



Le constat, une situation carcérale intenable

Les soins en prison : chronique d'un malentendu

Michel DAVID

Bureau national SPH, secrétariat à la psychiatrie en milieu pénitentiaire

Au thème de la présente table ronde, j'ai ajouté un sous-titre : « *Les soins en prison : chronique d'un malentendu* ». Et un malentendu peut aussi être la conséquence de paroles, pour suivre le thème général de votre congrès, échangées mais peu ou pas comprises.

Les contours d'un malentendu

Un malentendu peut souvent aboutir à une situation intenable. Mais pourquoi un malentendu ? La psychiatrie en prison s'est implantée après la seconde guerre mondiale dans une optique initiale de dépistage des troubles mentaux pour aboutir à une organisation sanitaire actuelle à trois niveaux avec deux étapes clés :

- **La création des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire en 1985**
- **Le rattachement en 1994 des soins somatiques au service public hospitalier et l'affiliation de toutes les personnes détenues au régime général de la Sécurité sociale.**

Les trois niveaux sont les suivants :

- niveau 1 : consultation et activités thérapeutiques de groupe ;
- niveau 2 : « hospitalisation de jour » dans les SMPR ;
- niveau 3 : hospitalisation complète, soit en UHSA, en service libre ou en soins psychiatriques sur demande du représentant de l'état (SDRE), ex HO D398), soit en attendant le développement complet du programme UHSA en établissement psychiatrique ordinaire sous le régime exclusif du SDRE (ex HO D398).

Hors les situations d'hospitalisation sans consentement, les soins en prison ne peuvent être imposés et doivent être librement consentis. Aucune contrainte ne doit intervenir dans les soins puisque la prison est-elle-même déjà une contrainte. Les soins restent et doivent rester un des rares espaces de liberté pour la personne détenue.

A ce jour, on compte 26 SMPR tandis que les soins psychiatriques dans tous les établissements pénitentiaires dépourvus de SMPR (soit environ plus de 150) sont assurés par le secteur de psychiatrie générale.

La philosophie globale du dispositif selon les Pouvoirs publics est d'assurer une offre de soins aux personnes détenues **égalitaire** par rapport à celle proposée à la population générale, d'où le **malentendu** car il est actuellement impossible de considérer les prisons comme un lieu où l'on peut pratiquer la médecine comme en milieu libre.

Les marqueurs d'un malentendu

Depuis environ dix ans la volonté « politique » tente de faire évoluer les soins en prison d'une **finalité sanitaire à une finalité sécuritaire** sous l'affichage apparent de la belle organisation égalitaire de l'offre de soins à trois niveaux.

En 2012, Catherine Paulet, chef de service du SMPR de Marseille, Gérard Laurencin, chef de service du SMPR de Toulouse et moi-même écrivions un article dans l'Information psychiatrique, revue scientifique du SPH, intitulé : « *Psychiatrie en milieu pénitentiaire : la loi de 1994 pourrait-elle être remise en cause par l'essor de la préoccupation sécuritaire et de l'évaluation de la dangerosité* ». Nous y développons les constatations que l'indépendance professionnelle et le secret médical sont battus en brèche pour privilégier une mission « criminologique » d'évaluation de la dangerosité. Le droit à la confidentialité concernant sa santé est une difficulté très pratique en prison du fait de l'absence d'intimité et du panoptisme carcéral structurel et malgré le rappel de ces principes essentiels à **l'article 45 de la loi pénitentiaire de 2009** (Tableau 1).

L'administration pénitentiaire respecte le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation, dans le respect des troisième et quatrième alinéas de l'article L. 6141-5 du code de la santé publique.

Tableau 1. Article 45 de la loi pénitentiaire de 2009.

Qu'attend-on finalement des soignants ?

- Etre des conseillers siégeant dans les commissions pluridisciplinaires uniques et participant ainsi à l'exécution des peines,
- Trier les arrivants en fonction de leur personnalité ;
- Repérer sans coup férir tous les dangereux ;
- Rendre compte des évolutions favorables ou défavorables des troubles de la personnalité ou des pathologies psychiatriques ;
- Faire état du détail des traitements entrepris, de leur évaluation, de l'observance compliant et sans faille des intéressés, de la fréquence des entretiens voire de leur durée ;
- Assumer la fonction de recruteurs de codétenus de soutien,
- Cautionner le placement en quartier disciplinaire,
- Prescrire les kits anti suicides et les réveils nocturnes répétitifs qui ne font qu'aggraver des états psychiques précaires ;
- Etc.

