée s'affirme au travers d'une circulaire ministérielle Santé-Justice qui, en 1977, préconise la mise en place d'unités de soins psychiatriques dans les maisons d'arrêt sur le modèle du secteur psychiatrique, relevant du budget de l'hygiène mentale du département. Ces CMPR, structures dépendantes de l'administration pénitentiaire, seront affranchis dix ans après leur création de la dépendance vis-à-vis de cette administration pour être rattachés à l'hôpital public, puis transformés en SMPR par le décret du 14 mars 1986. (4, 27)

1.2 LEGISLATION RELATIVE A LA POPULATION ETUDIEE

♦ rappel sur la sectorisation psychiatrique (31)

Le premier texte réglementaire sur la sectorisation psychiatrique est la circulaire ministérielle du 15 mars 1960. Par la suite, la circulaire du 16 janvier 1969 divisera officiellement chaque département en " aires géographiques bien délimitées appelées secteurs ", ces secteurs comprenant une population d'environ 70 000 habitants.

Il faudra attendre l'arrêté du 14 mars 1972 pour que soient précisés les buts et les moyens de la politique de secteur en établissant les modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies et la création des inter

secteurs de psychiatrie infantile correspondant à trois secteurs de psychiatrie adulte et à une population de 200 000 habitants environ. Ce n'est qu'en 1985 que la loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 légalisera enfin l'organisation sectorielle de la psychiatrie publique.

1.2.1 Une législation récente sur l'organisation des soins psychiatriques en prison

♦ décret du 14 mars 1986 : création du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire

Ce décret crée trois types de secteurs de psychiatrie : le secteur de psychiatrie générale, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile et le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire dont la structure de base est le S.M.P.R, Service Médico-Psychologique Régional, (service hospitalier implanté au sein d'un établissement pénitentiaire). Le dispositif de lutte contre les maladies mentales dans les établissements pénitentiaires est confié au service public hospitalier depuis la parution de ce décret

Le règlement intérieur du S.M.P.R, fixé par l'arrêté du 14 décembre 1986, précise les missions du S.M.P.R, les relations entre l'établissement pénitentiaire d'implantation et l'établissement sanitaire de rattachement et le rôle du S.M.P.R à l'intérieur du secteur qu'il dessert.

Conformément à l'article 9 de cet arrêté, dans les établissements pénitentiaires non dotés d'un S.M.P.R ou d'une antenne de S.M.P.R, les actions de prévention et les soins psychiatriques sont dispensés par les secteurs de psychiatrie générale.

♦ loi du 18 janvier 1994, circulaire du 8 décembre 1994 et guide méthodologique

Le transfert de la prise en charge sanitaire des détenus de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier a été préconisé par le rapport du Haut Comité de la Santé Publique sur la santé en milieu carcéral (5). Cette volonté s'est concrétisée par la loi du 18 janvier 1994 et ses textes d'application (décret du 27 octobre 1994, circulaire du 8 décembre 1994 avec son guide méthodologique). Ces textes se sont notamment inspirés des S.M.P.R pour créer des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires chargées des soins somatiques proposés aux détenus.

L'objectif est d'assurer à la population incarcérée une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population.

La mission confiée au service public hospitalier recouvre les aspects somatiques et psychiatriques de la prise en charge, dans ses dimensions de soins et de prévention. La mission s'étend à l'ensemble des établissements pénitentiaires à l'exception des établissements du "programme 13 000", dans lesquels les soins sont assurés par des équipes médicales dépendant des groupements privés.

Les principes fondamentaux établis par les textes de 1986 sont toujours applicables. Le dispositif mis en place par les textes de 1986 est d'une part complété par la création de S.M.P.R supplémentaires et d'autre part renforcé par l'implication des secteurs concernés dans la prise en charge des détenus, notamment en établissements pour peine.

Les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire ont pour mission de répondre aux besoins de santé mentale des détenus d'une aire géographique donnée. Chaque secteur correspond à tout ou partie d'une des 9 régions pénitentiaires et de la mission d'Outre Mer de l'administration pénitentiaire.

Chaque établissement pénitentiaire (hors les 21 prisons 13 000) est rattaché à un établissement hospitalier par convention.

En règle générale, il revient aux établissements de rattachement des secteurs de psychiatrie générale intervenant en milieu pénitentiaire d'assurer les hospitalisations d'office des détenus décidées en application de l'article D. 398 du code de procédure pénale.

L'équipe du S.M.P.R intervient essentiellement en milieu carcéral et le cas échéant à l'issue de l'incarcération. Le S.M.P.R assure les soins courants au bénéfice des détenus de son établissement d'implantation et constitue le lieu d'accueil, pour des soins plus intensifs, pour les détenus de l'ensemble des établissements pénitentiaires de son secteur, y compris ceux dans lesquels les prestations sanitaires ont été confiées à des sociétés privées (établissements du "programme 13 000").

Dans les 187 établissements pénitentiaires de France, on distingue trois types d'organisation de soins psychiatriques (7) :

- les interventions des secteurs de psychiatrie générale ayant passé convention avec un établissement pénitentiaire de proximité ;
- les consultations psychiatriques intégrées dans les services médicaux des établissements pénitentiaires du "programme 13 000" ;

- les 26 S.M.P.R qui mettent en œuvre des actions de prévention de diagnostic et de soins au bénéfice de la population incarcérée dans l'établissement où il est implanté et de celle provenant des prisons relevant du secteur psychiatrique concerné.

Actuellement 125 secteurs de psychiatrie générale interviennent en milieu pénitentiaire.

A partir du 4 mars 2001, la prise en charge sanitaire des personnes détenues dans les établissements du programme 13 000 est confiée au service public hospitalier (lettre DHOS/O2/ER n° 200413 du 27 décembre 2000). Cela doit permettre une unité de situation entre tous les établissements pénitentiaires.

1.2.2 un cadre juridique complexe pour permettre l'hospitalisation d'office d'un détenu

La circulaire du 8 décembre 1994 précise que lorsque l'état de santé mentale d'un détenu est incompatible avec son maintien en détention, un transfert est réalisé dans un service hospitalier de psychiatrie, hors S.M.P.R, en application de l'article D 398 du Code de Procédure Pénale. La procédure engagée est celle d'une mesure d'hospitalisation d'office prise par arrêté préfectoral en application de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

La circulaire mentionne que le directeur de l'établissement de santé est informé par le chef de l'établissement pénitentiaire des conditions dans lesquelles le détenu hospitalisé peut entretenir des relations avec l'extérieur du fait de son double statut de détenu et d'hospitalisé.

♦ Code de la Santé Publique

La loi du 27 juin 1990 a remplacé la loi du 30 juin 1838, passant d'un concept d'aliénation mentale et d'internement aux concepts de maladie mentale et consentement du patient au soin. Le statut de l'hospitalisation libre devient le statut de droit commun.

Dans sa pratique, la loi de 1838 tendait à la fois à réguler l'ordre public et à accueillir les personnes malades ; c'était une loi de sécurité et d'assistance mais pratiquement pas une loi de soins, car à l'époque la psychiatrie était relativement impuissante face aux manifestations de psychose profonde et elle était réduite à contenir et à enfermer physiquement (33).

Cette loi a été votée pour protéger le citoyen enfermé contre l'arbitraire aussi bien que pour protéger le citoyen du dehors contre les malades mentaux.

Le législateur, lors du vote de cette loi, n'a pas envisagé le cas de la personne détenue transférée dans un service de psychiatrie générale. Elle reste muette sur le statut juridique du détenu hospitalisé et donc sur les droits de ce dernier.

article L 3213-1

Le détenu a un double statut : celui de détenu et celui du malade hospitalisé sans son consentement en hospitalisation d'office, selon l'article L 3213-1 (ex L.342) du nouveau Code de la Santé Publique: *« A Paris, le préfet de police et, dans les départements, les représentants de l'Etat prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L 3222-1(ex L 331) des personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes. Le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire. »*

En pratique, les psychiatres du secteur public intervenant en milieu pénitentiaire exercent dans l'établissement lié par convention avec la prison, et dans le département des Bouches du Rhône, ce sont eux qui rédigent le certificat médical initial.

article L 3213-7 (ex L 348)

« Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un non-lieu, d'une décision de relaxe ou d'un acquittement en application des dispositions de l'article 122-1 du code pénal pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, elles avisent immédiatement le représentant de l'Etat dans le département, qui prend sans délai toute mesure utile, ainsi que la commission mentionnée à l'article L 3222-5. »

article L 3211-3 (ex L 326-3)

« Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement en application des dispositions du chapitre III du présent titre, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. »

♦ Code de Procédure Pénale

article D 398

Il faisait référence, jusqu'à sa révision en 1998, aux détenus en état "d'aliénation mentale", ce qui n'était pas sans entraîner des questionnements de la part des psychiatres. En effet, la maladie mentale n'était pas forcément assimilable à une aliénation mentale alors que l'état d'aliénation était une condition nécessaire et suffisante pour procéder à l'hospitalisation d'office d'un détenu. A l'extrême, une dangerosité psychiatrique en relation avec des troubles mentaux non apparentés à un état d'aliénation mentale ne justifiait pas l'hospitalisation d'un détenu dans un service de psychiatrie générale (1).

Ce constat a amené à la révision de cet article avec la modification du terme aliénation mentale par celui de troubles mentaux: *«Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L.342 du Code de la Santé Publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L.331 du Code de la Santé Publique...»*

Ainsi seul le mode d'H.O est juridiquement possible pour un détenu. En pratique cependant, le motif de trouble à l'ordre public en raison de troubles mentaux - tels que décrits dans l'article L 3213-1 (ex L 342) visant à prononcer une hospitalisation d'office - n'est pas concevable car la personne se trouve en prison. Le détenu relèverait le plus souvent d'une H.D.T si on tenait compte des raisons médicales motivant l'hospitalisation.

Le principe de ne pas faire garder les détenus à l'hôpital a été conservé dans le contenu de l'article D.398:

«...Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article

D 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation ».

Cette surveillance est estimée inutile dans un service de psychiatrie alors qu'elle est légale pour les détenus hospitalisés dans un autre service (soins somatiques). Ceci fait référence au fait que les services psychiatriques sont déjà habilités à garder en hospitalisation sans consentement d'autres malades. Cela n'est pas sans poser de sérieux problèmes que nous évoquerons dans une autre partie.

L'ancien article D 398 du Code de Procédure Pénale de 1958 se référait à la loi de 1838 sur les aliénés mentaux, où l'hôpital s'apparentait davantage à un lieu d'enfermement ; cette conception de l'hôpital est devenue inadaptée avec la loi du 27 juin 1990 : on ne peut que constater que la révision de cet article en 1998 n'a pas suivi les profonds changements de la psychiatrie hospitalière. (cf. l'évolution de la pratique)

article D 395

Pour que la maladie ne retarde pas la fin de peine, il est précisé dans l'article D 395 du Code de Procédure Pénale que *« les détenus admis à l'hôpital sont considérés comme continuant à subir leur peine ou, s'il s'agit de prévenus, comme placés en détention provisoire. Les règlements pénitentiaires demeurent applicables à leur égard dans toute la mesure du possible ; il en est ainsi notamment en ce qui concerne leurs relations avec l'extérieur...»* (cela concerne les communications, le courrier, les permis de visites).

♦ autres textes

circulaire n° 99-0273 relative aux transferts de personnes détenues hospitalisées d'office

Cette lettre ministérielle du 26 juillet 1999 précise que dès notification de l'arrêté d'HO, l'établissement de santé d'accueil est tenu d'aller chercher, sans délai, le patient détenu.

En règle générale, l'hôpital d'accueil est l'établissement de santé signataire avec l'administration pénitentiaire du protocole de soins psychiatriques, ou, lorsque l'établissement pénitentiaire d'écrou du malade relève du "programme 13 000", l'établissement de santé de rattachement du secteur de psychiatrie générale du lieu d'implantation de cet établissement pénitentiaire.

L'autorité préfectorale peut, au vu des renseignements fournis par le chef de l'établissement pénitentiaire, décider d'une escorte en application du deuxième alinéa de l'article D 394 du code de procédure pénale.

Le transport de retour en détention d'une personne détenue, à l'issue d'une levée d'H.O, ne relève pas de l'autorité sanitaire. Dès réception du certificat médical demandant la levée d'H.O, il appartient au préfet de saisir l'administration pénitentiaire qui lui désigne l'établissement pénitentiaire dans lequel le détenu doit être réintégré. L'autorité préfectorale organise, sans délai, le transfert dans les conditions prévues pour l'escorte, au second alinéa de l'article D 394 du code de procédure pénale.

♦ consignes de la direction des hôpitaux

Le chef de l'établissement pénitentiaire doit communiquer au directeur de l'établissement de santé les permis des personnes autorisées à rendre visite au détenu.

Les courriers d'un détenu hospitalisé d'office transitent par l'établissement pénitentiaire. Le détenu peut écrire sous pli fermé au directeur de l'hôpital dans lequel il est soigné sans que ce courrier ait à transiter par l'établissement pénitentiaire.

Les conditions juridiques de l'accès aux communications téléphoniques des personnes incarcérées et les difficultés d'organisation qui en découlent conduisent à ne pas autoriser les détenus à téléphoner ou à recevoir des communications téléphoniques pendant leur séjour à l'hôpital. Cependant dans des situations très spécifiques, l'établissement de santé pourra être amené à solliciter l'administration pénitentiaire, afin de faire exception à cette règle.

1.3 REFORME DU CODE PENAL

Une réforme du Code Pénal en 1992 a abrogé l'article 64 (Code Pénal de 1810) qui énonçait: « *il n'y a ni crime ni délit si le sujet au moment des faits était en état de démence ou sous l'appartenance d'une force à laquelle il n'a pas pu résister* » au profit de l'article 122-1, entré en vigueur le 1er mars 1994.

◆ Article 122-1

L'article 122-1 alinéa 1 précise que: « *n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.*»

l'alinéa 2 stipule que « *la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable; toutefois la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime.*»

Les psychiatres reprochaient à l'ancienne rédaction d'exprimer une quasi disparition de l'acte lui même que les thérapeutes voulaient restituer symboliquement à l'auteur, même s'il ne subissait pas de peine. Les juristes étaient aussi mal à l'aise face à ce texte car ils voulaient rappeler la matérialité de l'acte ne serait-ce que dans ses conséquences civiles. Les victimes ou les familles des victimes s'estimaient privées d'un procès. (15)

S'il s'agit d'un prévenu, lorsque l'irresponsabilité est prononcée en vertu de l'article 122-1 alinéa 1, le juge d'instruction est amené à se dessaisir en rendant une ordonnance de non lieu, le tribunal de police ou le tribunal correctionnel prend une décision de relaxe et la cour d'assises doit prononcer un acquittement. Dans le cas où l'état mental du sujet pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, le sujet est hospitalisé d'office par arrêté préfectoral au titre de l'article L 3213-7 du Code de la Santé Publique.

◆ Réflexion menée par le groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990

Le rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990 (35) évoque à propos de la responsabilité pénale et psychiatrique une solution nuancée pour l'article 122-1 alinéa 1 : en effet l'application de ce dernier revient au même pour le malade, la victime et la société : il n'y a pas de procès, pas de poursuite, pas de sanction. Par ailleurs, cette procédure n'est pas toujours la plus protectrice pour le malade. En effet, si le juge estime au vu du rapport d'expertise ou d'un autre rapport, que le malade continue à être dangereux, il peut demander qu'il soit hospitalisé en H.O selon l'article L. 348 de la loi de 1990.

L'application des deux articles L 348 et L 348-1 (qui dit que la levée d'H.O intervenue en application de l'article L 348 n'est effective qu'après décision conforme de deux experts n'appartenant pas à l'établissement), après que le malade ait "bénéficié" de l'application de

l'article L.122-1, a pour effet d'hospitaliser le malade pour une durée indéterminée, laissée à la seule appréciation de deux experts. « *Ceci n'est pas satisfaisant du point de vue des droits de l'homme.* »

Le groupe propose une solution nuancée : une même procédure serait appliquée que les troubles mentaux aient aboli ou qu'ils aient seulement altéré le discernement d'une personne. Ainsi le procès peut avoir lieu et la personne devient punissable. Le procès peut aussi conclure à la dispense de peine lorsqu'il est reconnu que la personne a perdu ses capacités de discernement.

