



Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire

INTERVENTIONS AU QUARTIER DISCIPLINAIRE DES EQUIPES DE PSYCHIATRIE

Le placement au quartier disciplinaire (QD) fait partie des situations à risque. 10 à 17% des suicides y surviendraient. L'intervention des équipes soignantes (somaticiennes comme psychiatriques) y est délicate et représente probablement une des modalités d'exercice professionnel les plus complexes en milieu pénitentiaire. Le présent texte reprend les références essentielles, fait état de l'actualité judiciaire relative au placement au quartier disciplinaire et se termine sur des témoignages de praticiens parfois en des termes crûs qui illustrent la difficulté de l'exercice.

1. Les obligations déontologiques du médecin (code de déontologie médicale)

Article 10 (article R.4127-10 du code de la santé publique)

Un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité.

S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, il doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire.

Toutefois, s'il s'agit des personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article 44, l'accord des intéressés n'est pas nécessaire.

Article 44 (article R.4127-44 du code de la santé publique)

Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.

S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives.

Article 71 (article R.4127-71 du code de la santé publique)

Le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge. Il doit notamment veiller à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise et à l'élimination des déchets médicaux selon les procédures réglementaires.

Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées.

Il doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours.

2. Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009

La loi pénitentiaire de 2009 a réduit la durée maximale de placement au quartier disciplinaire de 45 à 30 jours : « *Les différentes sanctions disciplinaires encourues selon le degré de gravité des fautes commises. Le placement en cellule disciplinaire ou le confinement en cellule individuelle ordinaire ne peuvent excéder vingt jours, cette durée pouvant toutefois être portée à trente jours pour tout acte de violence physique contre les personnes (art 91)* ».

3. CEDH et détention en quartier disciplinaire en France

La Cour condamne la France pour traitements inhumains et dégradants dès lors que les conditions matérielles de détention imposées au requérant étaient de nature à lui causer des souffrances aussi bien mentales que physiques ainsi qu'un sentiment d'une profonde atteinte à sa dignité humaine.

CEDH, 5^{ème} section, *Payet c. France*, 20 janvier 2011, n° 19606/08

A la suite d'une tentative d'évasion, le requérant classé « détenu particulièrement signalé » puis placé à l'isolement complet, est soumis à des rotations de sécurité consistant à changer fréquemment de lieu de détention afin de déjouer d'éventuels projets d'évasion. Incarcéré à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis à la suite d'une nouvelle évasion, il fut soumis à 45 jours de **détention au quartier disciplinaire** dont les locaux étaient très dégradés, très sales et partiellement inondés en cas de pluie. Le recours hiérarchique formé par le requérant contre la **sanction disciplinaire** fut déclaré irrecevable.

Concernant les rotations de sécurité, la Cour conclut à l'absence de violation de l'article 3 de la CEDH compte tenu du profil, de la dangerosité et du passé du requérant. Si la Cour admet que le transfert continu d'un détenu peut avoir des conséquences néfastes sur sa santé et son bien-être, elle considère cependant que les autorités pénitentiaires « *ont ménagé un juste équilibre entre les impératifs de sécurité et l'exigence d'assurer au détenu des **conditions humaines de détention**, lesquelles, dans le cas présent, n'ont pas atteint le seuil minimum de gravité nécessaire pour constituer un traitement inhumain au sens de l'article 3 de la Convention* ».

En revanche, concernant les conditions de détention en cellule disciplinaire, la Cour condamne la France pour traitements inhumains et dégradants dès lors que les conditions matérielles de détention imposées au requérant étaient de nature à lui causer des souffrances aussi bien mentales que physiques ainsi qu'un sentiment d'une profonde atteinte à sa dignité humaine.

Par ailleurs, s'agissant de la procédure disciplinaire, la Cour refuse d'appliquer l'article 6 § 1 sous son volet pénal dès lors que la sanction disciplinaire imposée au requérant n'avait pas allongé sa durée de détention.

