

La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003

Magali Coldefy, Albane Exertier*

Depuis la parution du décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, la prise en charge de la santé mentale des détenus est sous la responsabilité du service public hospitalier.

Ce décret institue en particulier les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Le dispositif en place en 2003 repose en effet sur deux systèmes : les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, spécifiquement dédiés à la population carcérale, et les secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile pour la prise en charge de la population générale.

En 2003, on comptait 26 secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, avec comme structure-pivot le service médico-psychologique régional (SMPR). Situés dans l'enceinte des maisons d'arrêt¹ ou des centres de détention², les SMPR dispensent les soins psychiatriques courants dans leur établissement pénitentiaire d'implantation. Ils fournissent également des soins plus intensifs (notamment l'hospitalisation avec consentement) aux personnes détenues dans les établissements pénitentiaires de leur secteur. Ils assurent enfin une mission de coordination régionale des prestations psychiatriques délivrées à la population pénale de leur aire de compétence, afin d'harmoniser les pratiques, y compris dans la prise en charge des addictions.

Les modalités d'intervention des SMPR sont variées. Certains ont installé des antennes (qui ne proposent que des prestations ambulatoires : consultations, activités à temps partiel, etc.) dans un ou plusieurs établissements pénitentiaires de leur secteur. Plusieurs SMPR interviennent également dans d'autres établissements pénitentiaires implantés sur leur secteur, sans y avoir de locaux ou de personnels spécifiques.

Au total, en 2003, 99 établissements pénitentiaires sur les 188 existants étaient ainsi couverts par les équipes de psychiatrie de secteur en milieu pénitentiaire. À noter, certaines régions administratives (Auvergne, Corse, Franche-Comté, Guyane, Limousin) étaient dépourvues de

* DREES.

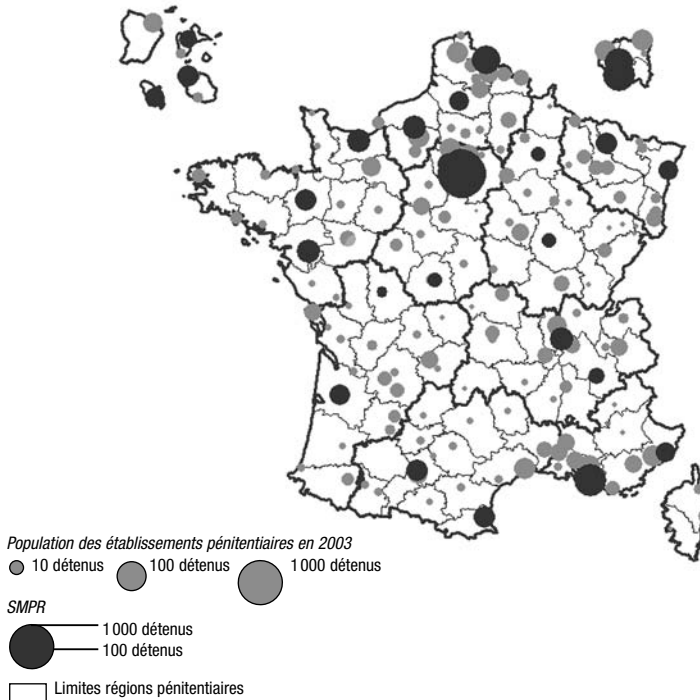
1. Établissements pénitentiaires qui reçoivent les prévenus (détenus en attente de jugement) et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an.

2. Établissements pénitentiaires qui accueillent les condamnés d'un an et plus, considérés comme présentant les perspectives de réinsertion les meilleures. Le régime de détention est principalement orienté vers la resocialisation des détenus.

SMPR en raison de leur faible population pénale (carte 1). Les détenus de ces établissements sont alors suivis par les équipes des secteurs de psychiatrie générale dont ils relèvent.

CARTE 1

Établissements pénitentiaires et SMPR en 2003



Sources • Statistiques de l'administration pénitentiaire 2003.