Le groupe considère que cette solution a trois avantages :

- ✓ d'une part de ne pas préconiser une solution en terme d'alternative tranchée : soit une personne est responsable, soit elle ne l'est pas. En effet, il y a des degrés très divers d'atténuation de la responsabilité.
- ✓ d'autre part, il faut considérer les troubles mentaux, même quand il s'agit d'états de démence pendant lesquels la personne a commis un crime, comme des troubles réversibles. « *La personne reste une, même si elle a connu des états de dissociation. Il faut donc pour elle qu'elle puisse assumer jusqu'à la responsabilité à posteriori des actes qu'elle a commis, même en état de démence. Payer a aussi un sens thérapeutique.* »
- ✓ enfin la personne qui a été jugée parce qu'elle a commis un crime ou un délit en état de démence fera l'objet d'une peine à purger en prison ou si le traitement adéquat de ses troubles ne peut être apporté en régime pénitentiaire, en hôpital, pour une durée limitée. Passé ce temps, si les médecins traitants estiment que ses troubles mentaux la rendent encore dangereuse, elle peut être hospitalisée sans son consentement, mais dans un régime de droit commun. La durée d'hospitalisation, suite à l'acte criminel ou délictueux doit donc dépendre du juge ; elle doit comme toute peine de détention être fixée avec une limite supérieure.

Cette proposition de réforme des articles L 348 et L 348-1 de la loi de 1990 s'appuie sur une réforme de l'article L 122-1 du code pénal.

2 - UNE MOBILISATION NATIONALE AUTOUR DES DETENUS PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

L'état de santé des personnes qui arrivent en prison a fait l'objet d'une enquête menée en 1997 sur l'ensemble des maisons d'arrêt et des quartiers en maison d'arrêt des centres pénitentiaires, soit 135 établissements (23).

Les principaux résultats montrent que près d'un entrant sur cinq déclare un traitement en cours par médicament psychotrope ; il s'agit dans la plupart des cas d'un traitement par anxiolytique ou hypnotique. Dix pour cent des entrants déclarent avoir été régulièrement suivi par un psychiatre, un psychologue ou un infirmier psychiatrique au moins une fois par trimestre ou avoir été hospitalisé dans les douze mois précédant leur incarcération. Parmi eux, environ 60% ont un traitement en cours par psychotropes.

L'enquête révèle que 4% des entrants déclarent à l'arrivée en prison, un traitement par antidépresseur et 3,5% par neuroleptique, ce qui est nettement plus élevé que dans la population générale (respectivement 2% et 0,7%).

2.1 DES PUBLICATIONS ET RAPPORTS NATIONAUX UNANIMES POUR CONSTATER L'AUGMENTATION DU NOMBRE DE PERSONNES EN DETENTION PRESENTANT DES TROUBLES MENTAUX

L'accroissement de la proportion de malades mentaux dans les établissements pénitentiaires s'explique de différentes manières, notamment par l'évolution de la pratique psychiatrique ainsi que celle de la pratique expertale et pénale.

L'évolution de la pratique psychiatrique représente une avancée majeure pour la grande majorité des patients, mais montre ses limites pour un petit nombre. (13,22)

L'évolution des idées et des pratiques s'est faite dans le sens de l'ouverture des services de psychiatrie sur la cité sous l'impulsion de la mise en place de la sectorisation à partir des années 1970. Cela a permis l'accès aux soins pour un plus grand nombre de malades (dont ceux souffrant de graves troubles mentaux) et leur intégration dans la société. Cette politique d'ouverture alliée à l'apparition de nouvelles thérapeutiques s'est traduite par le

développement des structures alternatives à l'hospitalisation (prises en charge ambulatoires) et parallèlement par la forte diminution des capacités de lits hospitaliers en psychiatrie ces dix dernières années (6, 15, 29).

La règle de droit permet aux patients d'aller et venir dans un service, sauf restrictions prévues par la loi. Mais la pratique en psychiatrie peut se révéler différente ; aussi une circulaire ministérielle du 19 juillet 1993 a rappelé ce principe : « parmi les droits des patients hospitalisés en raison de troubles mentaux figure celui d'aller et venir librement à l'intérieur de l'établissement où ils sont soignés ; cette liberté ne peut donc pas être remise en cause s'agissant de personnes qui ont elles mêmes consenti à recevoir des soins psychiatriques. »

Ainsi l'évolution de la psychiatrie, avec la mise en place de la politique de secteur et les progrès des thérapeutiques a permis le « *retour dans la cité* » du psychotique. Mais cette « *désaliénation* », si elle n'est pas accompagnée d'une prise en charge très régulière « *hors les murs* » peut conduire à la délinquance (9).

Aussi la volonté humaniste de la « *réinclusion sociale du fou* » est souvent difficile à concrétiser. Les malades difficiles et/ou dangereux génèrent même à l'intérieur de la vie hospitalière un sentiment d'insécurité chez le personnel infirmier.

Menée au terme de sa logique, cette volonté d'insertion aboutit pourtant à la responsabilisation des psychotiques mais aussi à la judiciarisation de leur prise en charge en cas de délit (9, 16).

On peut se demander si les prises en charge alternatives ne montrent pas leurs limites pour des patients dont le suivi est rendu difficile par une mauvaise compliance aux soins, et par un isolement social et familial.

L'insuffisance des dispositifs d'hébergement sociaux, de structures d'accueil pour adultes handicapés est aussi à prendre en considération pour expliquer ce constat.

L'évolution de la pratique expertale et pénale entraîne une judiciarisation accrue des actes médico-légaux commis par les malades mentaux (2,4,15,18,19,29)

Le premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal est abandonné au profit de l'alinéa 2 par les experts psychiatres au motif qu' « *un sujet qui serait dépossédé de ses actes n'en serait plus un et se trouverait ainsi exclu de la communauté des hommes* »(37). Pour certains psychiatres, la question se pose sur l'adaptation de la responsabilité pénale et de

l'incarcération comme mode de réponse des actes d'un sujet délinquant ou criminel atteint de folie (13, 22).

L'application de l'alinéa 2 (responsabilité atténuée) conduit paradoxalement le plus souvent à une aggravation des peines et à un allongement de la durée de détention (1). L'évolution idéologique actuelle tend à rendre la personne malade mentale responsable de ses actes. En effet, certains estiment que permettre au sujet de répondre de ses actes relève du respect de la personne humaine(33). Responsabiliser les malades mentaux délinquants « *par la nécessaire assumption de l'acte par son auteur* » est considéré comme une étape indispensable à sa guérison. On assiste ainsi à un transfert de population du sanitaire vers le judiciaire et le pénitentiaire (16).

Ainsi, les experts peuvent déclarer comme responsable, au moment des faits délictueux, un sujet schizophrène suivi et stabilisé, même s'il est retenu à son égard une altération du discernement. La maladie est reconnue, mais le passage à l'acte n'est pas considéré comme étant en rapport avec un état délirant (30).

Les psychiatres ont interprété la loi dans un sens univoque ; selon eux, peu de troubles psychiques abolissent le discernement de la personne ou entravent le contrôle de leurs actes(12).

Le choix de l'expert est fondamental. Il ne devrait pas être responsable d'un service susceptible de recevoir les patients qu'il expertise. En effet l'expert exerce le plus souvent dans des hôpitaux psychiatriques dont le mode de fonctionnement actuel rend très difficile le séjour pour des personnes avec des troubles graves du comportement (1).

♦ rapport PRADIER (26)

En 1999, dans son rapport, le Docteur Pierre PRADIER s'est interrogé sur la qualité des soins dispensés aux détenus dans les prisons françaises. Une de ses conclusions est la suivante : « *Si on veut bien mettre à part le cas de la santé mentale (qui certes est loin d'être négligeable) la réponse est oui.* » Le nombre des détenus présentant des troubles mentaux est élevé et ceux-ci ne sont pas suffisamment surveillés et traités. Le rapporteur insiste sur le fait que le nombre considérable de psychotiques identifiés en prison est une source de questionnement pour les médecins.

Il explique au moins en partie cette situation préoccupante par les changements d'attitude des experts psychiatriques au cours des dix dernières années. En effet, lors des procès aux assises, on est passé d'une proportion de 16% d'accusés jugés irresponsables au moment des faits au début des années 80 à 0,17% pour l'année 1997.

Cette évolution est contemporaine d'une réforme du Code Pénal et ces chiffres traduisent le changement d'appréciation de la part des psychiatres experts ; *« leur qualité d'experts emporte tout naturellement la conviction des magistrats et des jurés »*. Cette évolution s'accompagne d'un alourdissement des condamnations

Une autre raison contribue à expliquer le nombre croissant de détenus présentant des troubles mentaux. Elle est liée à l'attitude des hôpitaux psychiatriques et de leurs personnels ; en effet, ceux-ci refuseraient souvent de recevoir dans leurs services des malades psychotiques très sévèrement atteints. La prison deviendrait alors le seul lieu susceptible de les accueillir.

Pierre PRADIER souligne enfin que *« les extrêmes difficultés rencontrées par les praticiens pour obtenir un placement d'office en service spécialisé lors d'épisodes aigus mettant en péril la vie du malade et/ou de ceux qui l'entourent, ce qui pose d'inextricables problèmes aussi bien dans les établissements en gestion directe que ceux à gestion déléguée. »*

Beaucoup de malades incarcérés alors qu'ils sont atteints de graves troubles du comportement ne sont ainsi pas pris en charge dans une structure hospitalière psychiatrique.

◆ commissions d'enquêtes parlementaires

Alertées par le livre de Véronique VASSEUR dénonçant les conditions de vie en détention (32), deux missions parlementaires, l'une de l'Assemblée Nationale (21, 22) et l'autre du Sénat (12, 13), ont été mises en place en janvier 2000 et ont rendu public le 5 juillet 2000 leurs rapports.

D'après les deux commissions, les malades mentaux représentent aujourd'hui près de 30% de la population carcérale. Il s'agit de détenus souffrant soit de troubles psychiques à leur entrée en prison, soit de troubles s'étant révélés au cours de leur détention (troubles liés à l'incarcération ou préexistants mais sous une forme légère n'ayant pas nécessité de soins auparavant). On retrouve en prison toute une gamme de manifestations cliniques, allant de l'inadaptation sociale au trouble psychiatrique grave.

Le fait qu'à l'issue de l'expertise de moins en moins de personnes sont déclarées irresponsables au moment des faits n'est pas récent. Sur une période de dix ans entre 1987 et 1997, le pourcentage d'accusés jugés irresponsables au moment des faits passe de 0,46 à 0,28% (la valeur la plus élevée est retrouvée en 1992 avec 0,72%) (21).

On peut noter que ces chiffres, fournis par l'administration pénitentiaire, ne correspondent pas à ceux publiés par le Docteur Pradier.

Pour les députés la priorité serait d'intervenir en amont, afin que « *des personnes qui n'ont pas leur place en prison ne se retrouvent pas dans le système pénitentiaire* » Le renforcement des équipes de soins psychiatriques apparaît alors comme une nécessité.

D'après eux, la question du type d'établissement le plus approprié pour accueillir les délinquants souffrant de graves troubles psychiatriques doit être tranchée, l'essentiel étant de mettre fin d'une façon ou d'une autre à la situation actuelle. La nature de ces établissements reste à définir : établissements pénitentiaires, sanitaires ou à double tutelle.

Pour sa part, la commission du Sénat estime que vue l'augmentation du nombre de détenus nécessitant l'application de l'article D 398 du code de procédure pénale les S.M.P.R ne sont pas en nombre suffisant pour gérer la maladie mentale en prison .

Les sénateurs constatent que la « *solution du moindre mal* », celle de l'incarcération des psychotiques, est une très lourde charge pour l'administration pénitentiaire. En effet ces détenus nécessitent par nature beaucoup plus d'attention, d'écoute et de soins.

En raison d'une dérive psychiatrique et judiciaire, des milliers de détenus atteints de troubles mentaux se retrouvent transférés entre les établissements pénitentiaires, leurs quartiers disciplinaires, les S.M.P.R, les U.M.D, les unités fermées des hôpitaux sans cohérence apparente. « *Paradoxe terrible, la réforme du Code Pénal et la nouvelle "pratique" des psychiatres ont abouti à un résultat inattendu : de plus en plus de malades mentaux sont aujourd'hui incarcérés.* »"

Parmi les 30 mesures d'urgence qu'elle préconise, la commission propose le renforcement des unités fermées des hôpitaux psychiatriques et au minimum le doublement le nombre de lits en U.M.D. En revanche, la création d'établissements spécialisés, gérés par l'administration pénitentiaire ne lui paraît pas souhaitable, car cela entraînerait une « *confusion entres les différentes missions* ».

2.2 UNE AUGMENTATION GLOBALE EN FRANCE DES DETENUS HOSPITALISES D'OFFICE AVEC DES DISPARITES SELON LES REGIONS

- Ministère de la Santé

Ces renseignements sont issus du bilan des rapports d'activité des Commissions Départementales des Hospitalisations en Psychiatrie transmis chaque année par les D.D.A.S.S au ministère.

Pour l'année 1997, on relevait 8016 admissions en hospitalisation d'office en France métropolitaine. Les détenus admis selon l'article D 398 représentaient 488 personnes dans 84 départements de métropole. Ceci représente 6% du total des H.O. Le rapport national n'individualise pas les chiffres pour chaque département. Les hospitalisations au titre de l'article L 348 s'élèvent à 225.

Pour l'année 1998, on note un total de mesures de H.O de 8453 pour tous les départements métropolitains. Les détenus représentent 661 admissions en H.O pour la métropole dans les 90 départements (les chiffres sont donnés par département), soit 8% du total des HO. Les hospitalisations d'office selon l'article L 348 sont stables par rapport à 1997 (230).

Les rapports d'activité de tous les C.D.H.P pour l'année 1999 ne sont pas encore disponibles à la D.G.S ce qui ne permet pas de faire une analyse des données.

- Ministère de la Justice

La population pénale comprend 52 122 détenus au 1^{er} juillet 2000 (métropole et outre-mer) dont 17 677 prévenus et 34 445 condamnés ; les femmes représentent 3,7% de cette population, les mineurs 1,5%. On compte 187 établissements pénitentiaires en France.

L'évolution du nombre total de détenus depuis dix ans montre une augmentation régulière entre 1990 et 1996 et à partir de cette date, la tendance s'inverse, notamment depuis 1998. Les personnes incarcérées restent plus longtemps en détention : le nombre de détenus purgeant une peine de plus de cinq ans a été multiplié par 2,5 entre 1988 et 1998.

L'administration pénitentiaire recense le nombre de détenus hospitalisés d'office sur une année (sachant qu'une personne détenue peut être hospitalisée plus d'une fois dans l'année mais ne sera comptée qu'une fois).

Pour 1997, ce chiffre s'élevait à 707 (France métropolitaine). En 1998, on compte 786 détenus hospitalisés, soit une progression de +11,2% en un an. En 1999, les hospitalisations d'office concernent 837 détenus, soit une augmentation de 6,5% en un an.

On doit souligner que cette augmentation des hospitalisations d'office des détenus n'est pas en relation avec l'augmentation des incarcérations.

**Tableau I. Répartition des hospitalisations d'office des détenus
selon les régions pénitentiaires**

	Détenus au 31/12/99 n	HO au 31/12/97 n	HO au 31/12/98 n	Évolution 97-98 %	HO au 31/12/99 n	Évolution 97-99 %	Ho/pop. pénale au 31/12/99 %
Bordeaux	4164	83	156	+ 88	143	-9	3,4
Dijon	3322	64	66	+3	128	+94	3,8
Lille	8276	137	123	-11	87	-41	1
Lyon	4170	57	38	-50	52	+37	1,25
Marseille	6421	37	109	+194	172	+58	2,7
Paris	12441	28	47	+68	65	+38	0,5
Rennes	4798	178	98	-82	108	+10	2,25
Strasbourg	4213	50	46	+2%	49	+7	1,15
Toulouse	3832	73	103	-121	33	-212	0,85
France métropole	51 472	707	786	+11	837	+7	1,62%

Les différences constatées selon les régions demanderaient une connaissance de la situation locale pour pouvoir être interprétées et comparées.

2.3 LA MISE EN PLACE DE GROUPES DE TRAVAIL ET MISSIONS MINISTERIELS

En 1995 une mission commune entre l'I.G.A.S et l'I.G.S.J sur les besoins d'hospitalisation des personnes incarcérées a établi un rapport (34) mais n'a pas traité la question des détenus souffrant de troubles psychiatriques.

