

MERCREDI 8 AVRIL 2020

13h45 / 15h00



POINT FLASH

Quel avenir pour les D398 ?  
Michel DAVID

**Michel DAVID**

Président de la Fédération Française de Psychiatrie (Fédépsychiatrie)  
et de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu pénitentiaire (ASPMP)

**Nom de code : D398**

### Définition

D398 est le numéro d'article du code de procédure pénale que connaissent bien les soignants intervenant en milieu pénitentiaire qui prévoit que les personnes détenues atteintes de troubles mentaux ne peuvent être maintenues en prison et doivent être « hospitalisées d'office »<sup>1</sup> selon les dispositions de l'article L3214-3 du code de la santé publique. Cet article précise que « *lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le préfet de police à Paris ou le représentant de l'État dans le département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son admission en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète* ».

### Un traitement d'exception

L'hospitalisation sous contrainte d'une personne détenue diffère de celle d'une personne non détenue pour laquelle les soins se répartissent en deux catégories : les soins sans consentement (soins sur décision du directeur de l'établissement de santé) et les soins sur décision du représentant de l'État en cas de troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte de façon grave à l'ordre public et (où la notion du consentement n'apparaît pas).

Pour les personnes détenues, les deux motifs sont confondus. Les soins sur décision du directeur d'établissement, en péril imminent ou sur demande d'un tiers n'existent pas pour les personnes détenues, tandis que l'hospitalisation en soins dits libres n'est possible que dans les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

Il apparaît que de personnes détenues sont ainsi soumises à une décision préfectorale (avec tout le cortège de fichage Hospyweb/FSPRT) alors qu'elles auraient pu être hospitalisées librement ou en SDDE pour les mêmes motifs cliniques si elles n'étaient pas sous écrou.

### Bref historique

Avant 2010, date d'ouverture de la première UHSA<sup>2</sup> à Lyon, les personnes détenues ne pouvaient être hospitalisées que sous le régime du D398 dans le centre hospitalier spécialisé de proximité, même si elles consentaient aux soins, voire les demandaient ou ne présentaient aucune

<sup>1</sup> La version actuelle du code de procédure pénale n'est pas actualisée puisqu'elle fait état d'hospitalisation d'office, terminologie qui n'existe plus depuis 2011.

<sup>2</sup> Les UHSA ont été créées par la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002, dite loi Perben I.

dangereux ni pour autrui ni pour elle-même (bien que le motif suicidaire soit un motif fréquent d'hospitalisation).

### État de l'hospitalisation des personnes détenues

Actuellement les hospitalisations des personnes détenues peuvent se faire en centre hospitalier spécialisé ou en UHSA. Le nombre de places est insuffisant en UHSA pour répondre aux demandes, notamment en urgence.

Jusqu'en 2011, on comptait environ 2000 SDRE D398/an.

En 2012, un an après l'ouverture de la 1<sup>re</sup> UHSA, on constatait un doublement des hospitalisations (4033) pour arriver à 6520 hospitalisations en 2016<sup>3</sup>, alors que pendant la même période le programme UHSA se déployait avec l'ouverture de nouvelles UHSA. On évalue en moyenne environ 4000 D398 par an.

### Problématique

Les hospitalisations D398 rencontrent plusieurs problèmes et notamment :

- Mauvaises conditions d'hospitalisations souvent en isolement et en contention pour des motifs non cliniques ;
- Durées d'hospitalisation courtes non thérapeutiques ;
- Réticence des personnels soignants et administratifs à les accueillir ;
- Etc.

Les causes sont multiples et notamment :

- Population redoutée (présomption de dangerosité) ;
- Crainte de la « fugue » (sortie sans autorisation médicale pour les soignants et évasion pour la pénitentiaire) ;
- Pressions préfectorales ou judiciaires (procureurs) pour assurer une sécurisation efficace ;
- Peur des sanctions si « fugue » ;
- Etc.

### Politique sanitaire et réglementation

Le **rapport IGJ/IGAS de décembre 2018** (Évaluation des unités hospitalières spécialement aménagées [UHSA] pour personnes détenues) précise que même, une fois la tranche d'UHSA déployée (si tant est qu'elle le soit), il faudra maintenir les hospitalisations D398, même en dépit de leur médiocre qualité thérapeutique : « *Recommandation n° 2 : Maintenir les dispositions de l'article D.398 du code de procédure pénale, au-delà de la seconde tranche d'UHSA* ».