En dernier lieu, concernant l'**effectivité du recours** du requérant contre ses conditions de détention en cellule disciplinaire, la Cour condamne la France pour violation de l'article 13 de la Convention. Elle rappelle que pour être effectif, le recours doit présenter des « garanties minimales de célérité ». Or, elle relève que le **recours** est non suspensif et que le directeur interrégional des **services pénitentiaires** doit être saisi préalablement et qu'il dispose d'un délai d'un mois pour statuer. Dès lors, le requérant ne pouvait pas bénéficier d'un recours effectif lorsqu'il était en quartier disciplinaire, le juge ne pouvant statuer avant qu'il en sorte.

Cf. Conseil d'Etat, ass., 14 décembre 2007, *M. Payet*, n° 306432

4. Le jugement du tribunal administratif de Lille (février 2014)

Le jugement du Tribunal administratif de Lille (N° 1203711), 6^{ème} chambre) met en cause un établissement de santé suite au suicide d'une personne détenue et placée au quartier disciplinaire. Il est ainsi reproché aux saignants « *un manque de surveillance médicale de l'administration des traitements et de leur efficacité* » et au médecin « *de n'avoir pas considéré l'état de santé comme incompatible avec le placement au quartier disciplinaire* ». Les juges considèrent que « *la faute commise lors de la prise en charge ou le traitement d'un patient dans un établissement public hospitalier a compromis ses chances d'obtenir une amélioration de son état de santé ou d'échapper à son aggravation* ».

Les magistrats semblent assimiler la prison à un hôpital. Pourtant les soins qui y sont prodigués le sont en ambulatoire et ne peuvent être considérés comme des soins prodigués dans un établissement de santé en hospitalisation complète. Les personnes détenues peuvent gérer leur traitement comme à l'extérieur et le personnel soignant n'est pas présent à temps plein. Il n'est guère besoin d'insister sur la réalité carcérale et les possibilités de trafic en tout genre, ce que le jugement a relevé par ailleurs.

Les parlementaires, contrairement aux magistrats, ont pourtant conscience qu'une prison n'est pas un hôpital, comme le souligne le rapport Robiliard intitulé « *Quand la démocratie soigne* » et qui fait suite à la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie « : « *En effet, la prise en charge des détenus présentant des troubles psychiatriques est complexe, l'établissement pénitentiaire n'étant pas un établissement de santé* » (p. 78).

5. Guide méthodologique (GM) 2005

I-3.1.1 - Les aspects médicaux

Les médecins chargés des prestations de **médecine générale** au sein des UCSA assurent les consultations nécessaires au suivi des personnes détenues et des consultations spécifiques en milieu pénitentiaire. Ils ont notamment la charge de l'examen médical d'entrée, de la visite au quartier d'isolement, de la visite des personnes détenues placées au quartier disciplinaire, du suivi des personnes détenues en grève de la faim et/ou de la soif, de l'examen médical des personnes détenues soumises à des mesures de contrainte physique.

I-3.1.1.2 - Les consultations spécifiques en milieu pénitentiaire

Il est à noter, s'agissant de la situation des personnes détenues placées à l'isolement ou au quartier disciplinaire, qu'il n'appartient pas au médecin de se prononcer sur la décision prise, qui ne relève, ni de sa compétence, ni de sa responsabilité. En ce qui concerne l'isolement, son avis, lorsqu'il est préalablement sollicité, porte uniquement sur l'éventuelle incompatibilité de la mesure au regard de l'état de santé des personnes détenues (cf. Ch III, § 1.2.2.2 et 1.2.2.3).

I-3.1.1.2.3 - Les visites aux personnes détenues placées au quartier disciplinaire (art. D. 251-4, 251-8 et D. 381 b) du CPP)

Conformément aux dispositions de l'article D. 251-4 du CPP, la liste des personnes présentes au quartier disciplinaire est communiquée quotidiennement aux équipes médicales (UCSA et SMPR). En dehors des horaires d'ouverture de l'UCSA, elle lui est adressée par tout moyen approprié. Il peut notamment suffire de déposer la liste dans la boîte à lettres de l'UCSA. L'équipe médicale en prend

connaissance dès sa prise de service, au plus tard le lendemain matin. Dès lors, il n'y a pas lieu de communiquer cette liste aux médecins intervenant ponctuellement dans le cadre des urgences (centre 15, S.O.S. médecins...).