L'année 2000 a été marquée par de multiples incitations ministérielles à mener des missions autour du thème de la santé en prison.

Une mission interministérielle d'évaluation de la loi de 1994 sur la santé des détenus, a été menée par l'I.G.A.S et l'I.G.S.J dans le but d'étudier la continuité des soins entre milieu pénitentiaire et milieu hospitalier ainsi que d'apporter une attention particulière à un certain nombre de problèmes spécifiques parmi lesquels ceux liés aux traitements psychologiques et psychiatriques. Les conclusions de cette mission sont attendues avant l'été 2001.

Le 11 juillet 2000, la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité et la Secrétaire d'Etat à la Santé et aux Handicapés confiaient aux Docteurs Jean-Luc ROELANDT et Eric PIEL une mission de réflexion et de prospective dans le domaine de la santé mentale.

Son objectif correspond à la formulation de propositions sur différents sujets dont les voies d'amélioration du dispositif de prise en charge en santé mentale pour la population placée sous main de justice. Ce rapport devrait être publié officiellement en juin 2001.

Un groupe interministériel Santé et Justice va être chargé de réfléchir à la prise en charge de la santé mentale des détenus, la première réunion doit se tenir à partir de la mi-mars 2001. Il comprendra des représentants de la D.G.S, de la D.H.O.S, des professionnels de santé de la psychiatrie en milieu pénitentiaire et hors milieu pénitentiaire ainsi que des représentants de l'administration pénitentiaire.

3 - UNE DIFFICILE PRISE EN CHARGE DES DETENUS HOSPITALISES D'OFFICE EN PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT DES BOUCHES DU RHONE

3.1 PRESENTATION DES DIFFERENTS PARTENAIRES IMPLIQUES

Ce département de 1 900 000 habitants implique un nombre de partenaires autour de l'hospitalisation des détenus en psychiatrie générale important de par la taille du département. (annexe 1)

- ✓ les établissements pénitentiaires,
- ✓ les secteurs de psychiatrie générale (personnel médical et para médical) et l'établissement de santé dont ils dépendent (le directeur),
- ✓ la D.D.A.S.S par l'intermédiaire de son directeur qui gère pour le Préfet les hospitalisations sans consentement et le M.I.S.P souvent sollicité pour l'articulation entre les différents acteurs,
- ✓ les services de police ou de gendarmerie pour les escortes,
- ✓ les Tribunaux de Grande Instance de Marseille, d'Aix et de Tarascon.

3.1.1 les établissements pénitentiaires

Au nombre de cinq, ils peuvent recevoir 3 600 détenus et se répartissent ainsi :

- ✓ Le centre pénitentiaire les Baumettes à Marseille, où est implanté le S.M.P.R, peut recevoir 1 500 détenus (dont 110 femmes); il comprend une M.A pour hommes, une M.A et un C.D pour femmes, un centre de semi-liberté;
- ✓ La maison d'arrêt d'Aix- Luynes est conçue pour 700 personnes ; on trouve en moyenne 50 mineurs et 250 jeunes majeurs;
- ✓ La maison centrale d'Arles accueille 200 détenus, le recrutement est national ;
- ✓ Les centres de détention régionaux de Tarascon et de Salon ont chacun une capacité d'accueil de 600 places.

Parmi ces établissements pénitentiaires, deux ont signé en 1995 un protocole avec un établissement de santé de proximité : le C.P les Baumettes avec l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (A.P.H.M) et la M.C d'Arles avec le C.H.G d'Arles. Les trois autres

sont des "établissements 13 000" dont le secteur de santé était géré par une société privée jusqu'au nouveau dispositif applicable à partir de mars 2001 qui prévoit de replacer la santé de ces prisons sous tutelle publique. Ainsi la maison d'arrêt d'Aix- Luynes et le centre de détention de Salon vont être rattachés par convention à l'hôpital Montperrin pour les soins en psychiatrie, le CD de Tarascon sera rattaché au CH de Montfavet situé dans le département voisin (Vaucluse), pour les soins délivrés en prison et les hospitalisations des détenus dépendront du C.H.G d'Arles.

3.1.2 les secteurs de psychiatrie générale

Au nombre de 26, ils sont répartis dans six hôpitaux :

- ✓ l' A.P.H.M comprend deux sites : le centre hospitalier de la Timone avec 4 secteurs et celui de Sainte Marguerite avec 2 secteurs,
- ✓ les centres hospitaliers (ex CHS) de Valvert, 4 secteurs et d'Édouard Toulouse, 6 secteurs se trouvent à Marseille,
- ✓ le CH de Montperrin comprend 6 secteurs, est situé à Aix en Provence,
- ✓ le C.H.G d'Arles compte 1 secteur de psychiatrie,
- ✓ le C.H.G de Martigues compte 3 secteurs.

3.1.3 le groupe de travail départemental sur la question de l'hospitalisation des détenus

Face à cette augmentation croissante du nombre d'hospitalisation de détenus dans les services de psychiatrie générale, une réflexion est menée depuis la fin de l'année 1998 sur ce thème par un groupe de travail émanant de la sous commission du C.D.S.M appelée "Psychiatrie et lois". Cette sous-commission fonctionne sous la forme de conférence de consensus. Elle se réunit 3 à 4 fois par an ou plus selon les besoins. Parmi les thèmes abordés figure celui de l'hospitalisation des détenus en service de psychiatrie.

Les participants sont des représentants des différents corps professionnels, des représentants de la D.D.A.S.S (dont le M.I.S.P) et des représentants des établissements publics disposant de services de psychiatrie : C.H.R.U, C.H.G, C.H.S.

Le groupe de travail est composé d'un psychiatre représentant son établissement et du M.I.S.P. Ce groupe est chargé d'approfondir les questions soulevées par l'hospitalisation des détenus. Chaque établissement, par l'intermédiaire du psychiatre "réfèrent" peut ainsi exposer sa position. Cette concertation commune a permis de mettre en place un protocole

d'orientation des détenus qui évite une sectorisation parfois délicate (à cause du nombre d'hospitalisations) sur les hôpitaux de proximité.

A ce jour, la question de l'hospitalisation des détenus n'a pas été abordée dans les projets d'établissement des C.H.S.

La dernière réunion de la commission "Psychiatrie et lois" s'est tenue le 17 octobre à l'hôpital Montperrin. A cette occasion, j'ai présenté les résultats de l'étude menée sur les détenus hospitalisés sous le régime de l'article D 398 pour l'année 1999. A l'issue de cette réunion (après un débat dans l'assistance), le président de la commission a estimé que celle ci n'était pas le lieu pour décider des meilleures structures à mettre en place pour les détenus et a souhaité que le conseil départemental de santé mentale ainsi que la conférence des présidents des commissions médicales des établissements spécialisés soient saisis.

3.2 ANALYSE ET QUANTIFICATION DU PROBLEME

A la demande du M.I.S.P maître de stage et des psychiatres, il est apparu nécessaire de clarifier les caractéristiques et les modalités d'hospitalisation de cette population pénale.

3.2.1 le nombre de mesures d'hospitalisation d'office de détenus

♦ Données quantitatives recueillies à la D.D.A.S.S

Nombre de mesures de HO dans les B.D.R				
	1997	1998	1999	2000
HO D398	33	50	54	114
HO autres	132	143	147	160
total HO	165	193	201	274
% D 398/total HO	20%	26%	27%	41,5%
évolution D 398 sur un an		+51,5%	+8%	+111%
évolution HO autres sur un an		+8,3%	+2,8%	+8,8%

Sur quatre ans le nombre d'hospitalisation d'office prononcé au titre de l'article D 398 a été multiplié par trois et a plus que doublé entre 1999 et 2000. Comparativement, le nombre de mesures de H.O autres (que celles concernant les détenus) a connu une progression peu élevée.

Il faut souligner que, dans le département, toutes les demandes d'hospitalisation au titre de l'article D 398 ont été satisfaites. Il est rapporté que dans quelques régions, des services de psychiatrie générale montrent une certaine résistance à recevoir les détenus.

♦ chiffres fournis par l'administration pénitentiaire

Ils font état de 37 détenus hospitalisés d'office pour la région pénitentiaire de Marseille en 1997 (cela comprend les départements de la région P.A.C.A. et la Corse). En 1998, ce chiffre passe à 109, soit une augmentation de 194,6%. L'année 1999 connaît toujours une augmentation notable avec 172 détenus soit +58% de progression.

L'administration pénitentiaire comptabilise le nombre de détenus hospitalisés au moins une fois dans l'année, ne sont pas prises en compte les multiples hospitalisations pour la même personne.

La population pénale moyenne du département s'élève à 3560 détenus à fin 1999, les mesures d'hospitalisation d'office représentent 1,5% pour 1999 et s'élèvent à 3,2% pour l'année 2000 (chiffre calculé sur l'effectif de 1999, or la population pénale ayant diminué en 2000 le pourcentage de H.O devrait être supérieur)

3.2.2 méthodologie

Ce travail sur les détenus admis en H.O selon l'article D 398 a débuté en 1998 à l'initiative d'un des M.I.S.P du département (Dr BEN SADOUN) et s'est poursuivi pour les années 1999 et 2000 lors de mon stage. Les dossiers ont été consultés à la D.D.A.S.S (bureau des hospitalisations sans consentement).

Il s'agit d'une analyse exhaustive qui a porté sur 54 dossiers pour 1999 et 114 dossiers pour l'année 2000. Un certain nombre d'items concernant cette population de patients-détenus ont été étudiés : l'âge, le domicile, le statut du détenu (prévenu ou condamné), l'établissement pénitentiaire où il se trouve incarcéré, l'établissement de santé dans lequel il

est hospitalisé, la durée de séjour, le mode de sortie après son hospitalisation, les symptômes cliniques présentés au cours de l'hospitalisation.

3.2.3 résultats

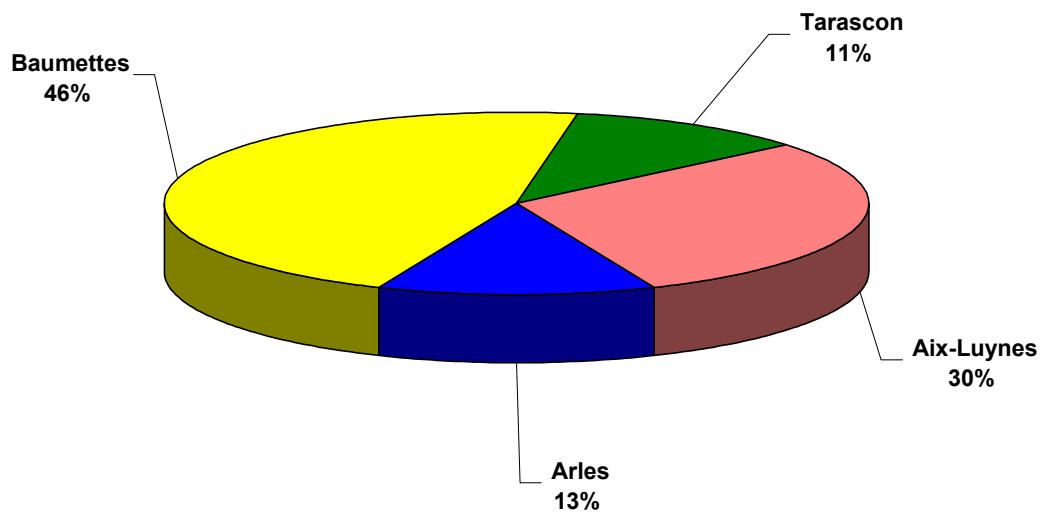
♦ Provenance des détenus

tableau 1- Nombre de mesures de H.O-D 398
par établissement pénitentiaire

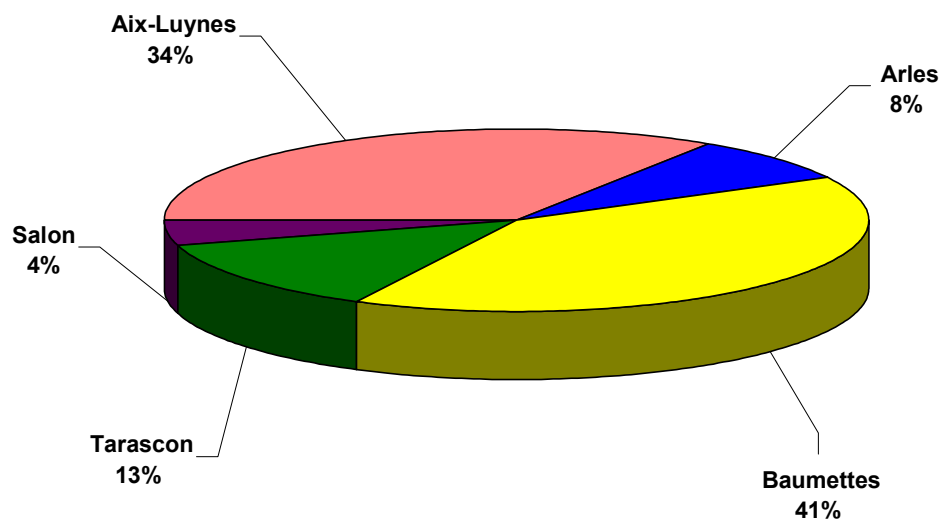
	1998	1999	2000
Baumettes	27	25	46
Aix- Luynes (MA)	16	16	39
Arles (MC)	4	7	9
Tarascon (CD)	2	6	15
Salon (CD)	1	0	5
Total HO	50	54	114

Commentaires : excepté la maison centrale d'Arles, tous les établissements pénitentiaires ont connu une forte augmentation des demandes d'hospitalisation. On ne peut conclure que ce phénomène se retrouve essentiellement dans les maisons d'arrêt, car en ce qui concerne les deux C.D régionaux, les chiffres ont plus que doublé en un an. Le fait que ces deux établissements pénitentiaires soient à gestion privée pour la santé est à approfondir comme une des explications possibles (vacations de psychiatres non totalement pourvues, motivation des médecins).

Provenance des détenus en 1999



Provenance des détenus en 2000

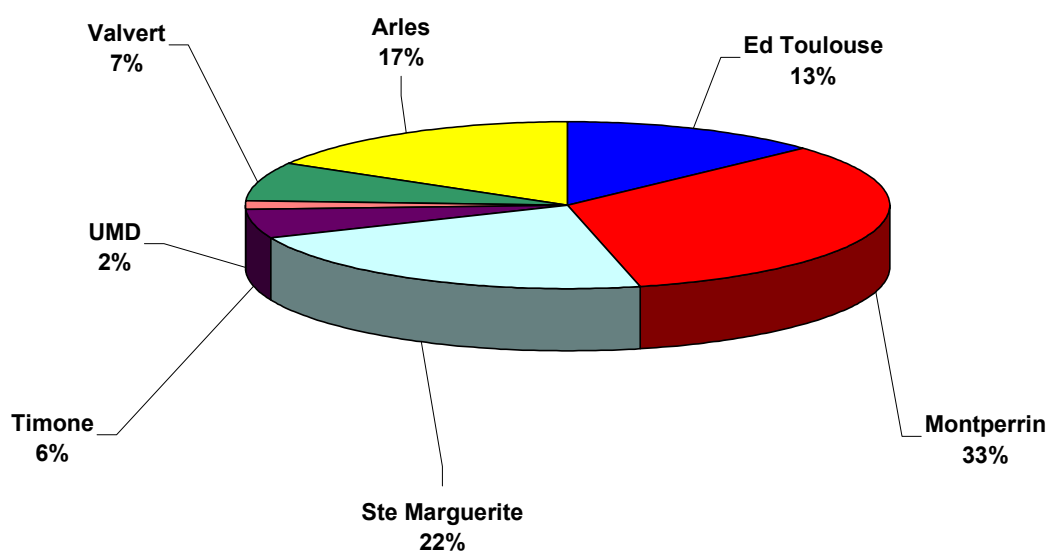


♦ Centres hospitaliers ayant admis des détenus

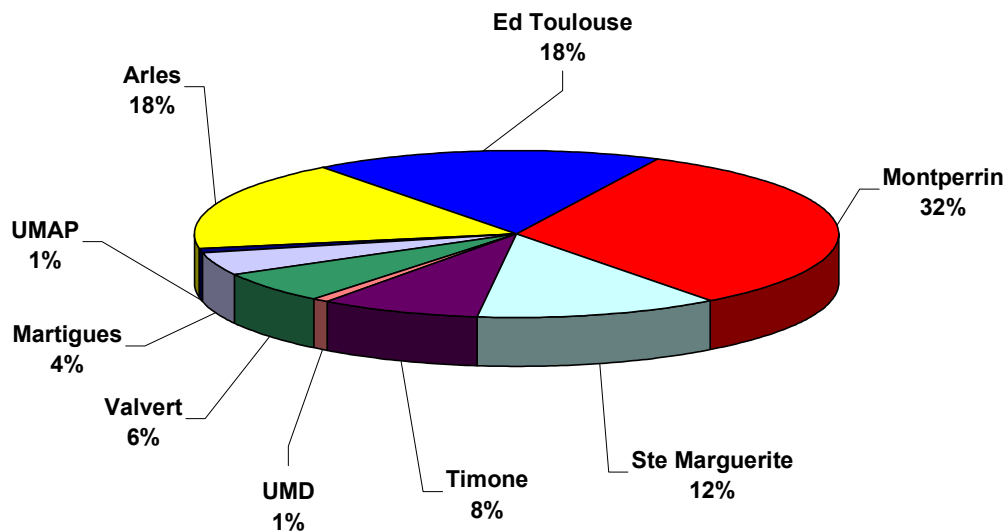
tableau 2- nombre de mesures de H.O -D 398
par établissement de santé

	1998	1999	2000
Montperrin	11	18	37
Sainte Marguerite	10	12	14
Timone	1	3	9
Édouard Toulouse	12	7	20
Valvert	6	4	7
Arles	3	9	20
Martigues	2	0	5
U.M.Dt	4	1	1
Autres (U.M.A.P/Nimes)	1	0	1
Total H.O	50	54	114

Centres Hospitaliers ayant admis des détenus en 1999



Centres Hospitaliers ayant admis des détenus (2000)



Commentaires : l'hôpital Montperrin a reçu près du tiers des hospitalisations d'office selon l'article D 398 du département pour l'année 2000. Ceci est à rapprocher avec la très forte demande d'admissions venant de la maison d'arrêt d'Aix Luynes (tableau 1). Ce centre hospitalier est à la fois établissement de secteur et de proximité et dépanne le secteur d'Arles.