On voit dans ces exemples que les missions des soignants tendraient à s'éloigner du soin pour devenir des experts officieux. Il n'a donc pas été étonnant que le combat a dû être acharné pour obtenir **l'article 48 de la loi pénitentiaire de 2009** (Tableau 2).

Ne peuvent être demandés aux médecins et aux personnels soignants intervenant en milieu carcéral ni un acte dénué de lien avec les soins ou avec la préservation de la santé des personnes détenues, ni une expertise médicale.

Tableau 2. Article 48 de la loi pénitentiaire de 2009

Il est aussi peu utile d'insister sur le fait que cette orientation sécuritaire a trouvé son acmé avec la loi de rétention de sûreté, qui semble ne pas devoir être abrogée malgré les promesses passées, et qui illustre toutes les ambiguïtés relatives au soin en prison et au rôle que le législateur impose aux psychiatres, surtout quand ils sont experts judiciaires.

Entre le guide méthodologique de 2005, qui s'appuyait avec force sur la loi sanitaire du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et maintenant, la régression est considérable. La déresponsabilisation de la personne détenue devient la règle. Quel bonheur si les certificats de suivi pouvaient ne pas passer par elle ! Il a failli en être ainsi avec la loi de programmation relative à l'exécution des peines de mars 2012. Il a encore fallu l'obstination des professionnels de santé pour faire gommer la disposition faisant transiter directement les certificats de suivi du médecin au juge sans passer par le patient.

Un autre malentendu peut aussi contribuer à une situation intenable, qui se noue surtout entre soignants et magistrats, et plus particulièrement les juges d'application des peines et qui consiste au développement des « *injonctions de soins encourues* ». L'injonction de soin créée par la loi de 1998, dans le cadre du suivi socio-judiciaire, semblait un progrès par rapport à l'obligation de soins car elle prévoyait une indication médicale proposée par l'expert psychiatre. Malheureusement, par probable défaut d'expertise initiale s'est développé un automatisme « *infractions relevant d'une IS et IS* ». Sans indication médicalement posée, les personnes détenues relevant d'une injonction de soins encourue sont orientées vers le psychiatre et en l'absence de soin, les remises de peine ne seront pas accordées. Les services sanitaires se trouvent encombrés par des demandes de soins factices pour permettre l'octroi des remises de peine. Et si les médecins ne posent pas l'indication de soins ou si les délais avant consultation sont trop longs ou les consultations trop espacées, les aménagements de peine ou les réductions de peine peuvent être ajournés ou rejetés sans que cela soit dû à la négligence ou à la mauvaise volonté du condamné. A noter qu'il s'agit encore d'une assimilation insidieuse psychiatre traitant/psychiatre expert puisque le code de procédure pénale évoque le médecin qui « estime » un traitement sans préciser qu'il doit s'agir d'un expert : « *Sans préjudice des dispositions de l'article 763-7, le juge de l'application des peines peut proposer à tout condamné relevant des dispositions de l'alinéa précédent de suivre un traitement pendant la durée de sa détention, si un médecin estime que cette personne est susceptible de faire l'objet d'un tel traitement* » (art. 717-1 du CPP).

Le malentendu a pu aussi se nouer entre les psychiatres eux-mêmes, en constituant insidieusement un clivage entre les psychiatres exerçant en prison (notamment ceux travaillant dans les SMPR) et ceux exerçant en secteur de psychiatrie générale. Cet éloignement a abouti aux UHSA du fait que les personnes détenues sont devenues des *personae non gratae* dans les hôpitaux. La question se pose donc de la création d'une filière ségrégative d'où le thème des 23^{èmes} rencontres annuelles des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire du 21 et 22 novembre 2013 à Lille et qui est intitulé : « *Du traitement de droit commun au traitement d'exception : nouvelles filiarisations* ». Si les soins en prison étaient vraiment devenus un traitement d'exception, comment peut-on concevoir leur nécessaire articulation avec les soins en milieu ouvert quand la libération sera venue ou en alternative avec l'incarcération si la contrainte pénale est instaurée.