Les médecins visitent, sur place, chaque personne détenue au moins deux fois par semaine et aussi souvent qu'ils l'estiment nécessaire. Cette visite peut avoir lieu, soit dans la cellule de la personne détenue, soit dans un local du quartier disciplinaire, en présence ou non du personnel pénitentiaire, pour des raisons de sécurité du médecin. Si, entre ces visites, l'état de santé de la personne détenue est jugé préoccupant par le personnel pénitentiaire, celui-ci le signale à un médecin. La visite peut également être demandée par la personne détenue elle-même. Toutes ces visites doivent faire l'objet d'une mention au dossier médical. (cf. chapitre II § 2.4.1.2).

Dans le cas où un examen plus approfondi s'avère nécessaire, il est réalisé dans les locaux de l'UCSA, selon des modalités définies par le chef de l'établissement pénitentiaire en liaison avec le médecin responsable de l'UCSA.

Lors de chacune de ses visites au quartier disciplinaire, le médecin vise le registre mis en place à cet effet, mais non les fiches individuelles de procédure disciplinaire.

La continuité des soins, y compris les consultations spécialisées et les explorations à l'hôpital, doit être assurée dans les lieux adaptés (UCSA, établissement hospitalier) pendant l'exécution de la mesure de mise au quartier disciplinaire. Les modalités d'administration des médicaments relèvent, dans ce lieu également, de la responsabilité médicale et leur administration est réalisée, comme dans tous les autres secteurs de la détention, par le personnel soignant, conformément aux procédures de dispensation des médicaments.

Si la personne détenue placée au quartier disciplinaire est sous traitement médical (y compris psychothérapeutique), il appartient au médecin, au vu de la liste qui lui est communiquée, de s'assurer que le maintien au quartier disciplinaire n'est pas de nature à compromettre ou à aggraver sa santé et que la continuité des soins peut être garantie.

Si, à l'occasion d'une visite, le médecin estime que l'exécution de la mesure disciplinaire est de nature à compromettre la santé de la personne détenue, il le signale au moyen d'un certificat médical au chef d'établissement pénitentiaire qui suspend la mesure.

Par ailleurs, afin de permettre, le cas échéant, le suivi d'un traitement médical, le chef d'établissement pénitentiaire peut, notamment sur la base d'un certificat médical, prononcer un aménagement de la sanction : dispense de tout ou partie de l'exécution de la sanction, suspension ou fractionnement de son exécution (art. D. 251-8 du CPP).

Enfin, les personnes détenues hospitalisées au service médico-psychologique régional ne peuvent être placées au quartier disciplinaire sans qu'un médecin de ce service ait pu se prononcer sur la compatibilité de l'interruption de cette hospitalisation avec leur état de santé.

Tous les avis et tous les certificats médicaux concernant les personnes détenues placées au quartier disciplinaire sont portés au dossier médical.

II-2.4.1.2 - L'articulation avec les UCSA et les autres intervenants sanitaires ou sociaux dans une optique de prise en charge globale

Le quartier disciplinaire :

Le médecin de l'UCSA effectue deux visites hebdomadaires aux personnes détenues placées au quartier disciplinaire (art. D. 251-4 et D. 381, b du CPP, chap. I § 3.1.1.2.2).