Le service de psychiatrie du C.H.G d'Arles a été très sollicité en 2000, un seul secteur assure l'hospitalisation des détenus, et a reçu autant de détenus que le C.H d'Édouard Toulouse qui comprend six secteurs de psychiatrie.

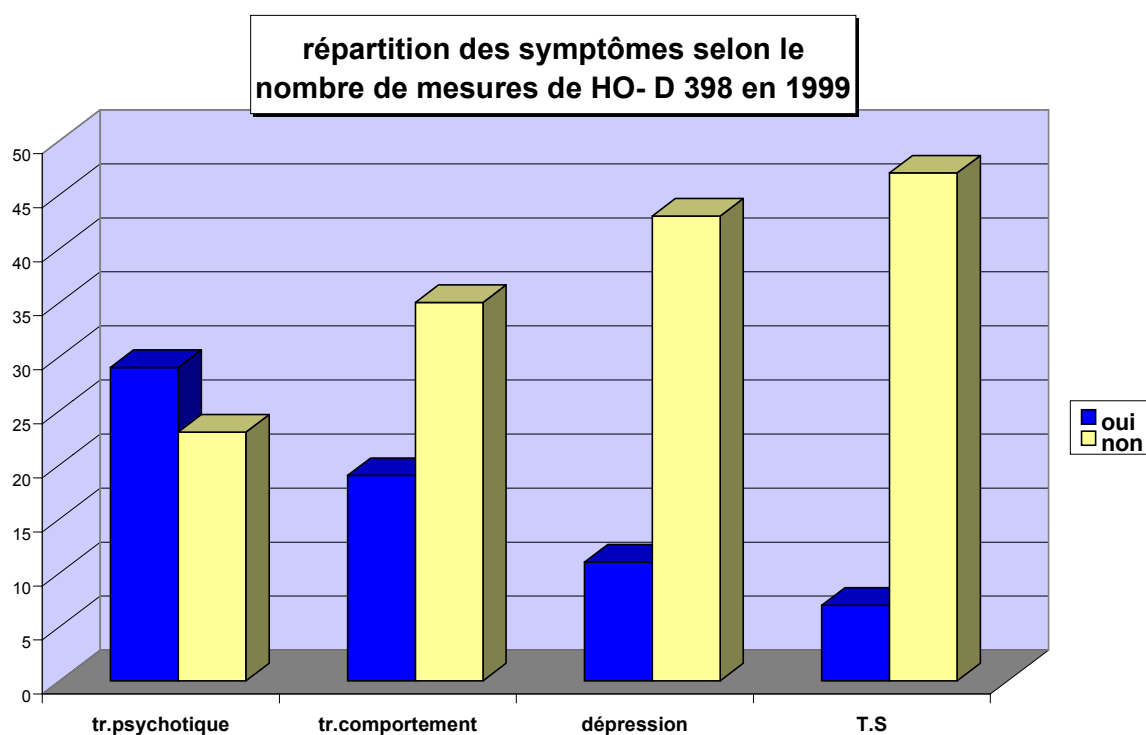
Cette forte augmentation d'H.O est due essentiellement à l'hospitalisation des détenus provenant de l'établissement pénitentiaire de Tarascon (tableau 1) La collaboration entre le C.H.G d'Arles et le C.H.S de Montfavet est faible alors que le S.R.O.S pour la psychiatrie le prévoyait.

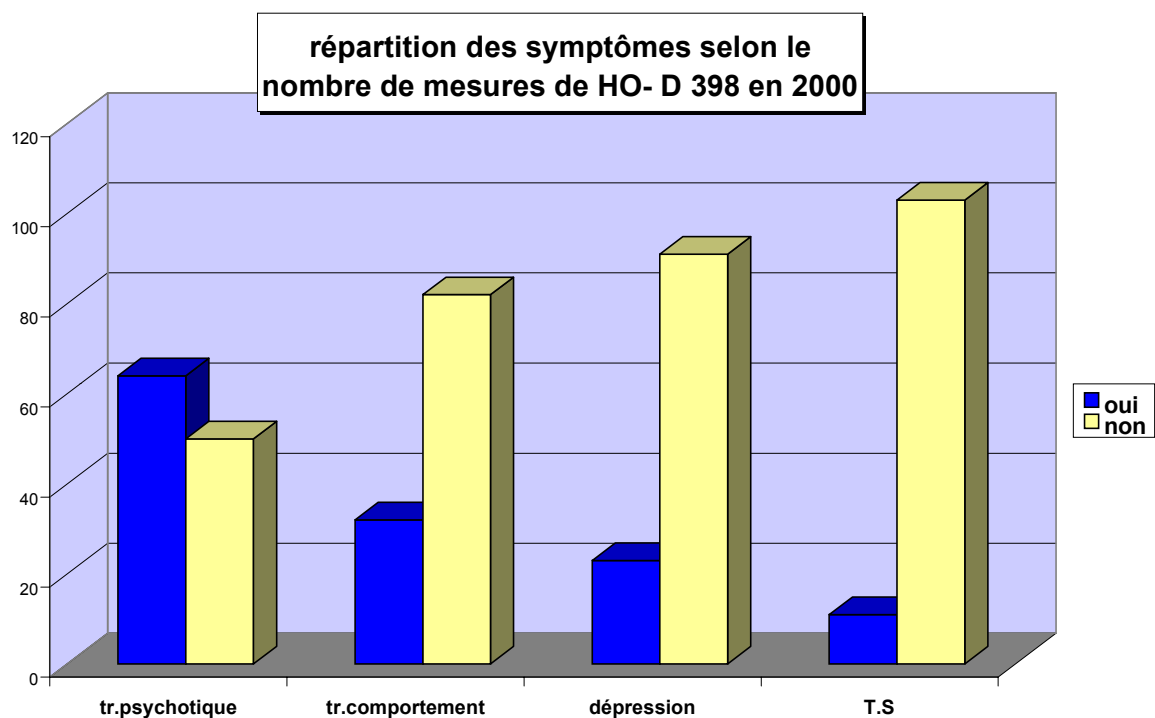
♦ Symptomatologie présentée

L'analyse des symptômes porte sur les deux dernières années car l'étude faite en 1998 a concerné les symptômes décrits dans le certificat médical initial (rédigé par le psychiatre intervenant en prison), or pour certains détenus, les troubles pathologiques n'étaient pas confirmés lors de l'hospitalisation (en particulier les éléments psychotiques).

Tableau 3- Répartition des symptômes retrouvés à l'hôpital

	1999	2000
Troubles psychotiques	54%	56%
Troubles du comportement sans délire	35%	28%
Dépression	20%	20%
Tentative de suicide	13%	10%





Commentaires: On entend par troubles psychotiques un état délirant et/ou un syndrome dissociatif. Les tentatives de suicide correspondent à des passages à l'acte avérés, ne sont pas prises en compte les idées suicidaires ni les risques de passage à l'acte.

Dans les troubles du comportement sans délire, on retrouve les états d'agitation psychomotrice, les états d'excitation isolée, d'hétéro agressivité, les personnalités psychopathiques.

Ces données concernent le nombre de mesures de H.O et non le nombre de personnes, certains détenus ayant été hospitalisés plusieurs fois dans l'année.

Ainsi en 1999, cinq personnes détenues ont été admises à l'hôpital à deux reprises, et deux ont été hospitalisées trois fois. Si on considère le nombre de malades détenus hospitalisés en 1999, cela représente un effectif de 45 personnes.

Dans ce sous groupe, 25 patients détenus ont présenté des troubles de la lignée psychotique (16 prévenus et 9 condamnés), soit 55,5% de l'effectif des personnes détenues hospitalisées (chiffre quasi similaire à celui du tableau 3).

Pour l'année 2000, quinze détenus ont été hospitalisés deux fois (dont dix souffraient de troubles psychotiques), quatre l'ont été trois fois (deux pour psychose) et une personne a fait l'objet de quatre hospitalisations (patient schizophrène).

Les 114 mesures de H.O ont concerné 88 détenus, parmi cette population 47 personnes ont été admises à l'hôpital pour symptomatologie psychotique (27 prévenus et 20 condamnés), ce qui représente 53,5% de l'effectif des détenus hospitalisés.

En 1998, on retrouvait 74% d'hospitalisation pour des troubles délirants (étude sur 46 dossiers). Ces données concernaient les troubles mentionnés dans le certificat initial et non ceux confirmés pendant l'hospitalisation.

Sur les deux dernières années, le nombre de détenus hospitalisés pour troubles psychotiques est stable et concerne la moitié des demandes d'admission en service de psychiatrie.

Les tentatives de suicide (T.S) ont été à l'origine de sept mesures d'hospitalisation d'office en 1999, il s'agissait de 2 condamnés et 4 prévenus (un a été admis à deux reprises pour ce motif). En 2000, les T.S ont occasionné 11 admissions en H.O pour un effectif composé de 5 détenus condamnés et 6 prévenus.

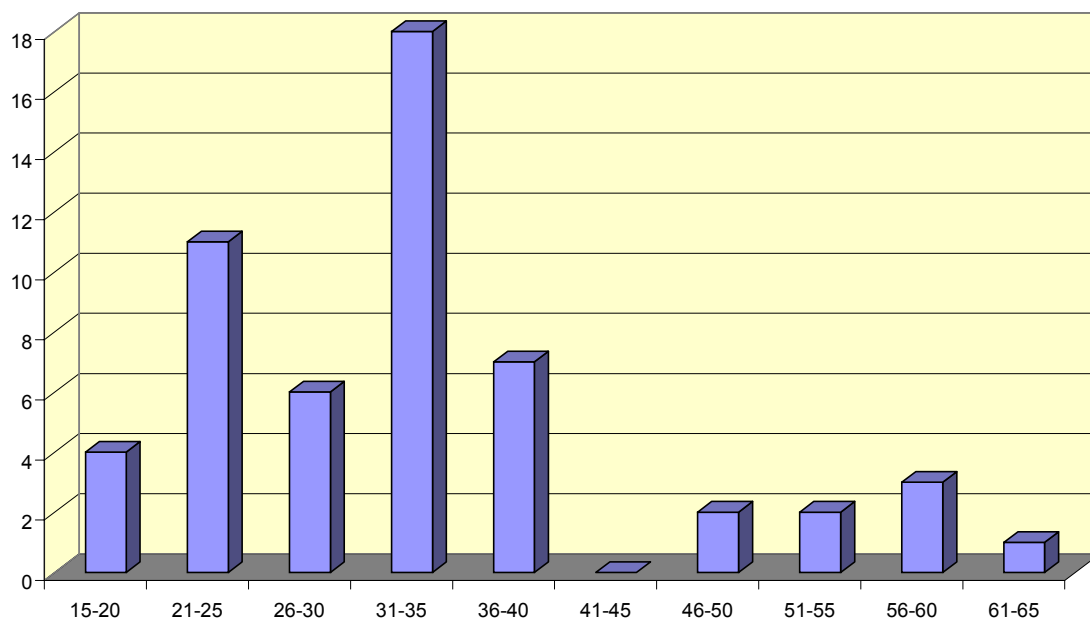
♦ Age moyen des détenus

Pour l'année 1998, l'âge moyen est de 29,5 ans, l'écart varie de 15 ans à 69 ans. Trois mineurs ont été hospitalisés au cours de cette année.

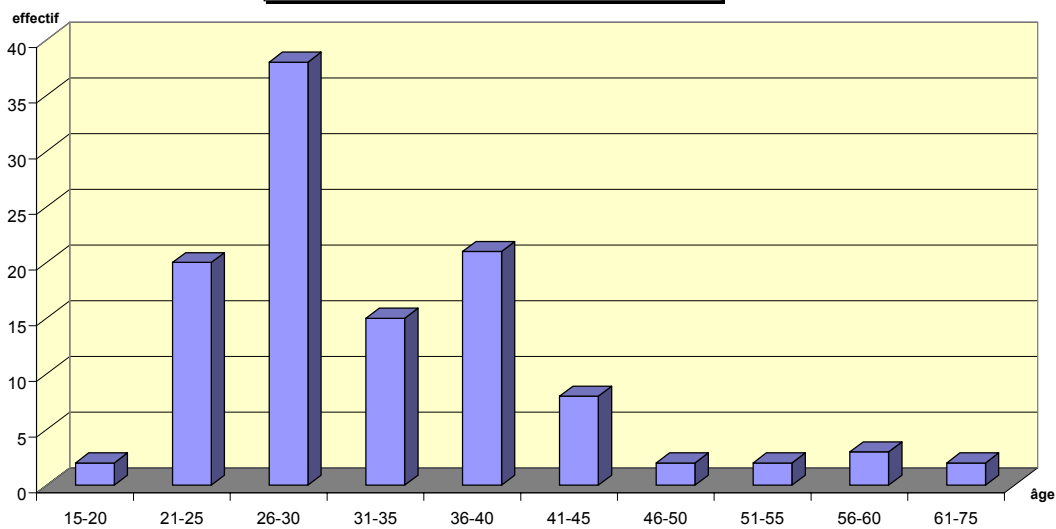
Pour 1999, l'âge moyen des détenus est de 33 ans, le plus jeune détenu est âgé de 17 ans (seul mineur hospitalisé) et le plus âgé de 61 ans.

En 2000, l'âge moyen se situe à 32,7 ans, allant d'un minimum de 19 ans à un maximum de 72 ans.

Répartition des détenus selon l'âge (1999)



Répartition des détenus selon l'âge (2000)



♦ durée moyenne d'hospitalisation

La durée moyenne de séjour (D.M.S) en 1999 se situe à 22,5 jours avec des durées d'hospitalisation comprises entre un jour (évasion), deux jours pour un détenu hospitalisé, et

sept mois. L'analyse a été faite sur 53 dossiers car une personne, hospitalisée plus d'un an, a été exclue.

En 2000, la D.M.S est de 18 jours avec des écarts allant de un jour à trois mois et demi. L'analyse a porté sur 112 dossiers car deux personnes détenues sont toujours hospitalisées au 5 mars 2001: l'une depuis trois mois et l'autre depuis neuf mois.