Les secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile interviennent au sein des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) chargées des soins somatiques auprès de la population pénale. Celles-ci réalisent les soins courants dans les établissements pénitentiaires relevant de leur secteur géographique. En 2003, 129 secteurs de psychiatrie générale ont déclaré intervenir en milieu pénitentiaire, dans le cadre d'un protocole entre l'établissement de santé dont ils relèvent et l'établissement pénitentiaire.

En termes de personnels, les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire sont mieux dotés que les secteurs de psychiatrie générale si l'on considère la population couverte, mais pas si l'on regarde le nombre de patients pris en charge, et ce pour toutes les catégories de person-

nel. En effet, si la taille de la population à couvrir par l'ensemble des SMPR est globalement proche de celle d'un secteur moyen de psychiatrie générale, la proportion de détenus utilisant le système de soins psychiatriques s'avère beaucoup plus importante. Les taux de recours aux soins psychiatriques en milieu pénitentiaire apparaissent 10 fois supérieurs à ceux observés en population générale.

ENCADRÉ 1

Sources

Les résultats présentés ici sont issus de l'exploitation des rapports d'activité de secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et de secteurs de psychiatrie générale pour l'année 2003.

La première collecte nationale des rapports d'activité des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire a eu lieu en 2000, mais la qualité de remplissage des questionnaires n'avait pas permis son exploitation. En 2003, une version rénovée des rapports a été établie, afin d'améliorer la connaissance du fonctionnement et de l'organisation des soins de ces services, à l'aide d'éléments comparables à ceux collectés dans les rapports de secteurs de psychiatrie générale.

Pour l'exercice 2003, les 26 secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire ont répondu à l'enquête. Les réponses partielles ou données incohérentes ont été redressées au niveau national à partir des données de 2000 lorsque cela était possible ou par affectation de structures moyennes dans les autres cas.

L'accès et le recours aux soins

Le premier accueil

Dans le cadre des missions de prévention, un repérage précoce des troubles psychiques est prévu pour chaque nouvel arrivant en détention.

Dans les établissements disposant d'un service médico-psychologique régional (SMPR), un entretien d'accueil est réalisé par l'équipe du SMPR avec chaque nouvel entrant. Cet entretien permet un dépistage précoce des détresses et troubles psychiques divers, des maladies mentales avérées, ainsi que des conduites de consommation abusive d'alcool, de drogues ou de médicaments. Il permet aussi de présenter les prestations proposées par le SMPR.

En 2003, dans les 26 établissements pénitentiaires où des SMPR sont implantés, 51 680 personnes³ sont entrées en détention. Parmi elles, 40 300 étaient auparavant en liberté, les autres venant d'un autre établissement. Chaque SMPR aurait donc dû voir en moyenne 2 000 entrants en détention. En pratique, les équipes n'ont rencontré que 63 % des nouveaux arrivants dans leurs établissements⁴. L'enquête réalisée en juin 2001 par la DREES et le Groupe français d'épidémiologie psychiatrique auprès des entrants dans les établissements d'implanta-

3. Ces chiffres de l'administration pénitentiaire correspondent au nombre de détenus entrants dans l'année. Un détenu transféré dans différents établissements au cours de l'année est comptabilisé à chaque fois comme un nouvel entrant.

4. Cet écart peut s'expliquer par plusieurs raisons, mais principalement par le fait que certains entrants ne restent pas suffisamment longtemps dans l'établissement pour que cet accueil soit réalisé. Cela peut induire des biais dans les calculs effectués.

tion de SMPR avait en outre montré que 52 % de ces entretiens débouchaient sur une préconisation de suivi psychiatrique (Coldefy *et al.*, 2002).

Dans les établissements ne disposant pas de SMPR, l'entretien d'accueil est réalisé par les équipes des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), lesquelles effectuent un bilan somatique et psychiatrique. À cet entretien, s'ajoute parfois un entretien avec les équipes des secteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile. Dans ces établissements, un entrant en détention sur cinq s'est vu prescrire une prise en charge psychiatrique en 2003 (Mouquet, 2005).