Sur les UHSA, il serait vraiment indispensable d'en faire une évaluation. Pour suivre dans ma région l'ouverture de l'UHSA de Rennes (en septembre dernier), je suis assez abasourdi de la difficulté d'organisation que nécessite une admission en UHSA (sans parler des horribles discussions pour construire le projet).

Dans le projet initial des UHSA, il était prévu, toujours dans l'optique de la philosophie égalitariste entre soins carcéraux et extra carcéraux, que l'hospitalisation en UHSA suivrait les mêmes modalités que celle du milieu ouvert : 1) soins libre ; 2) soins sur demande d'un tiers ; 3) soins sur demande du représentant de l'Etat. Les soins sur demande d'un tiers, qui comportent la notion de **solidarité**, ont disparu et confirme ainsi la désaffiliation du sujet d'avec le reste de la société et son isolement social. L'usine à gaz que représentent les UHSA s'illustre avec les avatars de la loi du 5 juillet 2011 et sa réforme du 27 septembre 2013 car il a fallu y préciser que l'hospitalisation pouvait s'y faire en service libre. Il semble que la possibilité n'en n'était pas clair juridiquement (bien que d'application concrète dès l'ouverture de la première UHSA à Lyon en 2010 et avec, à ce jour, plus de 50% des hospitalisations en UHSA en soins libres). L'éloignement de la famille qu'imposent le plus souvent les UHSA est aussi un problème important alors qu'une hospitalisation de proximité devrait en théorie l'éviter. En théorie seulement, car la crainte des services hospitaliers de recevoir des détenus est telle que l'hospitalisation en est devenue indigne d'où la création des UHSA....

Si la réforme de la loi de 2011 a dû clarifier les hospitalisations libres en UHSA, elle a engendré un nouveau malentendu avec l'introduction de lieux d'hospitalisation imprécis pour les personnes détenues dénommées « unité adaptée » ou « structure adaptée » et avec la disparition de la référence aux unités pour malades difficiles (articles 12 et 13 de la loi du 27 septembre 2013). La lecture de la nouvelle mouture a même pu faire comprendre que l'hospitalisation en hôpital psychiatrique pouvait se faire sur le mode des soins libres, ce qui serait une révolution.

Quel constat sur les soins en prison ?

Indéniablement, la création du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire en 1985 et le rattachement des soins somatiques au service public hospitalier en 1994 ont facilité l'accès aux soins en milieu pénitentiaire au point de favoriser l'incarcération de malades au motif que des soins sont possibles en prison. Les témoignages sont nombreux de psychiatres s'offusquant de voir arriver dans les établissements pénitentiaires des personnes pour lesquelles sur la notice de prévenu majeur est indiquée : « *Admission au SMPR et examen psychiatrique urgent* ». Rappelons que l'admission ne peut être décidée par le juge mais par le médecin puis administrativement entérinée par le directeur de l'établissement hospitalier. Certes, le juge peut avoir raison : l'examen psychiatrique est urgent vu l'état délirant de la personne mais celle-ci aurait dû être orientée sur un hôpital psychiatrique plutôt qu'en prison.

Pas étonnant donc que la célèbre étude épidémiologique de Falissard et Rouillon menée entre 2003 et 2004 sur 1000 personnes détenues fasse état de 80% d'entre elles présentant un trouble psychiatrique et que dans 35% des cas, elles étaient considérées comme « *manifestement malades, gravement malades ou parmi les plus malades* », soit près de 20 000 personnes pour 68 000 personnes

détenues. De manière similaire, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté déclarait en février 2013 devant la mission d'information de l'Assemblée nationale sur « *La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie* » que 17 000 personnes détenues relevaient de la psychiatrie et au minimum 10 000 d'entre elles devraient être hospitalisées, soit une estimation qui se rapproche de la précédente.