Tableau 4- Durée moyenne de séjour (en jour)
par établissement de santé

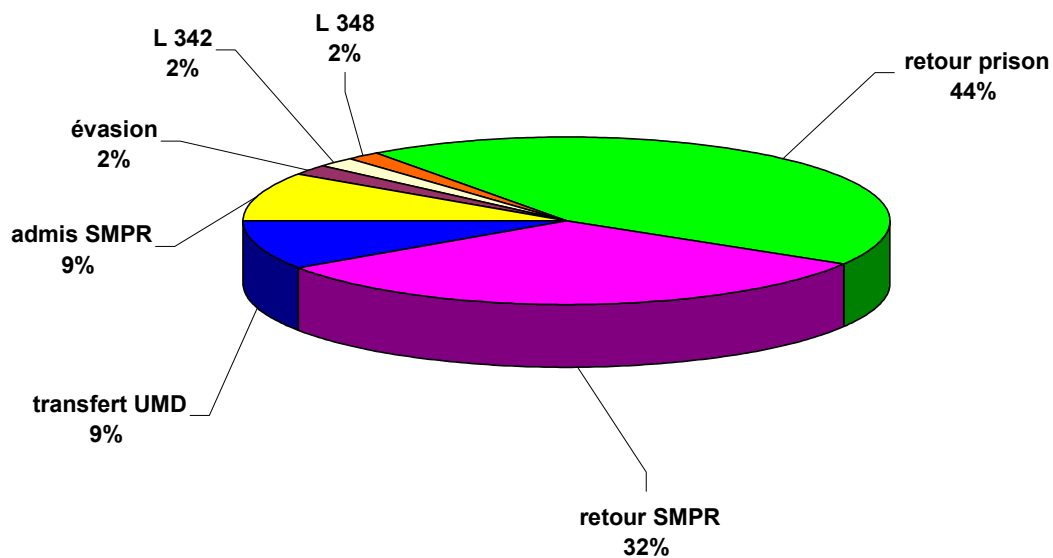
	1999	2000
CH Arles	16,5	14
CH Edouard Toulouse	18	16,5
CH Martigues	0	11
CH Montperrin	17	16
CH Sainte Marguerite	26,5	25,5
CH Timone	22	19,5
CH Valvert	9	22,5
UMAP	0	11
UMD	210	102

♦ Modalités de sortie de l'hôpital

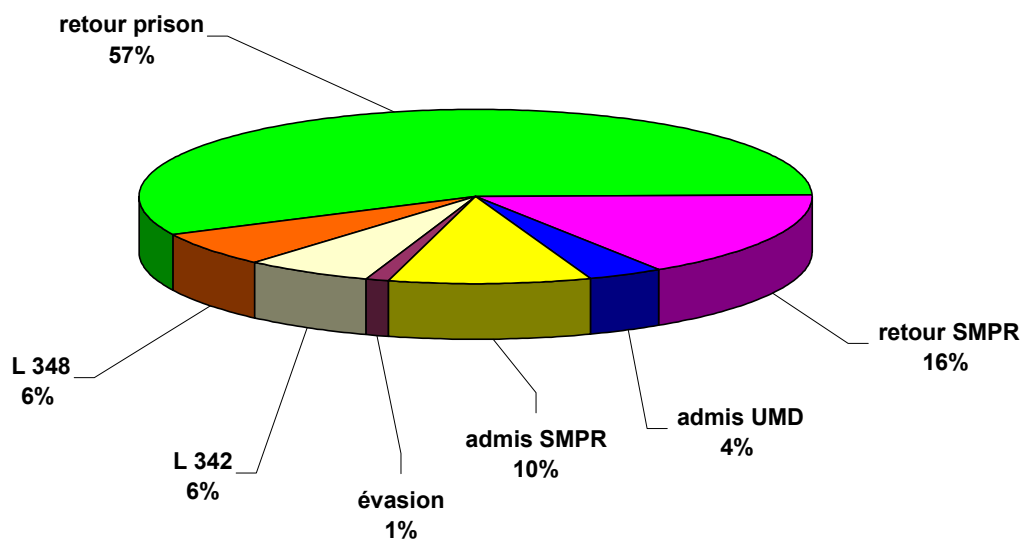
Tableau 5- répartition des H.O –D 398
selon le mode de sortie

	1998	1999	2000
Retour prison	14	24	64
Retour S.M.P.R	21	17	18
Admis S.M.P.R	2	5	11
Transfert U.M.D	1	5	4
Transfert U.M.A.P	2	0	0
L 348	1	1	7
L 342	3	1	7
Évasion	0	1	1
Décès	2		
Total	46	54	112

Modes de sortie des détenus (1999)



Modes de sortie des détenus (2000)



Commentaires : Pour l'année 2000, plus de la moitié des détenus ont regagné les cellules de leur établissement pénitentiaire à la sortie de l'hôpital, tandis que seulement 10% des détenus provenant d'une autre prison que celle des Baumettes ont été adressés au S.M.P.R. On constate que sur ces trois dernières années, le nombre de détenus hospitalisé au S.M.P.R après la prise en charge dans un service de psychiatrie diminue nettement : 50% en 1998 , 41% en 1999 et 26 % en 2000. Ce service, considéré comme susceptible de devenir un lieu de post-cure après l'hospitalisation en psychiatrie générale, semble être peu utilisé comme relais.

Le transfert depuis l'hôpital vers l'U.M.D a concerné cinq détenus en 1999 (un seul détenu avait été admis directement en U.M.D depuis la prison) et pour l'année 2000, quatre détenus ont été transférés de l'hôpital à l'U.M.D alors qu'un seul avait été hospitalisé directement en U.M.D.

Si on s'intéresse aux personnes incarcérées ayant bénéficié de l'article L 3213-7 (ex L 348), à savoir celles jugées irresponsables (après un temps passé en détention en attente du jugement), on constate que cet article a été appliqué une fois en 1998, une fois en 1999 et à sept détenus en 2000.

Les détenus dont la levée d'écrou s'est réalisée pendant leur hospitalisation ont fait l'objet d'une hospitalisation sans consentement selon l'article L 3213-1 (ex L342).

La totalité des détenus concernés par l'application d'un des articles L 3213-7 ou L 3213-1 présentaient des troubles psychotiques.

Enfin, une évasion a eu lieu en 1999 depuis l'hôpital, et deux en 2000, cependant un de ces deux détenus a été retrouvé le lendemain et a été ré hospitalisé (dans le tableau 5, il n'est pas compté dans les évasions du fait de cette hospitalisation alors que l'autre détenu n'a pas été retrouvé)

3.3 APPROCHE QUALITATIVE POUR EVALUER LES DIFFICULTES RENCONTREES

3.3.1 objectif et méthodologie

Cette enquête a pour but de percevoir les éléments essentiels de l'opinion des différents acteurs impliqués dans la prise en charge des détenus hospitalisés et notamment les difficultés rencontrées.

Cette enquête a été réalisée au moyen d'entretiens semi-directifs d'environ une heure menés à l'aide d'un guide (annexe 2).

3.3.2 déroulement des entretiens

Les interviews se sont déroulées en août 2000 et de décembre 2000 à janvier 2001 pour les personnes rencontrées sur le département et la région. Les rendez-vous ont été pris par téléphone, toutes les personnes contactées ont répondu positivement.

Je me suis rendue au ministère en février 2001 pour m'entretenir avec les personnes en charge du dossier « santé mentale et/ou prison » à la D.G.S et à la D.H.O.S.

Ont été interrogés :

au niveau du département

- ◆ pour les 3 C.H.S : trois chefs de service (chacun participant au groupe de travail départemental), un praticien hospitalier, deux cadres infirmiers et des infirmiers
- ◆ pour le C.H.R.U de Sainte Marguerite : un assistant chef de clinique, un cadre infirmier et plusieurs infirmières
- ◆ pour le C.H.R.U de la Timone: un chef de service, président de la commission "Psychiatrie et lois"
- ◆ pour le C.H.G d'Arles : un praticien hospitalier (membre du groupe de travail départemental) qui intervient aussi à la maison centrale
- ◆ pour le S.M.P.R : le chef de service et un praticien hospitalier participant au groupe de travail
- ◆ un psychiatre intervenant dans la maison d'arrêt d'Aix- Luynes
- ◆ un directeur et un directeur adjoint de C.H.S

- ◆ le directeur adjoint de l'établissement pénitentiaire des Baumettes

au niveau de la région

- ◆ pour l'U.M.A.P de Nice : le chef de service, la surveillante chef principal et le cadre infirmier responsable de l'unité,
- ◆ pour l'U.M.D de Montfavet : un praticien hospitalier, le cadre infirmier chef, un cadre infirmier responsable d'une des unités fonctionnelles,
- ◆ la directrice adjointe du C.H.S de Montfavet.

3.3.3 résultats

- ***Les psychiatres exerçant dans les services de psychiatrie générale sont unanimes sur le fait que la prise en charge des détenus hospitalisés selon l'article D 398 pose des problèmes importants.***

des conditions de séjour particulières : la chambre d'isolement

Pour des raisons de surveillance les détenus sont le plus souvent hospitalisés en chambre d'isolement (C.I) pendant toute la durée de l'hospitalisation. Dans la plupart des services de psychiatrie, ce lieu est le seul endroit totalement fermé en permanence.

Habituellement l'isolement d'un patient hospitalisé sans son consentement est une décision médicale, ayant une finalité thérapeutique, indiquée pour des malades "en crise". Or pour les patients placés sous main de justice, cette décision, qui peut se justifier sur un plan clinique à la phase aiguë de la maladie, est maintenue dans un but sécuritaire (les détenus ne sont pas gardés par la police dans un service de psychiatrie). Le personnel infirmier estime qu' "*il y a une confusion dans nos fonctions, nous sommes des soignants et on nous demande d'assurer une surveillance pénitentiaire*", "*ces malades sont laissés à notre entière responsabilité*".

Tous les secteurs du département disposent de chambre d'isolement, mais quand l'une d'elle est occupée par un détenu, cela peut durer un certain temps, aussi le manque de C.I disponible pour un patient nécessitant un isolement temporaire se fait ressentir de façon aiguë. Ce qui, entre autre, amène à raccourcir les durées d'hospitalisation de la personne détenue.

Ce phénomène s'explique aussi par les conditions de séjour dans une chambre d'isolement, lieu pouvant devenir rapidement insupportable quand les troubles psychiques ne justifient plus une telle prise en charge. *"le détenu demande à retourner en prison dès qu'il va mieux car il a plus d'espace, plus de liberté dans ses mouvements par rapport à la chambre d'isolement", "en hospitalisation psychiatrique le détenu se plaint des conditions d'hospitalisation, il est privé de la liberté de se déplacer "*

"S'occuper d'un détenu mobilise du personnel (surveillance intensive d'une personne placée en chambre d'isolement), au détriment des autres patients du service".

Les praticiens hospitaliers du service de psychiatrie du C.H.G d'Arles ont mentionné dans un certificat *"les conditions de pénibilité des détenus en général, dans un service où les autres patients sont censés aller et venir librement : nous n'avons pas d'autre solution que de placer les détenus dans une chambre de semi-isolement ou d'isolement pour éviter la fugue."*

une exception : l'unité sectorielle fermée dans un service

À l'hôpital de Sainte Marguerite, les détenus sont hospitalisés durant tout le séjour dans une unité fermée de six lits, incluant la chambre d'isolement (unité sectorielle). Cette unité comprend aussi une salle commune où se prennent les repas. Les deux services de psychiatrie disposent de locaux identiques, cependant la majorité des hospitalisations des détenus se déroulent dans un seul service, correspondant au secteur de rattachement de l'établissement pénitentiaire des Baumettes.

Le psychiatre responsable du service a décidé de ne pas admettre plus de deux détenus en même temps. Pour les infirmiers il s'agit d'une *"unité fermée mais non sécurisée"*, la surveillante préfère utiliser le terme de *"secteur en soins intensifs et non de secteur fermé"*.

D'après l'équipe soignante *" les détenus intimident les autres patients , ils se vantent d'avoir commis un crime, ils le font savoir au personnel soignant et aux patients"* ce qui peut engendrer chez les soignants de la *"crainte face à un détenu menaçant, d'autant plus si c'est un criminel"*.

"les détenus reproduisent le mode de fonctionnement de la prison, c'est la loi caïdale même s'il n'y a qu'un seul détenu hospitalisé, on doit lui rappeler le respect des autres personnes hospitalisées car le détenu fait du racket, mais c'est difficile de lui faire entendre".

"Il existe un problème de sécurité dans le secteur fermé, la surveillance est accrue, il faut se montrer plus vigilant en présence d'un détenu car le risque d'évasion n'est pas à écarter."

le contrôle des relations du détenu avec l'extérieur : article D 395 du code de procédure pénale

le droit de visite des familles considéré à visée thérapeutique par le psychiatre est soumis à l'autorisation du juge, *"le détenu est confié pour des soins au médecin et à l'hôpital mais jusqu'où va le droit de regard de la part de la justice ?"*

Dans un des C.H.S les médecins et la direction ont appris récemment qu'ils sont tenus de vérifier les visites autorisées par l'administration pénitentiaire et de contrôler le courrier destiné au détenu. Pour ce membre de la direction, *"les informations sur le passé pénal du détenu ne sont pas transmises par l'administration pénitentiaire, l'hôpital aimerait connaître l'état de dangerosité éventuelle du détenu (s'il s'agit d'un criminel ou d'un délinquant), le statut pénal, si le détenu est en début ou fin de peine "*.

le transport du détenu

Le problème du transfert du détenu à la sortie de l'hôpital est signalé. par une surveillante : *"la police demande l'accompagnement d'un infirmier pour le retour en établissement pénitentiaire "*(cela ne figure pas dans les textes réglementaires).

Toutefois, lors de la réunion "psychiatrie et lois" du 17 octobre 2000, ce point a été évoqué : il semble se dégager un certain accord sur le transport du patient : l'établissement de santé vient chercher le patient et l'établissement pénitentiaire se charge de son retour. Le Directeur du C.P des Baumettes a proposé la mise en place avec son établissement d'un protocole relatif au transport des détenus.

le détenu malade est-il perçu comme les autres patients hospitalisés?

Un médecin parle de rejet, de *"contre transfert de la part de l'équipe soignante"*, un autre évoque *" la crainte des soignants devant le mot détenu, même s'il s'agit d'un détenu incarcéré pour vol"*.

Le point de vue d'une surveillante est partagé par un certain nombre d'infirmiers *"les représentations mentales doivent changer car actuellement le statut de détenu prime sur celui de malade"*, une équipe soignante reconnaît *"porter inconsciemment un autre regard sur les détenus quand le délit est connu"*.

Un psychiatre du S.M.P.R comprend que *"les détenus soient perçus comme dangereux par les équipes soignantes du fait de leur statut de détenu"*, alors que cliniquement ces patients ne sont pas dangereux pour autrui le plus souvent.

l'indication d'hospitalisation du détenu est-elle pertinente?

Dans l'ensemble les praticiens jugent que les demandes d'hospitalisation sont justifiées, avec cependant quelques réserves : un chef de service évoque les *"H.O du vendredi qui ne sont pas toujours justifiées"* (les détenus admis dans cet hôpital viennent de la MA d'Aix-Luynes), un autre estime que le S.M.P.R envoie trop facilement les détenus à l'hôpital : *"le S.M.P.R se décharge sur les services de psychiatrie générale"*, point de vue partagé par un autre chef de service qui n'est *"pas d'accord pour que la psychiatrie générale s'occupe des cas difficiles (les D 398) que la psychiatrie pénitentiaire ne peut gérer"*, d'autant que plusieurs psychiatres insistent sur le fait que *"les S.M.P.R ont été très bien dotés en temps médicaux et personnel soignant"*.

Les psychiatres d'un C.H.S parlent de relations difficiles avec le S.M.P.R, dans un autre hôpital, les médecins et l'équipe soignante estiment que l'articulation entre le secteur et le S.M.P.R se passe bien.

La majorité des psychiatres considèrent que la plupart des détenus hospitalisés d'office selon l'article D 398 relèveraient d'une H.D.T sur le plan médical stricto sensu, car ils ne présentent que très rarement des troubles mentaux compromettant la sûreté des personnes au sens de l'H.O classique. Très peu de détenus sont adressés directement en U.M.D depuis la prison car ils ne répondent pas au critère d'indication pour ce type de structure (dangerosité psychiatrique).

la responsabilité de l'hôpital en cas d'évasion

"la direction est en première ligne et demande à chaque chef de service de s'assurer que la surveillance stricte du détenu soit faite" confie un membre de la direction; le directeur d'un C.H.S précise que *"le directeur de l'établissement a une responsabilité civile et pénale en cas de fugue de patient en H.O, responsabilité accrue s'il s'agit d'un détenu"*.