La prescription est donc plus fréquente dans les établissements disposant d'un SMPR. Cela accreditte l'hypothèse selon laquelle il est plus facile, au sein de ces derniers, d'accéder à une prise en charge psychiatrique et de repérer la population concernée.

Le recours des détenus aux soins de santé mentale est dix fois supérieur à celui observé en population générale

En 2003, on peut estimer que plus de 67 000 détenus, soit 40 % de la population carcérale⁵, ont été vus au moins une fois par une équipe de psychiatrie, dont 54 250 par l'équipe soignante d'un SMPR. Parmi ces derniers, 38 % n'ont été vus qu'une seule fois dans l'année, la plupart du temps lors d'un entretien d'accueil à l'issue duquel un suivi psychiatrique n'a pas été jugé nécessaire ou n'a pu être mis en place (transfert, sortie ou refus du détenu). En excluant ces « mono-consultants » de la file active totale⁶, le taux de recours⁷ aux soins de santé mentale atteint 271 pour 1 000 détenus en 2003. Ce taux est très supérieur à celui observé en population générale auprès des seuls secteurs de psychiatrie (27 pour 1 000 en 2003). Signalons toutefois qu'il peut y avoir des recours privés auprès de structures non sectorisées ou de psychiatres de ville. Ce fort recours aux soins psychiatriques tient en partie aux caractéristiques démographiques et sociales de la population incarcérée, qui cumule les risques de vulnérabilité (Mouquet, 2005) et au sein de laquelle les conduites addictives sont très répandues : 54 % des entrants en détention déclaraient en 2003 consommer au moins une substance psycho-active (psychotropes, alcool, drogues illicites).

En outre, l'incarcération elle-même (impliquant isolement affectif, promiscuité, inactivité, etc.) génère ou augmente certains risques. En particulier, les risques de suicide sont majorés à certains moments du parcours pénitentiaire (lors des premières semaines de détention, de placement en quartier disciplinaire, avant un jugement, etc.). Par ailleurs, la proportion de nouveaux détenus ayant déclaré avoir fait une tentative de suicide dans les douze mois précédant l'incarcération est 22 fois plus élevée qu'en population générale.

5. Ce chiffre correspond aux détenus présents au 1^{er} janvier 2003 et aux entrants dans l'année (après transferts et état de liberté). Un détenu vu dans plusieurs SMPR ou secteurs de psychiatrie générale est comptabilisé dans l'activité de chaque structure.

6. La file active est égale à la somme des patients présents au 1^{er} janvier de l'année considérée et des nouveaux patients vus dans l'année.

7. Nombre de patients vus plus d'une fois dans l'année rapporté à la population des détenus incarcérés en 2003 (présents au 1^{er} janvier + entrants dans l'année).

Le recours aux soins psychiatriques est trois fois supérieur dans les établissements dotés d'un SMPR

La probabilité pour un détenu de recourir aux soins de santé mentale varie aussi fortement selon l'établissement d'incarcération. En 2003, sur 1 000 détenus dans un établissement pénitentiaire disposant d'un SMPR ou d'une antenne SMPR, 430 ont bénéficié d'une prise en charge psychiatrique, contre 144 de ceux qui étaient incarcérés dans des établissements non dotés d'un SMPR. La possibilité pour les détenus d'accéder à des soins de proximité semble donc influencer sur leur recours aux soins psychiatriques.

La nature de la prise en charge

Comme les secteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile, chaque secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire peut proposer une offre de soins diversifiée : il dispose généralement d'une unité d'hospitalisation à temps plein au sein même du SMPR et assure des prestations ambulatoires ainsi que des prises en charge à temps partiel (atelier thérapeutique, activité thérapeutique, hôpital de jour, etc.). Cette diversité reste cependant limitée, en partie du fait des contraintes de sécurité liées au milieu carcéral dans lequel les missions du secteur s'exercent.