Il existe donc un sérieux problème sanitaire dans les prisons. Le tri en amont est insuffisant le plus souvent par défaut d'expertise psychiatrique, notamment lors des comparutions immédiates, et le phénomène ne peut que s'aggraver du fait de la négligence par les Pouvoirs publics de la problématique de l'expertise. En quelques années, le nombre d'experts inscrits sur les listes de cours d'appel serait tombé de 800 à 500. Le phénomène va s'amplifier avec la diminution démographique attendue des psychiatres dans les prochaines années sans compter que de nouvelles tracasseries administrativo-fiscales dont la TVA obligatoire s'annoncent à partir du 1^{er} janvier 2014.

Les difficultés posées par les personnes présentant des troubles mentaux sévères sont donc bien connues. C'est probablement fort de ce constat que lors d'une visite conjointe au centre pénitentiaire de Fresnes fin 2012, les ministres de la santé et de la justice ont annoncé la création de deux groupes de travail, dont l'un des deux consacré à la suspension de peine pour raison médicale avec notamment mission de s'interroger aux raisons de l'absence de recours à la suspension de peine pour raison psychiatrique depuis que cette mesure a été adoptée en 2002. Voilà un point qui illustre une situation intenable, l'inéquité dans le traitement juridique de personnes selon qu'elles souffrent d'une pathologie somatique ou psychiatrique. La réponse des ministres à partir des travaux du groupe de travail sur ce sujet qui s'est réuni de février à juin 2013 se fait attendre. Sur ce sujet, et en lien plus ou moins direct avec l'expertise psychiatrique pénale, la procrastination du législateur à faire aboutir la diminution du quantum de la peine pour les personnes ayant un discernement altéré, montre bien les malentendus sociétaux face à la maladie mentale et qui conduit bien souvent à son déni (voir à ce sujet un actuel retentissant procès d'assises). L'arrêt G. c. France de la cour européenne des droits de l'homme de février 2012 est aussi une illustration frappante du sort qui attend certaines personnes souffrant de troubles mentaux en prison.

Et qu'en est-il de la réalité du fonctionnement des dispositifs thérapeutiques ?

Il est impossible de se faire une idée précise du fonctionnement des soins en prison que ce soit pour les 26 SMPR ou pour tous les autres dispositifs de soin psychiatrique relevant du secteur de psychiatrie générale. Impossible également de connaître dans le détail les prestations offertes par chaque unité sanitaire et le positionnement des ARS par rapport aux soins aux personnes détenues, est très variable en fonction des personnes et des intérêts locaux. En revanche, les témoignages me remontent souvent des difficultés qui surgissent ici et là et de l'isolement que rencontrent tout particulièrement les petites équipes mais aussi les SMPR. Trois exemples pour illustrer mon propos.

Ainsi récemment, la chef de service d'un SMPR du nord de la France, récemment retraitée m'écrivait : « Notre hôpital est dans un état de pénurie médicale effrayant et il n'y a plus de responsable au SMPR, des collègues de psy adulte vont à tour de rôle effectuer une demi-journée de consultation au SMPR. Nous en sommes au même point, pour le SMPR, qu'au départ du précédent chef de service, c'est-à-dire 3 postes de PH TP vacants, dont 2 à recrutement prioritaire. Pour le reste de l'hôpital, il y a beaucoup de postes vacants ».

La « sanctuarisation » des soins en prison peut aussi être mise à mal. Ainsi dans l'ouest de la France, un SMPR voit une partie de ses lits d'hospitalisation colonisée par l'Administration pénitentiaire pour y héberger des personnes détenues ne relevant pas de soins mais qu'il faut bien loger quelque part du fait de la surpopulation carcérale. Dans ce même établissement pénitentiaire, une note récente de la direction précise que les personnes détenues au QI ou au QD ne seront pas prioritaires pour les mouvements vers le SMPR bien qu'elles représentent une population à risque.

En totale opposition avec ce manque de moyens assez fréquents, l'Administration pénitentiaire s'adresse à un SMPR en lui demandant de répondre aux questions suivantes : « 1) les modalités précises de prise en charge mises en place concernant le public spécifique des AICS (groupe de parole, entretien individuel, activité particulière, diffusion de vidéo, rencontre victime ...); 2) le nombre et la qualité des intervenants; 3) les délais éventuels d'attente pour la mise en place d'un suivi; 4) l'intervalle entre les entretiens... ».