➤ **Que pensent les psychiatres de la responsabilisation pénale des malades mentaux?**

Un psychiatre considère que *"la question du sens de la peine ne se pose pas. Il ne faut pas raisonner en psychotique égal irresponsable car la frontière est parfois difficile entre la personne psychotique et la personne névrotique quand il y a passage à l'acte"*.

Certains praticiens estiment légitime de *"responsabiliser les psychotiques quand l'acte délictueux n'est pas en rapport avec la pathologie mentale"*, *"le malade psychiatrique n'est*

pas irresponsable en soi", un médecin cite le cas d'un jeune patient schizophrène, équilibré sur le plan psychique, ayant commis une agression avec une arme, "il n'a jamais eu de limite, il terrorisait sa mère, il avait un comportement de délinquant, la prison est justifiée, elle lui donne le sens de l'interdit, d'un acte répréhensible".

Un psychiatre signale qu'il y a "de plus en plus de jeunes délinquants dans notre société sans pour autant qu'ils présentent des troubles mentaux; la psychiatrie n'est pas là pour se substituer à la justice".

Un médecin pense que "l'augmentation de la responsabilisation des détenus malades mentaux quant à leurs actes a pour origine le courant psychanalytique des années 80 qui considère que le psychotique doit répondre de ses actes comme tout autre citoyen."

➤ **Peut-on expliquer l'augmentation du nombre de détenus hospitalisés en psychiatrie générale?**

Pour un chef de service, " l'augmentation des détenus hospitalisés d'office est un problème engendré par la pratique professionnelle des psychiatres du S.M.P.R ; il faut se donner un temps d'observation clinique, il faut travailler le non consentement aux soins".

Un psychiatre s'interroge sur " l'expérience de la psychiatrie carcérale qu'ont les psychiatres intervenant dans les prisons à gestion privée ".

Le praticien hospitalier du C.H.G d'Arles intervenant à la maison centrale d'Arles constate une *"augmentation ces dernières années dans l'établissement du nombre de détenus souffrant de troubles psychotiques "*. Il a mené une étude sur 100 dossiers d'entrants sur l'année ; à un instant donné 25% de la population pénale présente une psychose avérée (soit 50 détenus) et nécessitent des soins en continu ; parmi cet effectif, 10 à 20% seront hospitalisés pour une décompensation psychique. Si on prend en compte les détenus avec une structure prépsychotique, au total, près de 50% des condamnés incarcérés dans cet établissement pénitentiaire sont atteints de troubles mentaux.

L'entretien avec un des psychiatres intervenant dans la maison d'arrêt d'Aix- Luynes confirme le nombre élevé de détenus ayant des troubles psychologiques, ce médecin avance un chiffre de 40%.

Il relie ce phénomène à un *" problème de sociopathie : il faudrait revoir complètement le système dans notre société, il n'y a plus de valeurs tant au niveau de la famille, du couple*

que du travail. Ces jeunes détenus ont connu une carence affective, éducative depuis leur plus jeune âge ; ils ont grandi dans un milieu sans interdit. "

Dans cet établissement à gestion partiellement déléguée, une des difficultés est l'absence d'infirmier psychiatrique. Par ailleurs le roulement important des psychiatres peut gêner à la continuité de la prise en charge.

➤ **Comment les psychiatres du service médico-psychologique régional se situent-ils dans le dispositif de soins?**

La rencontre avec deux psychiatres du S.M.P.R a apporté des précisions sur les troubles mentaux retrouvés dans la population pénale de la région. Le nombre de patients psychotiques incarcérés va croissant. L'unité d'hospitalisation du S.M.P.R accueillait en 1995 33% de patients souffrant de psychoses chroniques avérées et invalidantes, ce chiffre s'élève à 60% en 1999 (37).

"Le consentement du patient est un axe prioritaire du soin. Hors les cas d'assistance à personne en danger, le soin sans le consentement du patient est illégitime en milieu pénitentiaire."

"Les soins psychiatriques en prison se justifient jusqu'à une certaine limite. Devant la gravité des troubles psychiatriques présentés et l'absence de consentement, la logique sanitaire commune prévaut."

L'unité d'hospitalisation comprend 32 lits où les hommes sont pris en charge pour des soins intensifs, 60% viennent de la maison d'arrêt des Baumettes, 40% des prisons de la région P.A.C.A-Corse.

Une présence soignante la nuit (comme à Fresnes) distingue ce S.M.P.R des 24 autres de France qui fonctionnent comme un hôpital de jour. Cependant les conditions matérielles d'une prise en charge intensive ne sont pas réunies : surveillance clinique continue très difficile, pas d'accès direct aux patients, vétusté des locaux.

La principale activité du S.M.P.R réside dans le suivi psychologique des détenus de la prison des Baumettes : 20% à 25% de la population carcérale de l'établissement consulte ce service.

Pour le médecin chef *"nombreux sont les malades mentaux incarcérés. Le nouveau mode d'exclusion, c'est la détention."*

Un praticien hospitalier évoque *"l'ambiguïté de l'article 1 3231-1 selon lequel le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade"*. Or les certificats sont rédigés par les psychiatres du S.M.P.R, service

dépendant du C.H. de Sainte Marguerite où sont adressés un certain nombre de détenus en hospitalisation d'office.

Ce médecin considère que *"la santé mentale des détenus n'intéresse pas que la psychiatrie en milieu pénitentiaire, le secteur de psychiatrie générale est aussi concerné car l'articulation se fait en amont (quand le détenu était suivi avant l'incarcération) et en aval (pour la continuité des soins à la sortie de prison, le suivi post pénal)."*

➤ ***Que proposent éventuellement les psychiatres pour améliorer la prise en charge des patients détenus ?***

On peut distinguer des positions divergentes selon que les psychiatres exercent en service de psychiatrie générale ou en milieu pénitentiaire.

La plupart des entretiens ont été réalisés avant le courrier du préfet (confère la partie 3-4), chez certains psychiatres et directeurs de C.H.S cette lettre a provoqué des prises de position plus radicales.

Les psychiatres insistent sur la distinction entre les malades difficiles et les détenus, *"l'U.M.A.P consiste à amalgamer deux", "les tutelles essaient de combiner deux logiques qui ne sont pas compatibles"*.

Le secteur de psychiatrie générale

-sa position

La quasi totalité des psychiatres du département se déclarent hostiles à la création d'une unité fermée intersectorielle au sein de leur établissement ou d'une structure intermédiaire à vocation départementale (comme cela existe dans la région, l'U.M.A.P à Nice, décrite en partie 4). *"avec ce type d'unité, le risque de se décharger sur une équipe quand il y a des cas difficiles et de ne plus s'occuper de ces patients dans les services existe "*, la continuité des soins est mis en avant pour éviter une structure spécialisée, mais avec une limite admise par le psychiatre : *"l'hébergement en chambre d'isolement (patient hospitalisé dans un autre secteur de l'hôpital voire dans un autre établissement) va à l'encontre de ce principe de continuité des soins."*

Un psychiatre déclare *"attention à ce que les détenus hospitalisés n'induisent pas un retour à l'enfermement psychiatrique"*.

La conférence des présidents des C.M.E du département a exprimé son opposition à la reconstitution de structures fermées et spécialisées; elle estime qu'en justifiant cela par le souci d'un meilleur accueil du patient, il y a risque d'un retour à la psychiatrie asilaire.

Plusieurs psychiatres font valoir que *"l'U.M.A.P existe parce qu'elle ne repose que sur un seul homme (le chef de service), depuis sa création cette structure n'a pas entraîné l'adhésion des psychiatres de la région."* Cependant ils reconnaissent avoir adressés ponctuellement des patients dans cette structure.

Une position plus nuancée : *"il y a dix ans, on ne pouvait même pas parler dans l'hôpital de service fermé pour les malades difficiles, depuis, même s'il existe toujours une opposition, on peut l'évoquer"*, toujours pour ce médecin, *"dans les années 1982/83, un chef de service a supprimé le service fermé occupé par les malades difficiles du secteur et de l'établissement, aussi cela est impensable pour les psychiatres de revenir à une situation asilaire."*

-Ses réponses éventuelles

Dans le projet d'établissement du centre hospitalier de Montperrin, la rénovation de certains secteurs est inscrite. Très prochainement, l'un d'entre eux doit ouvrir avec une "unité fermable mais non fermée" commune aux deux unités du service, espace fermé comprenant six lits dont trois chambres d'isolement, mais sans lieu de vie, ni salle de réfectoire. Le psychiatre responsable de ce service précise qu'en aucun cas cette zone n'est destinée à recevoir spécifiquement les détenus. L'équipe médicale et soignante d'un autre secteur de l'hôpital réfléchit actuellement sur la création d'une petite unité fermée de six lits (trois C.I), avec une salle commune ; le projet est au stade de la conception architecturale, le projet de soins n'est pas encore défini.

Le Directeur de l'établissement pense qu'il faut aborder le problème dans sa globalité. D'après lui, il y a un parallélisme à faire entre les U.H.S.I (voir partie 5) et la psychiatrie, *"pourquoi pas créer ce même genre de structure pour les soins psychiatriques?"*, on pourrait *"envisager une unité sécurisée pour les détenus"* (avec modification de l'article D 398 du code de procédure pénale). Il rappelle que le service public hospitalier en psychiatrie comprend les services hospitaliers et le S.M.P.R.

Le projet d'établissement du C.H d'Edouard Toulouse prévoit une zone fermable dans les unités sectorielles de l'établissement. Les infirmiers représentant un syndicat réclament la création d'une unité fermée au sein de l'hôpital, s'opposant ainsi à l'ensemble du corps médical de cet établissement.

Le C.H de Valvert affiche une position très précise après délibération de la C.M.E. Les psychiatres estiment qu'il faut *"des mesures spécifiques pour les détenus et d'autres pour les malades difficiles : il faut éviter les phénomènes institutionnels au sein d'unités fermées intersectorielles (type U.M.A.P)"*.

Les médecins souhaitent la création d'une unité spécifique pour la prise en charge psychiatrique des détenus comme cela est créé pour l'hospitalisation pour soins somatiques (U.H.S.I). Ils considèrent que *"les détenus relèvent du secteur pénitentiaire, c'est la mission de ce secteur"* et proposent que cette unité spécifique soit « *gérée médicalement par les psychiatres du S.M.P.R, afin d'assurer la continuité des soins pendant toute la durée de l'incarcération* »

Pour les malades difficiles, il est envisagé d'augmenter la capacité en chambre d'isolement, deux par unité et de réfléchir à un espace fermé comprenant ces deux C.I ainsi qu'une autre chambre, avec un espace commun de vie.

Les psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire

Les médecins du S.M.P.R recommandent *"le développement dans les hôpitaux psychiatriques d'une petite unité sectorielle ou unité intersectorielle fermées, organisées en lieu de soins intensifs mais également en lieu vivable, pouvant recevoir dans des conditions matérielles de sécurité et humaines d'accueil satisfaisantes les patients en hospitalisation sans consentement nécessitant une surveillance particulière, dont les détenus hospitalisés d'office font partie"*.(37)

Ils tiennent à réaffirmer que *"l'hospitalisation sans consentement en milieu pénitentiaire est à exclure "* (notion de double contrainte, l'hospitalisation sans consentement, mesure sanitaire, comme l'écrou, mesure pénale, limitation de la liberté d'aller et de venir).

Le praticien hospitalier se déclare favorable à la création d'une structure intersectorielle départementale polyvalente, type U.M.A.P ou U.P.I.D (unité psychiatrique intersectorielle départementale de Cadillac, en Gironde), point de vue partagé par le psychiatre intervenant à la maison centrale d'Arles.

A propos de l'U.M.D, ce praticien reconnaît que cette structure n'est pas adaptée aux périodes de crise aiguë mais estime que *"lorsqu 'un patient psychotique qui a commis un délit ou un crime pour lequel il a été irresponsabilisé est admis à l'U.M.D, il va mieux au bout de dix ans parce que c'est une structure à vocation et à logique sanitaire comparativement à un détenu incarcéré pour le même motif et souffrant de troubles psychiques similaires"*

Le psychiatre intervenant à la maison d'arrêt d'Aix- Luynes se déclare tout à fait favorable à une structure de type U.M.A.P, elle signale que des détenus qui ont été hospitalisés dans cette unité ont confirmé cette bonne impression, *"ils ne souhaitaient pas retourner au S.M.P.R qui s'apparente à la prison et non à un lieu de soin"*. Il trouverait intéressant l'idée d'une *"structure intermédiaire, entre la prison et l'hôpital, pour les jeunes délinquants, toxicomanes, car on ne fait pas de réinsertion en prison, il y a très peu d'éducateurs"*.

3.4 LA REACTION DU PREFET DE REGION

Deux évasions de détenus hospitalisés dans des C.H.S du département se sont produites le même jour en décembre, et ont suscité de vives réactions au niveau des tutelles, accentuées par la parution d'articles de presse particulièrement alarmants (annexe 3).

Le Directeur de la D.D.A.S.S a adressé une note au Préfet de région en date du 19 décembre pour évoquer, à propos de l'évasion des deux détenus, les conditions inadéquates de la prise en charge de patients dangereux détenus ou non.

Le Préfet a alors envoyé un courrier à tous les Directeurs des hôpitaux ayant des services de psychiatrie générale (annexe 4), en leur rappelant que *"la fonction sécuritaire fait partie des missions de leur établissement"*.

Il souligne que *"l'absence de véritables lieux d'hébergement fermés, capable de contenir les personnes dangereuses (ayant ou non le statut de détenu)..., constitue une défaillance du système qui doit être rapidement comblée. En effet, elle serait de nature à engager votre responsabilité et celle de votre institution si à la suite d'une évasion, des conséquences dommageables à des tiers venaient à survenir..."*

Le Préfet leur demande *"d'engager rapidement une réflexion sur les mesures immédiates qu'imposent la garde des personnes dangereuses qui vous sont confiées de telle sorte que cette mission de service public essentielle soit pleinement assurée."*

Le Directeur de la D.D.A.S.S des Bouches du Rhône a également adressé un courrier au Directeur de l'A.R.H en date de 27 décembre 2000 et ayant pour objet : la prise en charge de patients dangereux en milieu psychiatrique. Il souhaite que *"soit envisagée une révision du schéma régional de psychiatrie pour le département des Bouches du Rhône."* Il estime que *"le dispositif de planification prévu ne prend pas suffisamment en compte le traitement de*

ces malades spécifiques" et "souhaite que les projets qui devront être mis au point par ces institutions spécialisées puissent aboutir..."

Dans le cadre de la "mission d'évaluation de l'organisation des soins et de l'hygiène des détenus dans les établissements pénitentiaires, évaluation de la loi de 1994 sur la santé des détenus", menée conjointement par l'I.G.A.S et l'I.G.S.J, une réunion s'est tenue à la D.D.A.S.S le 17 janvier 2001.

Etaient présent à cette réunion un représentant de chaque corps, le Directeur de la D.D.A.S.S, le Médecin Inspecteur Régional adjoint en charge des prisons, et le Médecin Inspecteur départemental en charge de la psychiatrie et des prisons.

Le Directeur a évoqué la nécessité de *"la mise en place d'une organisation sur l'équipement hospitalier pour prendre en charge les malades difficiles et dangereux dans le département, dans des conditions de sécurité et pour le personnel hospitalier et pour la population."*

Il précise que le Préfet, le Directeur de l'A.R.H et celui de la D.R.A.S.S sont conscients de ce problème et partagent cette position.

Il informe de son intention de réunir prochainement le Conseil Départemental de Santé Mentale pour débattre sur ce thème spécifiquement et faire des propositions qui seront ensuite transmises à la D.R.A.S.S et à l'A.R.H. Cette réunion est prévue pour le 23 mars 2001, l'ordre du jour sera *"la sécurisation des unités d'hospitalisation pour patients difficiles et détenus."*

4 - APPORT DE L'EXPERIENCE DE DEUX STRUCTURES HOSPITALIERES FERMEES EXISTANT DANS LA REGION

4.1 UNITE POUR MALADES DIFFICILES DE MONTFAVET DANS LE VAUCLUSE

➤ fondements juridiques

Les Unités pour Malades Difficiles (U.M.D) sont des services hospitaliers psychiatriques spécialisés dans le traitement des malades mentaux réputés extrêmement dangereux.