Dans les établissements dotés d'un SMPR, la prise en charge ambulatoire peut prendre la forme de consultations. Ces dernières se déroulent au sein du SMPR (21 000 patients ont été soignés ainsi en 2003) ou dans les locaux de détention (plus de 11 000 patients). La prise en charge ambulatoire ou à temps partiel (type atelier ou activité thérapeutique) de patients relevant d'autres établissements pénitentiaires reste très limitée : moins de 3 % des séances ou journées de prise en charge ambulatoires ou à temps partiel étaient réalisées par le SMPR (hors entretien d'accueil) en 2003 pour de tels patients.

Lorsqu'il n'existe pas de SMPR dans l'établissement, la prise en charge ambulatoire est la seule modalité de soins proposée (à l'exception de l'hospitalisation d'office dans un établissement habilité) : près de 13 000 détenus ont été vus en consultation ou en groupe thérapeutique, le plus souvent dans les locaux de l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA).

Des activités de groupe thérapeutiques inégalement développées

Tous les SMPR déclarent réaliser des activités de groupe à visée psychothérapique (échange de paroles, exercice d'une activité, etc.). Selon les médecins, ce mode de prise en charge semble souvent répondre aux besoins des personnes incarcérées. Il est cependant plus difficile à met-

tre en place dans les établissements dépourvus de SMPR : seuls 30 % des secteurs de psychiatrie générale intervenant en milieu pénitentiaire déclaraient mener des activités de groupe au sein de l'établissement.

Globalement, ces activités de groupe restent cependant limitées, y compris dans les établissements dotés d'un SMPR, où elles concernent moins de 10 % des détenus pris en charge plus d'une fois dans l'année par l'équipe soignante.

Une prise en charge à la sortie de la détention pour 4 % des détenus suivis par les équipes des SMPR

La préparation à la sortie et le suivi post-pénal font également partie des missions des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. 81 % des SMPR ont ainsi déclaré participer à une activité individualisée de préparation à la sortie, destinée à faciliter la réinsertion des détenus et leur intégration. Cet accompagnement se fait en lien avec les services sanitaires, sociaux et pénitentiaires de l'établissement (services pénitentiaires d'insertion et de probation), dans un processus de continuité des soins.

En outre, 22 SMPR sur 26 déclaraient avoir eu une activité post-pénale pour les détenus suivis pendant leur incarcération et qui nécessitent la poursuite de leurs soins en milieu ouvert.

L'hospitalisation au SMPR est souvent assimilable à une hospitalisation de jour

Dans un SMPR, l'hospitalisation avec consentement⁸ s'effectue dans les limites liées aux contraintes pénitentiaires. Elle s'apparente de fait à une hospitalisation de jour. Dans la majorité des structures, il n'y a en effet pas de personnel soignant la nuit. Et quand il y en a, ils n'ont pas un accès direct aux patients car la cellule ne peut être ouverte que par un surveillant pénitentiaire.

Seuls les SMPR des Baumettes (Bouches-du-Rhône) et de Fresnes (Val-de-Marne) ont organisé une permanence de l'équipe soignante, avec une surveillance infirmière durant la nuit et une astreinte d'un médecin de l'équipe du secteur. En 2003, 299 patients ont ainsi été hospitalisés à temps plein dans ces deux services (82 lits au total), pour une durée moyenne de séjour (continu ou non) allant de 54 à 65 jours dans l'année selon l'établissement.

Par ailleurs, 20 SMPR sur 26 ont réalisé une hospitalisation sans permanence de nuit, même si dans certains services, le patient reste hébergé la nuit sans surveillance infirmière. 360 lits ou places sont destinés à une telle prise en charge, soit 18 en moyenne par secteur (de 5 à 29).

8. L'hospitalisation au sein d'un établissement disposant d'un SMPR ne peut se faire qu'avec le consentement du détenu. Les détenus des établissements ne disposant pas de SMPR doivent quant à eux être transférés vers ces structures ou hospitalisés selon les modalités de l'hospitalisation sans consentement (au titre de l'article D398 du Code de procédure pénale) dans un établissement de santé habilité.