Lorsqu'un avis spécialisé lui apparaît souhaitable, il transmet une demande écrite et indiquant le motif de la consultation à l'équipe psychiatrique qui la prend en compte dans les meilleurs délais. Le retour d'information doit être systématique. D'une manière générale l'échange d'informations entre le médecin de l'UCSA et l'équipe psychiatrique à propos des personnes détenues au quartier disciplinaire doit être structuré. Il repose non seulement sur un document écrit récapitulant les informations médicales recueillies au cours des visites, mais aussi sur des contacts directs, chaque fois que l'urgence de la situation l'exige. Lorsque la personne détenue placée au quartier disciplinaire faisait l'objet d'un suivi psychiatrique antérieur, l'équipe psychiatrique est avertie par le médecin de l'UCSA dans la perspective d'une continuité des soins. Dans les cas difficiles, une réunion de synthèse des intervenants au quartier disciplinaire (UCSA, SMPR, chef d'établissement pénitentiaire, surveillant du quartier disciplinaire, SPIP ...) doit pouvoir être organisée rapidement, notamment en cas de séjours réitérés.

Le séjour au quartier disciplinaire ne doit pas constituer un obstacle à la poursuite des soins psychiatriques et/ou psychothérapeutiques. Il importe que s'établisse une concertation entre le directeur de l'établissement de santé et le directeur de l'établissement pénitentiaire afin que toutes mesures soient prises pour favoriser la continuité des soins.

III-1.2.2.3 - Les avis adressés aux autorités pénitentiaires à l'initiative du médecin

Les médecins chargés des soins somatiques ou psychiatriques adressent des avis relatifs à l'état de santé de la personne détenue, dès lors qu'ils estiment que l'état de santé d'une personne détenue n'est pas compatible avec un maintien en détention ou avec le régime pénitentiaire qui lui est appliqué, notamment dans les cas suivants (art. D. 382 du CPP) :

- levée d'une mesure d'isolement, au regard de l'état de santé de la personne détenue (art. D.283-1, 4^{ème} alinéa du CPP) : cf. chapitre I, § 3.1.1.2.2 ;
- suspension d'une mesure de placement au quartier disciplinaire, si son exécution est de nature à compromettre la santé de la personne détenue (art. D.251-4 du CPP) : cf. chapitre I, § 3.1.1.2.3 ;
- levée d'une mesure de contrainte, au regard de l'état de santé de la personne détenue (art. D.251-4 du CPP et art. D.283-3 du CPP) : cf. chapitre I, § 3.1.1.2.5 ;

.....

Ces avis peuvent notamment être émis dans le cas de personnes présentant un risque de suicide, dans le cadre de leur prise en charge (cf. chapitre II, § 2.4.4.1).

Dans tous les cas, le médecin doit informer la personne détenue des démarches entreprises. Un double de ces attestations ou avis est remis à la personne détenue, sur sa demande.

6. Guide méthodologique (GM) 2012 (p.54-55)

C. Examen médical des personnes détenues placées dans les quartiers d'isolement et disciplinaires ou confinées dans une cellule ordinaire

S'agissant de la situation des personnes détenues placées à l'isolement, au quartier disciplinaire ou confinées dans une cellule ordinaire, il n'appartient pas au médecin de se prononcer sur la décision de placement prise, qui ne relève ni de sa compétence, ni de sa responsabilité ; l'examen médical n'est pas un préalable à ce placement.

Toute personne détenue peut bénéficier de soins dispensés au sein de l'unité sanitaire si son état clinique ou le suivi de ces soins le nécessite.

a. Visites aux personnes détenues placées à l'isolement (art. R. 57-7-63 et R. 57-7-64 du CPP)

La liste des personnes présentes au quartier d'isolement est communiquée quotidiennement aux équipes médicales de la structure sanitaire.

Le médecin se rend au quartier d'isolement au moins deux fois par semaine et y visite les personnes détenues chaque fois qu'il l'estime nécessaire. À l'occasion de ce déplacement, il vise le registre de visite. Toute personne détenue peut bénéficier de soins dispensés au sein de la structure sanitaire si son état clinique ou le suivi de ces soins le nécessite.

Il appartient au médecin, chaque fois qu'il l'estime utile au regard de l'état de santé de la personne détenue, d'émettre un avis écrit sur l'opportunité de mettre fin à l'isolement. Par ailleurs, le médecin est informé par l'administration pénitentiaire des éventuelles prolongations de la mesure. Dans le cadre de la procédure de prolongation de la mesure d'isolement l'avis du médecin est obligatoire (art. R. 57-7-64 et R. 57-7-73).