Les U.M.D sont au nombre de quatre en France: Cadillac (Gironde), Montfavet (Vaucluse), Henri-Colin (Villejuif) et Sarreguemines (Moselle), pour une capacité actuelle de 400 lits. (leur nombre a été réduit depuis leur création).

Il a fallu attendre 1986 pour qu'une concrétisation juridique apparaisse à travers deux textes qui légitiment ces services et en constituent les bases réglementaires.

Tout d'abord le décret n° 86-602 du 14 mars 1986 (publié au J.O du 19 mars 1986) relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, reconnaît officiellement les unités pour malades difficiles. L'article 12 de ce décret est consacré aux U.M.D. Elles constituent des unités spécifiques non intégrées aux secteurs psychiatriques dans la mesure de leur vocation interrégionale.

Une certaine définition du malade difficile est précisée à travers la fonction de ces unités qui "assurent l'hospitalisation à temps complet des patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mis en œuvre que dans une unité spécifique."

Enfin l'arrêté du 14 octobre 1986 (paru au JO du 23/10/86) relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles complète l'assise réglementaire des U.M.D en indiquant les modalités d'admission et de sortie de ceux-ci et en instaurant une commission du suivi médical.

Les délais d'hospitalisation en U.M.D sont longs, tant du fait de la procédure à suivre qui met en jeu des institutions de départements différents, que de leurs faibles capacités d'accueil et des difficultés à organiser un transfert sur un trajet le plus souvent long. Ces unités sont

faites pour des malades présentant une dangerosité majeure, or les détenus nécessitant des soins psychiatriques ne sont pas tous dangereux.

➤ Présentation de l'U.M.D de Montfavet : visite et entretiens

L'U.M.D dépend du centre hospitalier de Montfavet situé à quelques kilomètres d'Avignon, seul hôpital psychiatrique du département. Cette structure comprend 20 lits de femmes et 60 lits d'hommes répartis en trois unités fonctionnelles(U.F).

- une U.F pour les "malades en crise", d'une capacité théorique de 18 lits mais en pratique 15 lits sont utilisables,
- une U.F de 22 lits, pour des patients relevant d'une prise en charge moins intensive,
- une U.F de réadaptation, qualifiée "d'intermédiaire", pour préparer la sortie de l'hôpital, ne correspondant pas au sens strict à "l'esprit" d'une U.M.D (elle ne s'adresse pas aux patients les plus difficiles).

Pour le cadre infirmier chef *" l'aspect sécuritaire est très présent, ancré dans les mentalités, le soin et le sécuritaire sont étroitement liés mais faisons attention à ne pas perdre la dimension de soin "*, il constate que *"les infirmiers sont âgés, expérimentés, mais ce n'est pas facile de faire changer les pratiques"*.

L'équipe soignante déclare qu'elle *"ne fait pas de différence dans la prise en charge entre un détenu et un autre patient, excepté pour les droits de visite et le courrier"*.

J'ai remarqué que certains termes utilisés par le personnel soignant font aussi partie du vocabulaire de l'administration pénitentiaire: les patients "cantinent" (casier pour mettre leurs affaires personnelles : cigarettes, denrées alimentaires...), les patients vont au "parloir" (local où ils reçoivent des visites), le mot "évasion" est utilisé à la place de fugue.

L'admission à l'U.M.D des détenus reste peu fréquente et répond aux critères définis plus haut. Pour l'année 2000, neuf détenus ont été hospitalisés à l'U.M.D.

Un des psychiatres de l'U.M.D nous confirme que très peu de détenus sont hospitalisés dans cette unité car l'indication de dangerosité psychiatrique n'est pas posée. Il précise que ce type de structure ne répond pas à l'urgence, le délai d'admission est de trois semaines en moyenne.

La directrice adjointe ajoute que *"la règle générale est d'hospitaliser les détenus en chambre d'isolement stricte pendant toute la durée du séjour, dans les services fermés de l'hôpital (services réservés aux hospitalisations sans consentement). Depuis un an, suite à l'évasion d'un détenu, tous les psychiatres exerçant dans cet hôpital ont harmonisé leur pratique pour*

la prise en charge d'un patient détenu Il faut préciser que chaque secteur de l'hôpital dispose d'une unité ouverte et d'une unité fermée.

L'hospitalisation des détenus pose un réel problème pour les médecins et pour la direction ; par manque de chambre d'isolement disponible, la direction a du refuser des admissions de détenus l'année dernière. Il est noté une très forte augmentation des hospitalisations de courte durée sur l'année 2000, notamment des "admissions de week end". Le cas d'un détenus hospitalisé un jour par mois pour son traitement mensuel qu'il refuse en prison est rapporté.

Une des explications serait liée à la prise en charge des détenus dans la maison d'arrêt : difficultés de coordination entre les psychiatres et les médecins de l'U.C.S.A, "démission" des psychiatres du C.H.S pour intervenir à la prison.

La directrice adjointe nous livre *"l'état des réflexions de l'hôpital compte tenu de l'analyse des besoins : nécessité de rééquilibrer sur le plan thérapeutique les détenus dans la prison, augmentation des détenus souffrant de pathologie mentale* (la nouvelle prison sur Avignon aura une capacité de 600 places au lieu de 300 actuellement), *manque de chambre d'isolement sur le C.H.S. Devant ce constat, l'hôpital demande une augmentation du temps soignant en prison (pour mettre en place un hôpital de jour, un C.A.T.T.P, développer les consultations), une unité sécurisée de soins pour troubles psychiatriques, spécifiquement réservée aux détenus, avec la garde assurée par les surveillants de l'administration pénitentiaire; une capacité de huit lits semble suffisante.* (cela implique une modification de l'article D 398 du code de procédure pénale)

➤ Nombre d'admission de détenus en H.O dans le département

nombre de mesures de H.O -D 398 dans le Vaucluse

	1998	1999	2000
total HO	100	109	161
HO- D398	17	32	53
HO autres	83	77	108
% HO-D 398/HO total	17%	29%	33%
Evol HO-D 398 sur 1 an		+88%	+65,5%
Evol HO autres sur 1 an		-8%	+40%

Dans ce département, on constate aussi la forte augmentation sur ces trois dernières années des mesures de H.O sous le régime D 398 (multipliées par trois).

La population pénale du Vaucluse correspond à celle de la maison d'arrêt d'Avignon, soit 300 personnes. Les mesures d'hospitalisation d'office représentent 5,6% de l'effectif en 1998, 10% en 1999 et 17,5% l'an dernier. Ce taux particulièrement élevé peut s'expliquer en partie par le dysfonctionnement de la prise en charge psychiatrique au sein de la prison décrit ci dessus.

4.2 UNITE POUR MALADES AGITES ET PERTURBATEURS DANS LES ALPES-MARITIMES

L'Unité pour Malades Agités et Perturbateurs (U.M.A.P) située à Nice occupe une place intermédiaire entre les unités ordinaires et les Unités pour Malades Difficiles. Son fonctionnement est plus souple que celui d'une U.M.D : les patients, sectorisés dans le département, sont admis très rapidement, pour un séjour bref et les liens avec l'équipe d'origine sont conservés.

➤ cadre juridique

L'U.M.A.P a été créé en 1993 dans le cadre de l'arrêté du 14 mars 1986 sur les U.M.D et à partir du guide méthodologique de planification en santé mentale mis à jour le 15 décembre 1987 qui précise que « *dans chaque département au moins une unité d'hospitalisation à temps complet doit être conçue pour recevoir pour des séjours limités, des patients "agités ou perturbateurs" dont la prise en charge est provisoirement contre-indiquée dans les unités d'hospitalisation des secteurs, mais qui ne relèvent pas pour autant d'un service pour malades difficiles.* »

➤ objectifs et fonctionnement (38)

Il s'agit d'une unité intersectorielle dont l'objectif est de prendre en charge, en urgence et pour un séjour bref, des malades posant de gros problèmes de comportement (violence et agitation extrêmes) dans les unités de psychiatrie dites traditionnelles. Les malades admis à

l'U.M.A.P le sont sous le régime de l'hospitalisation sans consentement (H.D.T ou H.O) en application de la loi du 27 juin 1990.

Son fonctionnement est adapté à la gestion des états de crise. Il permet de réaliser une contention physique et une approche psychique adaptées de l'état dangereux aigu présenté par le sujet du fait de sa pathologie, dans des conditions de confort maximal propres à favoriser un retour au calme le plus rapide possible. Le principe de soins se fait dans un cadre fermé. Les modalités de privation de liberté pour les patients sont strictement correspondantes aux prescriptions de la loi du 30 juin 1990. Ces mesures ne sont envisagées que de façon provisoire, à visée curative et non répressive.

Les motifs d'admission sont en majeure partie liés aux troubles du comportement avec auto ou hétéro agressivité et agitation psychomotrice majeure. Il s'agit le plus souvent d'un séjour de rupture avec la structure et l'équipe d'origine dont les capacités de contenance se trouvent débordées provisoirement par l'état de dangerosité et d'agitation du patient.

L'une des règles de cette structure est de centrer son activité sur les urgences comportementales et médico-légales.

La procédure d'admission est conditionnée au fait que le patient soit sectorisé au préalable et que le médecin demandeur s'engage à reprendre le patient lorsque la décision de sortie est prise.

Le patient évolue dans de vastes espaces communs sans risque de fugue ou d'évasion. Ces espaces permettent une prise en charge à la fois contenante et sécurisée dans des conditions beaucoup moins anxiogènes que l'enfermement en chambre d'isolement.

Le cadre de vie est régi par un règlement strict, garant du bon fonctionnement de la structure. Ce cadre est d'autant mieux accepté que les patients sont conscients que leur séjour à l'U.M.A.P sera bref et n'est en aucun cas un aboutissement.

La sécurité de cette liberté de mouvement est assurée pour une grande part grâce à un système de surveillance vidéo installée dans les lieux sensibles (couloirs, cours centrale et chambres d'isolement appelées chambres sécurisées d'observation). Cette surveillance est conçue dans le respect du secret médical, la confidentialité des images, accessibles uniquement par le corps médical et soignant et dans le respect de la dignité du patient.

La structure est composée de 19 places réparties en 15 lits d'hospitalisation à temps complet et de 4 chambres d'isolement qui s'ouvrent sur la cour. Des salles d'activité sont aménagées au fond de la cour. Le médecin chef souhaite augmenter le nombre de chambre d'isolement

(10 C.I) par rapport à la capacité totale de la structure. Les 19 lits sont rarement occupés à 100%, l'unité tourne en moyenne avec un remplissage de 15 lits.

➤ Cas des détenus hospitalisés selon l'article D 398

Il est admis que tous les détenus provenant d'un des deux établissements pénitentiaires du département des Alpes Maritimes soient adressés à l'U.M.A.P. La procédure d'accueil dans ce cadre d'hospitalisation est la suivante (38) :

- Mise en chambre d'isolement dès son arrivée pendant cinq jours dans le cadre de la période d'observation
- Après cette période, si aucune pathologie mentale évolutive n'a été mise en évidence ou confirmée ; le sujet est considéré comme indemne de troubles psychiatriques majeurs ; le certificat demandant le retour en prison est rédigé par le médecin
- Si un doute persiste sur l'existence d'une pathologie mentale, l'hospitalisation en chambre d'isolement se poursuit dans le cadre de l'observation clinique
- Si la pathologie est évidente et nécessite la poursuite des soins dans l'unité, le malade sort de la chambre d'isolement.

La justice doit toujours demeurer informée de sa situation administrative. Le détenu malade obéit aux règles pénitentiaires en matière d'incarcération notamment en ce qui concerne le courrier, les contacts avec l'extérieur. Les visites de son avocat sont autorisées sauf avis contraire du juge d'instruction, du procureur de la république ou du juge d'application des peines.

➤ Sa place dans le dispositif des structures psychiatriques

Très critiquée au départ dans sa conception, cette structure est parfaitement admise par tous les secteurs et services des Alpes Maritimes. Elle ne résout pas tous les problèmes mais participe de manière active à leur résolution. Un travail de collaboration efficace s'est instauré entre l'U.M.A.P et les maisons d'arrêt de Grasse et de Nice, et plus particulièrement avec le S.M.P.R (situé à la prison de Nice).

Pour le chef de service, il ne s'agit pas recréer des lieux d'enfermement et d'absorber toute la psychiatrie légale du département. C'est avant tout une structure intersectorielle et complémentaire des unités dites traditionnelles.

Elle permet de prendre en charge un malade mental en période de crise et en phase difficile de son évolution sur le plan psychologique. Les séjours dans cette unité sont de courte durée. Cette unité s'inscrit dans une chaîne thérapeutique psychiatrique; « *le principe de soins est axé sur une réanimation psychiatrique dans un lieu fermé* » (38).

Il déplore que certains détracteurs de l'U.M.A.P aient parlé de nouvelle création de lieux d'enfermement, de régression psychiatrique. Il estime que cela n'est absolument pas le cas. Les services à l'époque ne prévoyaient pas de séjours de courte durée ni de prises en charge brèves et spécifiques d'états psychopathologiques particuliers. « *Cette unité n'est qu'un des aspects nécessaires de toute la palette de structures qui ont été créés depuis l'avènement du secteur il y a 30 ans.* » (38)

➤ Nombre d'admission de détenus dans le département

Nombre de mesures de H.O - D 398
dans les Alpes Maritimes

	1998	1999	2000
nombre total HO	163	148	184
HO-D 398	34	50	55
HO autres	129	98	129
% HO-D 398/HO total	20,8%	33,8%	30%
évol HO- D 398 sur 1 an		+47%	+10%
évol HO autres sur 1 an		-24%	+31,5%

La population pénale moyenne du département s'élève à 1291 détenus à fin 1999, les mesures d'hospitalisation d'office représentent pour cette même année 3,9% et pour l'année 2000 ce chiffre passe à 4,2%.

5 - PROPOSITIONS POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES DETENUS HOSPITALISES D'OFFICE EN PSYCHIATRIE GENERALE DANS LE DEPARTEMENT DES BOUCHES DU RHONE

Le maintien du dispositif sanitaire actuel paraît difficilement concevable. En effet, il montre ses limites devant l'augmentation constante du nombre de détenus hospitalisés en service de psychiatrie générale. La difficulté de trouver des chambres d'isolement disponibles pour répondre aux besoins, leur occupation pendant une durée parfois longue, la mobilisation du personnel pour assurer la surveillance sécuritaire (en plus de celle sanitaire) au détriment du temps consacré aux autres patients hospitalisés, font que les conditions d'hospitalisation ne sont pas satisfaisantes sur un plan matériel et humain pour le malade détenu et les équipes soignantes en charge du patient. S'ajoute à cela le risque réel d'évasion de ces détenus.

Suite à la revue de la littérature, à l'enquête quantitative, aux entretiens réalisés, à l'expérience et l'étude de l'U.M.A.P de Nice et de l'U.M.D de Montfavet, il est possible de dégager plusieurs pistes pour la prise en charge des détenus hospitalisés dans le département sous le régime de l'article D 398.

Certaines propositions dépendent de décisions nationales, comme l'augmentation de la capacité des lits en U.M.D et/ou la création d'une unité type U.H.S.I, d'autres relèvent du niveau départemental, comme la création d'unités sectorielles fermées sécurisées au sein des services de psychiatrie ou d'une unité fermée à vocation départementale.

5.1 AUGMENTATION DU NOMBRE DE LITS EN UMD

L'indication pour une hospitalisation en U.M.D est posée pour des malades présentant des pathologie très lourde avec une dangerosité.

Très peu de patients sont admis en U.M.D en application de l'article D.398, cela peut s'envisager si le risque de fugue est important ou si l'état de dangerosité est extrême (28).

Les patients admis à la suite de l'application de l'article 122-1 représentent 20% des admissions en U.M.D sur le plan national (28).

Ces unités ne réalisent pas d'admission en urgence, le délai pour une hospitalisation peut varier de quelques semaines à quelques mois. Aussi dans l'état actuel, en ne considérant pas les critères requis pour l'hospitalisation, ces unités ne peuvent accueillir des détenus nécessitant le plus souvent une admission dans des délais rapides.