La totalité des SMPR ne propose pas ce type de prise en charge. En 2003, 4 SMPR n'offraient que des prises en charge ambulatoires (ou à temps partiel sous forme d'atelier ou d'activité thérapeutique) et adressaient leurs patients nécessitant une hospitalisation à un autre SMPR ou à un établissement de santé habilité dans le cadre d'une hospitalisation d'office. Au total, l'hospitalisation au sein des SMPR ne concerne donc qu'un nombre limité de détenus: 1 % d'entre eux⁹ ont été, en 2003, hospitalisés avec leur consentement dans ces structures.

Des conditions d'hospitalisation liées au cadre pénitentiaire

Les conditions d'hospitalisation en SMPR ne sont pas réellement comparables à celles des services hospitaliers. Les chambres d'hospitalisation ne se différencient pas des cellules de détention dans 17 SMPR, ce qui peut poser certains problèmes (inexistence de systèmes de réanimation de premier niveau, risques liés aux lits métalliques en cas de crise, présence de systèmes d'alerte, etc.).

Des hospitalisations de courte durée en établissement psychiatrique

L'hospitalisation au SMPR ne peut se faire qu'avec le consentement du patient. L'article D.398 du Code de procédure pénale prévoit cependant, en application de l'article L.3213-1 du Code de la santé publique, que les détenus atteints de troubles mentaux qui ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire puissent être hospitalisés d'office. Les détenus atteints de troubles mentaux qui nécessitent des soins et qui compromettent, de manière grave, l'ordre public ou la sûreté des personnes, sont ainsi placés, sur décision du préfet et au vu d'un certificat médical, en hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité.

Les données issues des rapports de secteurs de psychiatrie générale en 2003 enregistraient 692 patients reçus au titre de l'article D398 du Code de procédure pénale, pour un total de 15 737 journées. Parmi eux, 583 ont été adressés par les SMPR. Ces chiffres semblent cependant sous-estimés: les données d'activité des commissions départementales d'hospitalisation psychiatrique recensaient en effet, pour la même année, 1 547 mesures prises au bénéfice de personnes détenues. Avec 23 jours, cette durée moyenne de séjour cumulé dans l'année apparaît inférieure à celle observée en moyenne dans les secteurs de psychiatrie générale (41 jours en 2003).

Ces derniers admettent relativement rapidement un patient suite à une demande d'hospitalisation. 89 % des SMPR parviennent toujours à faire hospitaliser le patient dans un délai inférieur ou égal à trois jours (le jour même pour 5 SMPR). Les SMPR de Fresnes (Val-de-Marne), Bordeaux (Gironde) et Fleury-Merogis (Essonne) ont rencontré davantage de difficultés, l'hospitalisation ne se faisant pas avant deux jours et certains patients ayant dû attendre plus de dix jours avant d'être admis à l'hôpital.

9. Patients hospitalisés rapportés aux présents au 1^{er} janvier et aux entrants dans l'année.

En l'espace de 10 ans, le nombre de personnes détenues hospitalisées d'office a été multiplié par 15 (moins de 1 500 personnes en 2003). Cette évolution est à mettre en parallèle avec les fortes augmentations de condamnations criminelles entre 1984 et 2003 (+200%), de condamnations correctionnelles (+250%). La population carcérale, quant à elle, a progressé de 31 % entre 1990 et 2005 (Burgelin, 2005).

Du fait des limites des capacités hospitalières ou plus encore de la dangerosité criminologique des personnes et du risque d'évasion, il arrive que les séjours en secteur de psychiatrie générale ou en unité pour malades difficiles (UMD) soient rendus les plus courts possibles, ce qui ne garantit pas une qualité de soins optimale¹⁰.