Il est à noter que le placement à l'isolement est exclu pour les mineurs.

Les visites et les avis concernant les personnes détenues à l'isolement font l'objet d'une mention au dossier médical.

b. Visites aux personnes détenues placées au quartier disciplinaire (art. R. 57-7-31 du CPP)

Conformément aux dispositions de l'article R. 57-7-31 ainsi qu'à la circulaire JUSK 1140029C en date du 9 juin 2011 relative au régime disciplinaire des personnes détenues, la liste des personnes présentes au quartier disciplinaire est communiquée quotidiennement aux équipes médicales de l'unité sanitaire. Les médecins visitent, sur place, chaque personne détenue au moins deux fois par semaine et aussi souvent qu'ils l'estiment nécessaire. Cette visite peut avoir lieu en présence du personnel pénitentiaire avec l'accord ou à la demande du médecin, la sécurité du personnel sanitaire devant être garantie. Si, entre ces visites, l'état de santé de la personne détenue est jugé préoccupant par le personnel pénitentiaire, celui-ci le signale à un médecin.

La visite peut également être demandée par la personne détenue elle-même. Toute personne détenue peut bénéficier de soins dispensés au sein de l'unité sanitaire si son état clinique ou le suivi de ces soins le nécessite.

Lors de chacune de ses visites, le médecin vise le registre mis en place à cet effet, mais non les fiches individuelles de procédure disciplinaire.

La demande d'avis médical préalable à la mise au QD n'est pas prévue par la réglementation (CPP), pas davantage que pour les mises au QD préventives avant que la sanction ne soit

prononcée. Si, à l'occasion d'une visite, le médecin estime que le placement au quartier disciplinaire est de nature à compromettre la santé de la personne détenue, il émet un avis destiné au chef de l'établissement pénitentiaire.

À la suite de cet avis, le chef d'établissement pénitentiaire peut suspendre la sanction.

Enfin, les personnes détenues prises en charge en hospitalisation de jour au sein d'un service médicopsychologique régional ne peuvent être placées au quartier disciplinaire sans qu'un médecin de ce service ait pu se prononcer sur la compatibilité de l'interruption de cette hospitalisation avec leur état de santé.

Tous les avis concernant les personnes détenues placées au quartier disciplinaire sont portés au dossier médical.

7. Exemples anonymisés de pratique des équipes

Exemple n°1

Nous réagissons aux signalements de la pénitentiaire que le patient soit au QD ou non. Quand il est au QD, on fait amener le patient par les surveillants au SMPR pour le voir dans de bonnes conditions d'examen et de confidentialité.

On ne donne pas de contre-indication au QD.

Les somaticiens y passent deux fois par semaine.

Si le patient ne peut pas venir au SMPR parce qu'il est trop agité ou refuse et que le signalement sous-entend un risque grave (délires ou risque suicidaire) nous nous déplaçons, mais c'est exceptionnel. Si on juge que le patient ne peut pas rester au QD vu son état clinique, alors on l'hospitalise sur son secteur si urgent ou à l'UHSA qui sont réactifs et viennent le chercher le lendemain en général. On peut aussi l'admettre dans notre hébergement HDJ mais c'est plutôt rare.

Un problème récurrent concerne les patients que la pénitentiaire met en DPU au QD (pyjama déchirable) et nous demande au bout de 24 ou 48 h notre avis pour "le rhabiller". Nous refusons d'émettre un avis sur le DPU en tant que tel, mais nous recevons le patient pour évaluer le risque suicidaire.

Exemple n°2

Pour le déplacement en détention.

En règle générale nous ne nous déplaçons pas en détention parce qu'en pratique les situations qui pourraient le justifier vraiment sont plutôt rares (pour ma part 1 déplacement en 4 ans). Le postulat de départ étant que les soins doivent se dérouler dans un lieu de soin (et quand on a été amené à se déplacer en cellule pour une situation aigüe on sait à quel point la question de la confidentialité notamment n'a plus trop de place).