**L'instruction N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention** au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement précise que « *lorsque des personnes détenues sont hospitalisées dans l'attente d'une place en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), le recours à l'isolement et à la contention doit relever d'une nécessité médicale. Les modalités de mise en œuvre de cette recommandation dans les établissements feront l'objet de travaux interministériels des ministères de la Santé, de la Justice et de l'Intérieur* ». On attend toujours les résultats de ces travaux, probablement secrets, et n'en doutons pas, intenses.

---

<sup>3</sup> Rapport annuel du CGLPL de 2017.

La décision du **Conseil constitutionnel de juin 2020** annulant l'article L3222-5-1 du code de la santé publique relatif à l'isolement et la contention va probablement ouvrir à de nouvelles dispositions qui vont rendre les hospitalisations D398 plus problématiques.

### **Attitudes irrationnelles**

Les conditions d'hospitalisations D398, souvent indignes, pour les personnes détenues sont les conséquences d'une ambiance sécuritaire ne reposant pas sur des critères objectifs. La lettre en annexe pose les questions, sans avoir eu pour l'instant de réponses.

### **Conclusion**

Un long développement serait nécessaire, mais impossible dans un point flash, pour analyser la question de l'hospitalisation des personnes détenues, mais plus largement la politique relative à la psychiatrie dans son ensemble et l'abandon de la philosophie intégrative ou inclusive du secteur.

La création du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire en 1986 qui pouvait apparaître comme un moyen efficace d'améliorer les soins psychiatriques aux personnes détenues n'a abouti qu'à une filière ségrégative dont les UHSA sont le point d'orgue.

Les raisons de cette évolution sont multiples, mais peuvent se résumer sous l'angle de politiques publiques de plus en plus sécuritaires et une demande infinie de sécurité par la population avec une augmentation continue du nombre de personnes détenues et un allongement de la durée des peines privatives de prison.

Il n'apparaît pas à l'aune des politiques relatives à la psychiatrie que la situation soit en mesure de changer à court ou moyen termes.

## ANNEXE

Courrier adressé à la DGOS relatif à l'hospitalisation de personnes détenues sous le régime SDRE D398

**Docteur Michel DAVID**

Psychiatre des Hôpitaux  
Praticien hospitalier  
Président de l'APSMP  
Coréférent-rapporteur de l'atelier  
psychiatrie en milieu pénitentiaire du  
Comité de pilotage de la psychiatrie

Chef du bureau R4  
Direction générale de l'offre de soins  
Ministère de la Santé  
14, avenue Duquesne  
75350 Paris 07 SP

Le 29/09/2018

**Objet :** Hospitalisation D.398

Monsieur le Chef de bureau,

L'amélioration de la prise en charge des soins sur **décision** du représentant de l'État (et non sur **demande** du représentant de l'État, comme il est écrit dans la lettre de mission du 20 juin 2017) fait partie des attendus de l'atelier psychiatrie en milieu pénitentiaire du Comité de pilotage de la psychiatrie.

Par ailleurs, l'Instruction N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement apporte la précision suivante : « *En conséquence, lorsque des personnes détenues sont hospitalisées dans l'attente d'une place en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), le recours à l'isolement et à la contention doit relever d'une nécessité médicale. Les modalités de mise en œuvre de cette recommandation dans les établissements feront l'objet de travaux interministériels des ministères de la Santé, de la Justice et de l'Intérieur* ».

Pour permettre nos travaux sur ce sujet, il convient de s'appuyer sur des indicateurs objectifs. Aussi, je vous serais reconnaissant avec l'appui des services de l'État et notamment des trois ministères cités de nous fournir les données suivantes depuis l'année 2000 :

- Le nombre de patients détenus hospitalisés selon l'article D398 du code de procédure pénale ;
- Le nombre de patients détenus hospitalisés selon l'article D398 et qui ont fait l'objet d'une sortie sans autorisation médicale (sorties sans autorisation médicale au sens hospitalier ou évasion au sens pénitentiaire et judiciaire) ;
- Le délai entre la sortie sans autorisation ou l'évasion et le moment où la personne est de nouveau sous « contrôle » hospitalier ou pénitentiaire ;
- Le nombre d'incidents pendant la sortie et l'évasion et leur indice de gravité ;
- Le nombre de situations où les responsabilités médicales ou administratives hospitalières ont fait l'objet de sanctions administratives ou judiciaires et la nature de ces éventuelles sanctions.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Chef de bureau, mes salutations distinguées.