Des recours peu nombreux aux unités pour malades difficiles

Les unités pour malades difficiles (UMD) étaient au nombre de 4 en 2003¹¹, pour une capacité totale de 520 lits. Elles sont destinées à recevoir en hospitalisation d'office des patients (détenus ou non) présentant pour autrui un danger tel qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières. Un SMPR sur deux a fait une demande de transfert de patients vers une UMD en 2003. Ces demandes ont concerné 34 patients et ont donné lieu à 31 transferts. Les demandes émanant des SMPR donnent plus fréquemment lieu à un transfert que celles émanant des secteurs de psychiatrie générale, *a priori* moins habitués à gérer ce type de patients. Ainsi, la même année, 39 % des secteurs de psychiatrie générale ont demandé à transférer leurs patients (636 au total), dont 57 % ont fait effectivement l'objet d'un transfert. En comptabilisant les secteurs de psychiatrie générale et les SMPR, 392 patients ont donc été transférés dans une des quatre UMD en 2003.

10. Extrait du plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008, p. 70.

11. Le projet de loi de Finances 2007 prévoit la création d'une cinquième unité pour malades difficiles.

12. Services pénitentiaires d'insertion et de probation, personnels pénitentiaires autres que les surveillants du SMPR, juges d'application des peines, services de protection judiciaire de la jeunesse, etc.

Les coopérations des SMPR sont surtout centrées sur les intervenants directs au sein du milieu pénitentiaire

Pour la prise en charge des patients, les équipes des SMPR sont amenées à travailler avec d'autres intervenants du milieu pénitentiaire, que ceux-ci appartiennent au secteur sanitaire (unités de consultations et de soins ambulatoires, secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile) ou aux secteurs pénitentiaire et judiciaire¹². Ces relations s'établissent, soit au moment de la prise en charge directe des patients, soit lors de réunions de coordination institutionnelle. Ces actions de coordination et de concertation constituent une part importante du travail des équipes des SMPR, et permettent une meilleure cohérence des soins et de la prise en charge du patient dans son parcours pénitentiaire.

L'unité de consultations et de soins ambulatoires, partenaire essentiel

Les relations les plus fréquentes pour la prise en charge des patients sont généralement établies avec l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), elle aussi implantée dans l'établissement pénitentiaire: 96 % des SMPR disent être « toujours » ou « souvent » en relation directe avec cette unité lorsqu'ils suivent un patient, ce qui s'explique en partie par la proximité des deux structures. Ces rencontres permettent d'échanger sur les traitements et modalités de prise en charge des patients. La prescription médicale favorise également les relations entre les unités somatiques et psychiatriques, même si un réseau informatique entre l'UCSA, le SMPR et la pharmacie n'a été mis en place qu'exceptionnellement (dans les établissements de Rennes et de Châlons-en-Champagne).

77 % des SMPR réalisent des réunions de coordination institutionnelle avec les UCSA. Généralement mensuelles, la fréquence peut varier selon les structures (d'une réunion annuelle à une réunion hebdomadaire). De façon générale, ces réunions visent à coordonner les pratiques des équipes sur les dossiers médicaux des patients, la prescription et l'administration des médicaments, la continuité des soins et des traitements.

Prise en charge globale du patient en lien avec les services pénitentiaires et judiciaires

Si les équipes des SMPR entretiennent bien sûr des relations avec les surveillants affectés au SMPR, elles ont également souvent des relations directes avec les personnels pénitentiaires: 22 SMPR sur 26 ont déclaré « toujours » ou « souvent » en relation directe pour un patient suivi.

Le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) constitue notamment un partenaire important dans la prise en charge des patients. 21 SMPR ont ainsi déclaré avoir « toujours » ou « souvent » une relation directe avec ce service¹³. Des réunions de coordination institutionnelle avec les équipes du SPIP sont organisées par la plupart des SMPR (en moyenne 6 par an). Là encore, la fréquence des réunions varie (d'une à douze fois par an).

Les relations liées à la prise en charge des patients sont plus ponctuelles entre les SMPR et les juges d'application des peines ou les services de protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). Les rencontres avec les premiers n'ont concerné que 11 des SMPR, dans le cadre de réunions de coordination institutionnelle (en moyenne 4 par an). En revanche, lorsque les SMPR doivent prendre en charge des mineurs, des réunions fréquentes (14 par an en moyenne) sont organisées avec les services de la PJJ.