Lorsque nous sommes interrogés sur notre pratique, nous donnons les arguments suivants :

- que le déplacement en cellule n'était pas un acte anodin dans la prise en charge psychiatrique des patients concernés (notamment dans le registre de la psychose, où la temporalité du travail du lien pouvait être extrêmement complexe)
- qu'on ne pouvait donc pas la considérer sur un angle simplement « protocolisable » (un patient fait une crise psychiatrique en cellule, il faut qu'un psychiatre aille le voir).
- que la décision d'une intervention dans la cellule du détenu devait donc être pensée au cas par cas.

- que les psychiatres du SMPR l'envisageaient à chaque fois qu'une situation clinique le justifiait, si cela pouvait apporter un bénéfice clinique au patient, à condition que ses droits soient respectés (notamment droit au refus hors situation justifiant des soins sous contrainte), et sans que cela puisse être préjudiciable pour lui ou pour la prise en charge en cours.

Pour la question plus spécifique du quartier disciplinaire.

Lorsqu'un détenu est signalé, nous le recevons à ce titre dans nos locaux.

Nous n'intervenons jamais par rapport à la sanction pénitentiaire qui appartient à l'administration pénitentiaire. La réponse que nous apportons est toujours une réponse de soins : entretiens rapprochés, admission en soins de jour au SMPR, hospitalisation si la situation clinique le justifie.

NB : Bien sûr, chacune des positions évoquées sont des positions qui ont été rendues lisibles vis-à-vis de l'administration pénitentiaire, à force d'un travail régulier (et épuisant) de communication sur nos pratiques (au moins mensuel) qui aborde ce genre de thématique.

Au sein de notre service, ces positions sont inscrites dans le projet médical de service et régulièrement discutées au moment de réunions institutionnelles.

Exemple n°3

La pratique au QD est individuelle comme le reste de la pratique médicale. La règle toutefois est de n'intervenir que sur sollicitation de l'UCSA et non directement après signalement de l'AP. Un travail régulier avec la direction de la prison et quelques actes de résistance de notre part rendent des décisions de l'AP plus responsables : selon les recommandations de la direction, quand la contre-indication au maintien apparaît au chef de détention ou à toute autre personne susceptible de suspendre la sanction, l'avis du SMPR n'est plus requis. Par ailleurs le recours au confinement est de plus en plus fréquent.

Une pratique que je ne suis pas parvenu à faire totalement disparaître consiste à adresser un courrier à la direction l'informant du risque qu'il y a à maintenir quelqu'un au QD. Pour moi cette pratique est contraire au respect du secret professionnel et constitue une contradiction avec notre attitude par rapport à la CPU. Comment refuser de répondre à des demandes d'avis quand ça nous arrange alors que nous prodiguons des conseils ou livrons des informations quand cela nous semble légitime ? La seule pratique valable est selon moi le recours au certificat.

Autre chose, je tente au maximum dans mes échanges avec les personnes que je rencontre au QD, de les convaincre de se réapproprier l'injustice qu'ils considèrent vivre et de ne pas accepter d'être sorti du QD comme on les amène à la douche ou au parloir. C'est à dire de redevenir acteur de ce qui leur arrive et de ne pas croire que c'est à moi qu'ils doivent la vie (dans le cadre d'une menace annoncée de suicide) mais bien à eux. Cela prend du temps et consomme pas mal d'énergie mais c'est assez souvent efficace et permet d'engager une relation thérapeutique de qualité. Et puis ça leur évite de penser qu'ils n'ont d'autre recours que le suicide lorsque je suis en vacances (ce qui arrive trop rarement à mon goût).

Cela dit, la pratique au QD reste une saloperie !

Exemple n°4

Voici comment nous procédons à l'US du CD.

On reçoit un signalement concernant l'appréciation ou l'énonciation d'un risque suicidaire par l'AP ou le SPIP, au QD ou en détention.