L'avantage de ce type d'unité réside dans le fait qu'il s'agit d'une structure fermée, adaptée à une surveillance stricte des malades, avec des équipes soignantes sans à priori sur cette population spécifique de détenus, (ils ne manifestent pas de crainte ou de rejet face aux détenus et ne font pas de différence avec les autres malades dans la prise en charge sauf pour les restrictions imposées par la loi).

On pourrait envisager que dans une unité dite "intermédiaire", comme il en existe une à l'U.M.D de Montfavet, soient créés des lits réservés à l'hospitalisation des malades détenus. Mais il est évident que les quatre U.M.D de France ne pourraient répondre à toutes les demandes régionales d'hospitalisation de détenus.

5.2 CREATION D'UNE UNITE TYPE UHSI

A l'image de ce qui est en cours de réalisation pour la prise en charge des détenus nécessitant une hospitalisation pour soins somatiques, certains psychiatres ont exprimé le souhait de voir ce type de structure se créer pour les détenus devant être hospitalisés pour troubles mentaux.

Les U.H.S.I vont permettre une meilleure prise en charge des personnes incarcérées nécessitant une hospitalisation pour soins somatiques, et ce dans un cadre sécuritaire pour l'ensemble des personnels soignants. Au total huit U.H.S.I vont être installées en France dans des établissements de santé, au plus tard le 31 décembre 2003. Celle de Marseille couvrira la région P.A.C.A et la Corse.

Au sein de ces unités, la garde des détenus sera assurée par le personnel de l'administration pénitentiaire et les forces de police ou de gendarmerie assureront la sécurité extérieure de l'U.H.S.I et le contrôle de l'accès à celle-ci.

On est en présence de deux courants idéologiques différents, voir opposés. Certains psychiatres considèrent que la psychiatrie est une spécificité, alors que pour d'autres elle

représente une discipline médicale comme une autre. Tous se rejoignent sur le respect et le droit de la personne, et ne pas stigmatiser la personne.

Les psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire se déclarent hostiles à ce type de structure car cela stigmatise la personne comme détenu, ils considèrent que les détenus sont des malades avant tout, il faut les traiter comme les autres patients et les hospitaliser en service de psychiatrie.

A contrario, certains psychiatres hospitaliers considèrent qu'il s'agit avant tout de détenus, et que ce n'est pas la mission du service public hospitalier que d'assurer la garde et la surveillance de ces personnes. Pour ces médecins, on ne doit pas faire de différence entre le malade détenu avec des troubles psychiatriques et le malade détenu avec des troubles somatiques, ils relèvent tous deux de la même logique, l'U.H.S.I doit être valable pour tout détenu, quelque soit le type de trouble présenté.

Pour que le fonctionnement de ce type d'unité soit applicable à la psychiatrie cela demande, entre autre, une modification de l'article D.398 du Code de Procédure Pénale (garde et sécurité assurée par du personnel de l'administration pénitentiaire et de police).

Il a fallu 5 ans pour aboutir à la création de l'U.H.S.I "somatique" qui était préconisée depuis 1995 dans le rapport de l'I.G.A.S (34). Plusieurs ministères sont concernés dans la mise en place d'une telle structure ; celui de l'Emploi et de la Solidarité, le ministère de la Justice, celui de la Défense et le ministère de l'Intérieur.

Il ne s'agit pas d'une solution envisageable à court terme, cela ne pourrait être effectif, à priori, que dans plusieurs années, sauf s'il existe une réelle volonté nationale de mettre en place ce type de structure dans des délais rapides. Le fait que l'arrêté pour la création des UHSI a été publié au J.O (31 août 2000), avec en annexe le cahier des charges pour l'aménagement des UHSI, peut accélérer la mise en œuvre d'un tel projet pour les hospitalisations psychiatriques.

Aussi cette solution ne répond pas aux besoins immédiats du département, même si elle n'est pas à exclure.

5.3 CREATION D'UNE UNITE INTERSECTORIELLE SECURISEE DEPARTEMENTALE

Ce type de structure, intermédiaire entre l'hôpital ouvert et les U.M.D, accueille en urgence les malades, pour une période de courte durée. Elle est adaptée à la gestion des états de crise.

Le patient évolue dans de vastes espaces communs sans risque de fugue ou d'évasion. Ces espaces permettent une prise en charge à la fois contenant et sécurisée dans des conditions beaucoup moins anxiogènes que l'enfermement en chambre d'isolement.

C'est avant tout une structure intersectorielle et complémentaire des unités dites traditionnelles.

Il existe une opposition très nette des psychiatres du département à la création d'une unité intersectorielle fermée comme celle de l'U.M.A.P. Cette hostilité a été maintes fois répétée lors de différentes réunions et au cours de mes entretiens.

Aussi, la création de ce type de structure pour le département est difficilement envisageable car aucun psychiatre n'est porteur de ce projet, or l'adhésion des praticiens est une condition indispensable pour mener à bien un projet.

5.4 CREATION D'UNITES SECTORIELLES FERMEES

Le groupe national de la révision de la loi de 1990 (35) propose qu'une partie des unités sectorielles ou intersectorielles fermées soient consacrées à l'accueil des détenus malades en hospitalisation sans consentement. En faisant cette proposition, le groupe est bien conscient des possibilités d'effets pervers qu'elle entraîne, notamment des risques de relégation. C'est pour cela qu'il propose la création d'un groupe de suivi chargé de veiller à la mise en place de ces dispositions et d'effectuer un compte rendu périodique sur les conditions d'hospitalisation des malades mentaux en unités fermés, au Parlement.

L'exemple d'une unité sectorielle fermée existant dans un service d'un établissement montre que pour le personnel soignant ce type d'unité répond de façon imparfaite à la prise en charge des détenus, car il s'agit d'une unité fermée et non sécurisée. Le risque d'évasion n'est pas impossible.

Les psychiatres insistent sur la distinction à établir entre les patients difficiles nécessitant un isolement pour raisons sanitaires et les détenus ne relevant pas forcément de cette logique.

Dans un établissement, un service a été rénové avec la création d'une « unité fermable mais non fermée » qui n'a pas été conçue pour la prise en charge spécifique des détenus.

La création d'unités hospitalières sectorielles sécurisées, fermées, pouvant recevoir, dans des conditions matérielles et humaines satisfaisantes, parmi les malades hospitalisés sans consentement (H.D.T ou H.O), des détenus dont les troubles mentaux et le refus de soins nécessite une hospitalisation en service de psychiatrie générale semble pertinente.

Ce type d'unité ferait partie intégrante du service. L'hospitalisation des malades en unité fermée permet d'empêcher ou de contrôler les relations avec l'extérieur tout en instituant un cadre de soin contenant et un isolement thérapeutique, dans un espace suffisant pour permettre de se déplacer.

Il appartient à chaque établissement d'inscrire dans son projet d'établissement la conception de ce genre d'unité.

CONCLUSION

La prise en charge des détenus hospitalisés d'office au titre de l'article D 398 génère incontestablement de multiples difficultés pour les services hospitaliers de psychiatrie du département des Bouches du Rhône.

Devant l'augmentation importante depuis trois ans du nombre de détenus hospitalisés, une réflexion est menée dans le département sur ce thème, et un groupe de travail constitué de psychiatres représentant leur établissement et du M.I.S.P a été mis en place.

Au niveau national, des missions sont menées depuis l'année dernière autour du thème de la santé en milieu pénitentiaire, dont les soins psychiatriques. Les conclusions de ces rapports vont paraître dans quelques mois.

Tous les psychiatres des Bouches du Rhône sont unanimes pour dire que le maintien du dispositif sanitaire actuel semble difficilement concevable, cependant aucune solution n'a pu être dégagée à ce jour.

La proposition de la création d'une unité intersectorielle fermée, sécurisée, à vocation départementale, est rejetée par la grande majorité des psychiatres.

Certains d'entre eux attendent les décisions ministérielles qui feront suite aux rapports nationaux pour la prise en charge de l'hospitalisation des détenus.

D'un problème départemental, on est passé à une réflexion et une démarche régionales. En effet, le Directeur de l'A.R.H considère qu'une des urgences actuelle, en psychiatrie, concerne la révision du S.R.O.S au sujet de l'hospitalisation des détenus.

Le Préfet de région s'est aussi mobilisé sur ce problème et a demandé aux établissements spécialisés d'engager rapidement "une réflexion sur les mesures immédiates qu'imposent la garde des personnes dangereuses de telle sorte que la mission de service public soit pleinement assurée".

Le Directeur de la D.D.A.S.S va réunir prochainement le Conseil Départemental de Santé Mentale pour débattre sur le thème de la "sécurisation des unités d'hospitalisation pour patients difficiles et détenus". Les propositions seront ensuite transmises à la D.R.A.S.S et à l'A.R.H.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) ARCHER E. L'hospitalisation des détenus dans les services de psychiatrie générale. *L'information psychiatrique*, 72, 1, Janvier 1996, pp. 53-62.
- (2) BARON LAFORET S. Identité et obligation de soins dans un lieu de contrainte. *Pratiques en santé mentale*, 1998, n°4, pp 32-35.
- (3) BEAUREPAIRE C. *Psychopathologie et détention : données et réflexions cliniques*. In Revue Française des Affaires Sociales, n°1, janvier 1997, pp213-223.
- (4) BESSIN M. La pratique psychiatrique en prison. in *Regards sur l'actualité*, mai 2000, pp51-59.
- (5) CHODORGE G., NICOLAS G., COLLIN M., FUCHS D. *Santé en milieu carcéral : rapport pour l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus*. Haut Comité de la Santé Publique, éditions de l' Ecole Nationale de la Santé Publique, janvier 1993
- (6) DORMOY O. *Soigner et/ou punir. Questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison*. Paris, l'Harmattan, 1995, 342 p.
- (7) DUMONT M., BES F., ARCHER E. Le droit à la santé dans les prisons. *Contacts Santé*, n°147, mars 2000, pp 6-17.
- (8) GERARD H., DUPAIN-JOURDAIN N., DELAUNAY V. La prise en charge des patients "perturbateurs" ou le difficile compromis entre politique de secteur et le mythe de l'enfermement. *L'information Psychiatrique*, n°7, septembre 1993, pp 619-621.
- (9) GLEZER D. *Criminalisation de la psychiatrie et psychiatisation de la criminalité*. in Dormoy O. *Soigner et/ou punir*, Paris, l'Harmattan, pp113-117.
- (10) GUILLAUMOT P. *Prise en charge des malades difficiles en région Pays de la Loire. Contribution au schéma régional d'organisation en santé mentale*. Mémoire de Médecin Inspecteur de Santé Publique, Rennes, ENSP, avril 1996.

- (11) GUIBOURGE F., PALICOT A.M., BRIXI O. et al. *Promotion de la santé et milieu pénitentiaire*. Comité Français d'Education pour la Santé, 1997, 171 p.
- (12) HYEST J.J., CABANEL G.P. *Prisons : une humiliation pour la République*. Les Rapports du Sénat, juin 2000, n°449, tome I, 224 p.
- (13) HYEST J.J., CABANEL G.P. *Prisons : une humiliation pour la République*. Les Rapports du Sénat, juin 2000, n°449, tome II, 551 p.
- (14) JEAN T. Faut-il juger et punir les malades mentaux criminel ? *Abstract Psychiatrie*, n°22, février 2001, pp17-20.
- (15) LAMOTHE P. *Psychiatrie en milieu pénitentiaire*. In Revue Française des Affaires Sociales, n°1, janvier 1997, pp151-160.
- (16) LAURANS J. *Les S.M.P.R., contexte et évolution*. in Dormoy O. Soigner et/ou punir, Paris, l'Harmattan, pp39-45.
- (17) LECHIEN M.H. La prise en charge médicale des détenus. in *Regards sur l'actualité*, mai 2000, pp 43-49.
- (18) LEGUAT D. A propos des rapports parlementaires sur les prisons. *L'information Psychiatrique*, n°9, novembre 2000, pp995-996.
- (19) LHUILIER D., VEIL C. Significations de la demande de soins psychiatriques et somatiques en milieu carcéral. *Annales Médico-Psychologiques*, 1998, 156, n°9, pp 635-639.
- (20) MARTORREL A. Malades psychotiques en milieu carcéral. *L'information Psychiatrique*, 67, 4, Avril 1991, pp. 293-307.
- (21) MERMAZ L., FLOCH J. *La France face à ses prisons*. Les documents de l'information de l'Assemblée Nationale, juin 2000, n°2521, tome 1, rapport, 328 p.
- (22) MERMAZ L., FLOCH J. *La France face à ses prisons*. Les documents de l'information de l'Assemblée Nationale, juin 2000, n°2521, tome 2, auditions, 565 p.

(23) MOUQUET M.C., DUMONT M., BONNEVIE M.C., *La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque*. Direction de la recherche, évaluation, études et statistiques, janvier 1999, n°4.

(24) Observatoire International des Prisons section française. *Prisons : un état des lieux*. L'esprit frappeur, n°72, 2000, 315 p.

(25) PLICHART P., GOLSE A. *Psychiatrie en prison, une clinique aux limites*. In Revue Française des Affaires Sociales, n°1, janvier 1997, pp161-175.

(26) PRADIER P. La gestion de la santé dans les établissements du programme 13 000. Evaluation et perspectives. Documents, visites, entretiens, réflexions. Rapport missionné par la Garde des Sceaux et le Secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale, 30 septembre 1999.

(27) ROUSSEAU E., L'organisation des soins en prison. *La santé mentale*, décembre 1993, pp 63-65.

(28) SENNINGER J.L., FONTAA V. *Les unités pour malades difficiles*. Heures de France, 1994, 144 p.

(29) SENON J.L., LAFAY N., PAPET N., MANZANERA C. L'intervention de psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : procédures, modalités et stratégies thérapeutiques. *Annales Médico-Psychologiques*, 2000, 154, n°6, pp 445-459.

(30) SENON J.L., MERY B., LAFAY N. Incidents collectifs et individuels en détention : étude des relations avec les psychopathologies pénitentiaires. *Annales Médico-Psychologiques*, 1999, 157, n°7, pp 441-445.

(31) TYRODE Y., ROURE L. *Les avancées en psychiatrie*. Masson, 1997, 230 p.

(32) VASSEUR V. *Médecin chef à la prison de la Santé*. Le cherche midi, 2000, 201 p.

(33) VERPEAUX M. La prison peut-elle soigner? *Lettre de la Schizophrénie*, juin 2000, n°19, p1-2

AUTRES DOCUMENTS

(34) Rapport n° 95-089 de l'I.G.A.S. et de l'I.G.S.J. paru en juin 1995, intitulé : *"rapport sur les besoins d'hospitalisation des personnes incarcérées et le devenir de l'établissement d'hospitalisation de Fresnes"*

(35) Rapport n° 97081 du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990. H. STROHL, IGAS, présidente, M. CLEMENTE, DGS, rapporteur général, septembre 1997.

DOCUMENTS INTERNES

(36) PAULET C. *Les psychotiques et la prison*, communication au colloque du SMPR de Strasbourg, 21 janvier 2000.

(37) PAULET C., BONIFACE D. *Intérêt et limites des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire*, communication à la journée de l'AFRET "psychiatrie et Justice" au CH Edouard Toulouse, 22 avril 1999.

(38) ROURE L., U.M.A.P.: *Bilan et perspectives d'une structure intersectorielle pour malades agités et perturbateurs*, C.H.S. Sainte Marie, Nice, 1997

TEXTES DE REFERENCE

LOIS

- Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation»
- Loi n° 92-683 du 22 juillet 1992 du code pénal
- Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale

ORDONNANCE

ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 parue au J.O du 22 juin 2000

DECRETS

- Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 (publié au J.O du 19 mars 1986) *modifié* relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique
- Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire
- Décret n° 98-1009 du 8 décembre 1998 modifiant le code de procédure pénale et relatif à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires.

ARRETES

- Arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire
- Arrêté du 14 octobre 1996 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles
- Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées inter régionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées.

CIRCULAIRES

- Circulaire n° 45/DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale et guide méthodologique
- Circulaire DGS/SP3 du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjour des malades hospitalisés pour troubles mentaux

LISTE DES ANNEXES

non présentes

Annexe 1 : établissements pénitentiaires et services de psychiatrie des établissements hospitaliers dans les Bouches du Rhône

Annexe 2 : guide d'entretiens pour les psychiatres

Annexe 3 : articles de presse

Annexe 4 : courrier du Préfet aux Directeurs d'établissements de santé comprenant des services de psychiatrie générale