Un partenariat moins répandu avec les secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile

Les relations des SMPR avec les secteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile sont moins systématiques pour le suivi des patients et

13. Les SPIP sont chargés de préparer la réinsertion des détenus et des condamnés libres, grâce au recours à des dispositifs d'insertion (hébergement, emploi, suivi médical, etc.). Voir le décret n° 99-276 modifiant le Code de procédure pénale et portant création des services pénitentiaires d'insertion et de probation.

la gestion des hospitalisations d'office peut accroître leur complexité. 16 SMPR sont « toujours » ou « souvent » en relation avec eux et 7 d'entre eux organisent des réunions de coordination institutionnelle avec les secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile (en moyenne 8 rencontres annuelles). Une telle coordination avec les autres secteurs de psychiatrie apparaît toutefois indispensable à la continuité des soins à l'entrée (pour les patients déjà suivis par le système de soins) et à la sortie de détention.

La situation ici décrite concerne l'année 2003 et ne prend donc pas en considération l'évolution récente du dispositif de prise en charge psychiatrique des personnes détenues. La loi d'orientation et de programmation pour la justice n° 2002-1 138 du 9 septembre 2002¹⁴ a en effet réformé les modalités d'hospitalisation psychiatrique des personnes détenues, redéfinissant l'organisation globale de la prise en charge psychiatrique de ces personnes (Coldefy, 2005).

L'ancien dispositif ne répondait que de manière incomplète aux besoins de santé mentale qui sont majeurs en milieu pénitentiaire¹⁵. L'offre de soins apportée par les SMPR et les secteurs psychiatriques, dans les établissements qui n'en sont pas dotés, était jugée globalement insuffisante, inégalement répartie et ne répondant pas intégralement à la surmorbidity psychiatrique de la population carcérale. Pour remédier à cette situation, il a été prévu de créer des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) destinées à accueillir, au sein d'un établissement de santé, les personnes détenues, avec ou sans leur consentement. Ces unités, sécurisées par les personnels de l'administration pénitentiaire, devraient permettre aux personnels de santé de se recentrer sur leur seule mission de soins, et non plus, comme cela pouvait être le cas auparavant, de se charger des missions de surveillance et de prévention des évasions. Les missions des SMPR devraient en parallèle se recentrer sur les alternatives à l'hospitalisation complète et l'activité ambulatoire¹⁶. En 2006, le cahier des charges pour l'implantation et le fonctionnement des UHSA était en cours de finalisation.

La mise en place de ces unités repose sur une proposition d'organisation de soins sous contrainte¹⁷ pour les personnes incarcérées, ce qui soulève certaines questions éthiques : des individus ont en effet été jugés suffisamment lucides pour assumer la responsabilité pénale de leurs comportements mais, une fois incarcérés, on découvre qu'ils ne disposent pas de la lucidité suffisante pour accéder aux soins psychiatriques dont ils ont besoin. Cette situation est complexe puisque la méconnaissance par le patient des troubles qu'il présente est souvent l'un des symptômes de la maladie mentale (Dubret, 2005).

14. En 2003, les nouvelles dispositions législatives ne sont pas encore en place.

15. La moitié des personnes détenues souffre de troubles dépressifs et le quart de troubles psychotiques (Voir plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008, p. 69).

16. Extrait du plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008, p. 70.

17. Il peut s'agir d'hospitalisation à la demande d'un tiers ou d'hospitalisation d'office.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Burgelin J.-F.**, 2005, *Santé, justice et dangerosité: pour une meilleure prévention de la récidive*, Rapport de la Commission santé-justice présidée par monsieur Jean-François Burgelin, La Documentation française, 196 p.
- Coldefy M.**, 2005, « *La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003* », DREES, *Études et résultats*, n° 427, septembre.
- Coldefy M., Faure P., Prieto N.**, 2002, « La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux », *Études et résultats*, DREES, n° 181, juillet.
- Dubret G.**, 2005, « Les UHSA : une fausse bonne idée ? », Présentation au colloque Santé et Prison. Dix ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ?
- Mouquet M.-C.**, 2005, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et résultats*, DREES, n° 385, mars.