Les IDE convoquent le patient ou se rendent au QD, et le reçoivent en entretien infirmier; elles ne sont pas particulièrement formées à la "Psy", même pas à la prévention du suicide version rapport ALBRAND ou autres, mais elles connaissent bien tous les détenus de ce petit CD. Les généralistes, quant à eux, font deux fois par semaine les visites réglementaires au QD et au QI.

Leurs visites, post-signalement parfois, suffisent quasiment toujours à régler la situation du détenu proférant des menaces suicidaires pour obtenir une "incompatibilité de l'état de santé avec le QD".

Parfois ce sont les psychologues, beaucoup plus présentes et nombreuses que les psychiatres, qui reçoivent les patients signalés. Jamais d'intervention au QD, mais les entretiens peuvent se faire à l'US si nous insistons auprès de l'AP, entretiens suffisants pour désamorcer la plupart des inquiétudes ou des transferts de responsabilités entre l'AP et le soin.

Si les IDE ou les psychologues estiment qu'une consultation psychiatrique est par ailleurs nécessaire, elles inscrivent ce patient à la consultation d'un des psychiatres, mais il n'y a le plus souvent pas de CI QD, sauf la nuit où le week-end où le médecin de l'association d'urgentistes déclenchée par le 15 se protège médico-légalement en certifiant, sans SPDRE-D.398 à la clé, une incompatibilité QD, à charge pour nous dès le lendemain ou le lundi suivant, de réévaluer la situation médicale.

L'effectif de psychiatre est de 0,4 ETP par semaine. Quand il n'y a pas de psychiatre sur l'US (donc souvent) je suis joignable sur le CMP de secteur pour aider au décryptage de la situation et à la décision.

S'il y a un généraliste présent et que celui-ci, les IDE ou les psychologues, estimaient qu'il y a un risque de passage à l'acte imminent (au QD ou ailleurs en détention), ils envisageraient, avec le médecin généraliste présent, de réaliser ou non une SPDRE, ou bien quand il n'y a pas de généraliste, ils appelleraient le 15.

Ça n'arrive jamais.

Mais, CD, et petit établissement, de taille humaine.

Exemple n°5

Petite maison d'arrêt ayant 40 places théoriques mais le double « opérationnel », soit environ 80 personnes détenues dans 11 cellules (actuellement une cellule de 12 personnes mais avec 14 personnes : une dort sur le banc, l'autre sur un matelas au sol). L'UCSA fait les visites régulières au QD. Le psychiatre qui n'est présent qu'une demi-journée par semaine voit les personnes signalées à la demande de l'UCSA ou de l'AP. C'est rare. La prison est tellement petite qu'il n'y a pas de problème de déplacement. La personne est donc accompagnée jusqu'à l'UCSA. Pour l'instant pas d'avis à donner d'autant plus qu'étant donnée la surpopulation carcérale et l'hébergement collectif, **le QD est très recherché. Seul lieu de la prison où l'on peut être seul et tranquille..... Une récompense ou une punition ?** Une seule cellule de QD, donc risque de passage à l'acte quand il faut faire sortir plus rapidement l'ermite pour laisser la place à un autre ! Le QD, lieu de toutes les contradictions pénitentiaires et d'un exercice impossible de la part des soignants. Un sujet de fond pour réfléchir et nous positionner sur notre rôle en prison.

Exemple n°6

Maison d'arrêt d'une capacité théorique de plus de 500 détenus

En général : 700 à 900 détenus (jusqu'à 1000 écroués).

QD: visites médicales des psychiatres sur signalement pour évaluation. Au décours de celle-ci et en fonction de l'indication :

- traitement librement consenti/entretien(s) à minima sur place et approfondis au SMPR pour le cas où l'état du patient le permet.
- en cas de risque majeur: traitement administré en urgence suivi de l'organisation immédiate d'une hospitalisation en psychiatrie (en général: admission hospitalière le jour même, 5 à 6 heures plus tard).
- Si l'état du patient justifie une hospitalisation au-delà de la prise en charge d'une situation de crise passagère : transfert du service de psychiatrie générale vers l'UHSA.