Et il ne s'agit que d'exemples « grossiers » mais le diable étant dans les détails, il faudrait des heures pour citer tous les dysfonctionnements que l'on peut rencontrer ici et là et pas seulement des problèmes de locaux ou d'effectifs mais aussi de pratiques éthiques hautement discutables. Ce n'est pas étonnant, tellement le système carcéral est déstabilisant. Vouloir une organisation sanitaire « parfaite » est un déni de la réalité carcérale : un soin psychothérapeutique en prison est l'équivalent pour un psychiatre de la désinfection d'une plaie par le somaticien avant de renvoyer le malade dans un milieu septique.

Quelques propositions

1. La place des soignants en prison doit être exclusivement thérapeutique et non expertale et leur indépendance professionnelle par rapport à l'Administration pénitentiaire et la Justice doit être garantie. Le secret professionnel ne devrait souffrir aucune exception.
2. Les soins en prison devraient avoir des objectifs modestes adaptés au milieu pénitentiaire. Ils se rapprochent davantage, en exagérant certes le trait, de la psychiatrie de guerre plutôt que la psychiatrie en milieu libre. Il conviendrait donc qu'ils ne se cantonnent qu'au niveau 1, c'est-à-dire à la consultation et d'une sensibilisation à l'approche psychiatrique pour une population qui n'en n'a comme idée que les plus rudimentaires préjugés : « La psychiatrie, c'est avant tout pour les fous ou au moins pour se prodiguer les tranquillisants pour faire son temps ou se livrer à un troc de survie ». Il est inutile de développer des moyens qui ne pourront être utilisés. Ainsi dans certains endroits, des équipes ont été renforcées pour le traitement des AVS mais les professionnels n'ont pas toujours les bureaux pour consulter ou constituer des groupes.

3. Dans une optique d'appréciation de l'opportunité de soins en prison et des moyens à y apporter, une évaluation sérieuse de la première tranche des UHSA devrait être faite avant de lancer la deuxième tranche et pourtant annoncée par les pouvoirs publics (Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées). Ce projet très coûteux peut contribuer à la création d'une filière ségrégative.
4. Un pilotage par le ministère de la santé des soins en prison doit être sérieusement mené. La chef de projet responsable des soins aux personnes détenues en poste à la DGOS depuis plusieurs années a été nommée sur un autre poste durant l'été. Très récemment (25 octobre), ce poste a fait l'objet d'un appel à candidature au niveau de la DGS et non plus au niveau de la DGOS. Ce pilotage sera important à la fois dans le cadre de l'élaboration de la loi de santé publique, avec un volet psychiatrique qui est annoncée pour 2014 et à la fois pour suivre les répercussions sur les dispositifs de soin de la création de la contrainte pénale qui pourra s'assortir de soins pénalement ordonnés.
5. Il convient de s'interroger sur l'utilité de la multiplication de groupes de travail comme par exemple celui relatif à une lourde enquête sur le financement des unités sanitaires menées au printemps dans le plus grand désordre, avec des consignes contradictoires et dont les conséquences sont redoutées quant à l'attribution des moyens.
6. Anticipation sérieuse par la psychiatrie des moyens à mettre en œuvre pour assurer les obligations et injonctions de soins dont le volume pourrait augmenter (contrainte pénale et suspension de peine). Une évaluation rigoureuse établissement pénitentiaire par établissement pénitentiaire des personnes susceptibles de bénéficier d'une suspension de peine pour raison psychiatrique s'avère incontournable.

Pour sa part, le SPH lors de son Assemblée générale d'octobre 2013 suite à un atelier intitulé : « Pour une OPA amicale de la psychiatrie générale sur la psychiatrie en milieu pénitentiaire » a voté une motion où le SPH s'engage sur plusieurs points (Tableau 3).