Pas de demande de sortie du QD et en cas de risque majeur, entre autre dans l'attente de la mise en œuvre des mesures sanitaires, celui-ci est signalé sans délais à la direction de la MA en application de la loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental: Article 8.)

L'AP décide de son côté de la mise en place de mesures de protection qui lui appartiennent.

Exemple n°7

Voilà où nous en sommes dans ce centre pénitentiaire avec une importante maison d'arrêt dans notre réflexion, notre pratique et le dialogue avec l'administration pénitentiaire.

Les demandes explicites de consultation urgente doivent passer par la procédure prévue dans le cadre des signalements interservices, c'est-à-dire contact téléphonique direct impérativement (et non simple fax d'information).

Concernant QD, QI et confinement, les 2 visites réglementaires hebdomadaires sont faites en cellule par le médecin généraliste et l'IDE UCSA, à quoi s'ajoutent si besoin, des consultations urgentes et des consultations programmées aux UCSA ou au SMPR ou au CSAPA.

Le DPU est un outil pénitentiaire nouvellement utilisé et pour autant qu'on le sache au QD. Cette mise en place suppose que le personnel pénitentiaire a identifié un risque suicidaire majeur. En conséquence, l'information de l'UCSA doit se faire par contact téléphonique direct et le patient doit bénéficier d'une consultation urgente comme indiqué ci-dessus dans la procédure des signalements.

Pour mémoire, lorsque le placement au QD compromet l'état de santé de la personne, un avis médical (généraliste ou psychiatre) peut être remis au patient et transmis à l'administration pénitentiaire.

Si le DPU était utilisé en détention ordinaire, ce qui à notre connaissance n'est pas le cas, il s'agirait, par définition, d'une situation de consultation urgente à demander par contact direct.

La nuit, comme pour toute urgence, le centre 15 est l'interlocuteur.

8. Synthèse

Les points essentiels à retenir sont les suivants :

- 1) Un établissement pénitentiaire n'est pas un établissement de santé.
Le placement au QD relève de la responsabilité de l'administration pénitentiaire et il n'est pas équivalent à une décision d'isolement en établissement de santé. La surveillance régulière incombe à l'AP comme la surveillance en chambre d'isolement ou de sécurité à l'hôpital incombe aux soignants.
- 2) Les conditions habituelles d'examen au QD ne sont pas satisfaisantes. Elles doivent se faire autant que possible au sein de l'unité de soin, surtout si le patient est connu. Cautionner un examen exclusivement au QD est une dévalorisation de notre pratique professionnelle.
- 3) Un déplacement au QD n'est toutefois pas à exclure car certaines situations peuvent rendre très difficile le déplacement, notamment si le patient est très agité, dans un état délirant par exemple. L'accompagnement « musclé » à l'unité de soin peut être très violent et ne permettra probablement pas de toute façon un examen de qualité dans l'unité de soin. Il appartient à l'équipe soignante, en fonction des moyens locaux, de prévoir une organisation qui doit être travaillée avec l'AP, d'où l'utilité des réunions de coordination institutionnelle dite de proximité (GM, p.32) qui est incontestable, contrairement à celle de la commission pluridisciplinaire unique (CPU).
- 4) Ne pas accepter une demande d'avis médical préalable à la mise au QD (GM, p55).
- 5) Si le médecin estime que le placement au QD est de nature à compromettre la santé de la personne détenue, rédaction d'un avis reprenant ces termes à remettre au chef d'établissement pénitentiaire et prendre évidemment si nécessaire les dispositions sanitaires adéquates selon les recommandations actuelles du guide méthodologique (p.55).
- 6) Ne pas hésiter **individuellement** à signaler aux Pouvoirs publics (notamment notre ministère de tutelle et l'ARS) les situations qui paraissent problématiques localement. L'ASPMP peut soutenir et accompagner ces signalements.
- 7) Ne pas hésiter **collectivement** à signaler aux Pouvoirs publics (notamment notre ministère de tutelle) les situations qui paraissent problématiques localement sur le plan sanitaire mais pas seulement sanitaire.