L'AG du SPH avait rappelé à Lyon en 2012 que l'organisation de la prise en charge psychiatrique des personnes sous main de justice (PPSMJ) constituait un problème majeur de santé publique :

- L'organisation de la psychiatrie en milieu pénitentiaire conduit généralement à une filière ségrégative. Pour trouver une issue à cette situation, l'ensemble des dispositifs de soins psychiatriques doit s'articuler étroitement avec les dispositifs sectoriels de psychiatrie
- Une évaluation globale préalable du fonctionnement de la première tranche des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) est indispensable avant toute création nouvelle. L'hospitalisation des personnes détenues dans le secteur de psychiatrie générale devrait être maintenue en dotant les services hospitaliers des moyens nécessaires à des soins de qualité

- Le nombre et la nature des soins ambulatoires sous contraintes judiciaires (injonctions et obligations de soin) doivent bénéficier d'un relevé et d'une évaluation tant nationale que régionale afin d'apprécier les charges, modalités et incidences qui en découlent.

A l'AG de Nantes en 2013, le SPH poursuit sa réflexion pour permettre une prise en charge des personnes sous main de justice dans la continuité de la motion retenue à Lyon et dans le cadre de la réflexion à venir sur l'organisation globale de la psychiatrie, notamment les personnes détenues, dans un parcours de soin coordonné en recherchant la complémentarité des pratiques professionnelles et institutionnelles.

- Il entend mener des actions pour aider les professionnels de la psychiatrie à répondre au mieux à la prise en charge des soins pénalement ordonnés, dans le respect de l'indépendance du praticien, les obligations et injonctions de soin

- Le SPH suivra attentivement les résultats du groupe de travail sur la suspension de peine pour raison médicale en exigeant que l'équité soit rétablie afin que les personnes souffrant de troubles mentaux, prévenues comme condamnées, puissent bénéficier d'une suspension de peine selon les mêmes modalités que pour les personnes souffrant d'affections somatiques

- Il sera attentif à ce que les conséquences de ce droit conduisent à octroyer les moyens nécessaires à ces prises en charge ainsi que celles découlant de la future réforme pénale

- Il poursuit sa demande d'une évaluation de la première tranche des UHSA qui devra comporter notamment l'accès des personnes détenues à l'ensemble du dispositif de soins notamment hospitalier.

Tableau 3. Motion du SPH – Nantes 2013

Pour conclure : des exemples de situations intenable

Je voudrais terminer sur un témoignage personnel. Quand j'ai quitté le SMPR de la Guadeloupe fin 2011, pour prendre un poste sur une unité fermée d'un secteur de psychiatrie générale mais tout en assurant les missions du secteur sur la petite maison d'arrêt de Coutances, j'imaginai que le contexte serait moins tendu que celui d'un SMPR. En fait, je trouvais une petite maison d'arrêt d'un effectif théorique de 40 places pour une moyenne d'environ 70 détenus mais qui a comporté jusqu'à 90 détenus, encore très récemment, répartis dans 11 cellules. Je découvrais qu'un procès allait se tenir à la cour d'assises de Coutances (mars 2012) suite à des viols et des actes de torture et de barbarie qui s'étaient déroulés pendant 15 jours dans une « cellule-dortoir » (la fonction de dortoir que PV Tournier que nous entendrons cet après-midi dénonce à juste titre) sans que personne ne s'en rende compte. Les personnes détenues coupables ont été condamnées à 12 ans et d'autres co-détenus présents dans la cellule, non acteurs de ces crimes mais y ayant assisté sans rien dire, ont été relaxés car la Cour a compris que s'ils s'étaient manifestés, ils auraient subi le même sort. Coutances comme Cherbourg sont deux petites maisons d'arrêt vétustes qui devaient être remplacées par un nouvel établissement mais dont le projet a été gelé après les élections présidentielles de 2012. Dommage, car comment illustrer au mieux, l'urgence et une situation intenable que ce procès criminel de Coutances !

Donc, il faut changer de paradigme. Des prisons non surpeuplées, aux conditions de vie « dignes », permettant de mener une vie responsable pour reprendre l'expression de l'article 1 de la loi pénitentiaire, réservées aux personnes ayant commis les faits les plus graves (et pas forcément éternellement dangereuses), des soins prenant en compte le contexte carcéral et ses limitations et des alternatives à l'incarcération avec des soins **si nécessaire aux indications bien posées et pratiquement réalisables** en prenant en compte les dispositifs de soins réellement disponibles. L'organisation sanitaire qui a collé à l'évolution du système carcéral devra se déconstruire si par le plus grand des hasards la prison prenait une orientation « réductionniste ».