

Soins psychiatriques aux détenus : les constats du CGLPL

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) dresse un constat accablant de la prise en charge de la santé mentale des personnes incarcérées : pathologies lourdes aggravées par l'enfermement, risque de suicide accru. Il réaffirme le principe d'une égalité réelle d'accès aux soins et de traitements entre patients détenus et population générale.

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) est une autorité administrative indépendante créée en 2007 (1), pour contrôler les conditions de prise en charge et de transfèrement des personnes privées de liberté, afin de s'assurer du respect de leurs droits fondamentaux. Il peut visiter à tout moment, sur le territoire de la République, tout lieu où des personnes sont privées de leur liberté par décision d'une autorité publique, ainsi que tout établissement de santé habilité à recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement.

Il dispose d'un accès très large aux locaux, aux documents et aux personnes, qu'il s'agisse des personnes privées de liberté elles-mêmes, de leurs proches ou de celles qui à un titre ou un autre, interviennent dans leur prise en charge. À la suite de ses visites, il adresse des observations aux ministres qui exercent leur tutelle ou leur autorité sur les organismes contrôlés. Il peut aussi formuler

des recommandations et proposer toute modification des dispositions législatives et réglementaires. Tous ses travaux sont publics.

Concernant les personnes détenues souffrant de troubles mentaux, le Contrôleur général intervient donc à un double titre : il s'assure du respect des droits fondamentaux liés à leur statut de détenu (défense, conditions de détention respectueuses de l'intégrité physique et psychologique, maintien des liens familiaux, accès aux activités, accès aux soins et réinsertion...) et de ceux liés à leur qualité de patient (prise en charge identique à celle proposée à la population générale, dignité et confidentialité des soins, liberté d'aller et venir, libre choix du médecin, continuité des soins...).

Une importante jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) concerne la santé mentale des personnes détenues analysée sous l'angle de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme prohibant les traitements inhumains et dégradants. La Cour a condamné la France à plusieurs reprises, à l'occasion notamment du suicide de personnes détenues, de sanctions infligées à un détenu souffrant de troubles

psychotiques ou du maintien en détention d'une personne atteinte d'une psychose chronique sans encadrement médical approprié. Elle a rappelé le devoir de vigilance pesant sur les États afin de prévenir le suicide d'un prisonnier vulnérable, s'attachant à déterminer si le sentiment de détresse provoqué chez ces personnes du fait de leur état psychique « excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention ». Enfin, la Cour considère que l'alternance des soins et de l'incarcération peut faire obstacle à la stabilisation de l'état de santé de la personne malade et violer l'article 3 de la Convention.

Les constats du CGLPL sont ceux de situations concrètes : des pathologies lourdes aggravées par l'enfermement et l'isolement, un risque de suicide accru et des conditions de détention qui perturbent l'accès aux soins, nuisent à leur efficacité et, finalement, privent la sanction pénale de son sens. Trois grandes faiblesses semblent être à l'origine de ces situations : la méconnaissance des pathologies dont souffre la population pénale, l'insuffisance des moyens institutionnels prévus pour les prendre en charge et la banalité des atteintes aux droits fondamentaux des personnes.

Adeline HAZAN

Contrôleur général des lieux de privation de liberté.



DES SITUATIONS MAL IDENTIFIÉES

• Des études anciennes ou partielles

La dernière étude épidémiologique réalisée en France sur la santé mentale dans les prisons françaises (2) montre que huit détenus masculins sur dix souffrent d'au moins un trouble psychiatrique et 24 % un trouble psychotique. 42 % des hommes et la moitié des femmes en métropole ont des antécédents personnels et familiaux d'une gravité manifeste ; 40 % des hommes et 62 % des femmes détenues présenteraient un risque suicidaire.

Une étude concernant la santé mentale en population carcérale du Nord-Pas-de-Calais conduite entre 2015 et 2017 a confirmé ces données et mis en lumière des comorbidités très fréquentes, puisque 45 % des arrivants présenteraient au moins deux troubles psychiatriques et plus de 18 % au moins quatre troubles (3). D'autres projets d'étude sont en cours, mais ils se heurtent à des difficultés de financement.

Il semble aujourd'hui nécessaire d'améliorer le repérage des pathologies mentales des personnes détenues, en l'orientant vers la recherche d'une prise en charge adaptée et la définition de politique de soins.

Ainsi que le souligne un récent rapport de groupes de travail de l'Assemblée nationale sur la détention (4), il manque une analyse qualitative fine de la souffrance psychique, de l'évolution des troubles au cours de la détention et de l'effet pathogène potentiel de l'incarcération. Dès lors, je ne puis que reprendre en insistant sur son caractère récurrent et consensuel la recommandation de ce groupe : « *Mener une nouvelle enquête épidémiologique permettant de connaître le nombre de détenus souffrant de troubles psychiatriques, leurs pathologies, les soins prodigués et comportant une analyse longitudinale du parcours des personnes de l'entrée à la sortie de détention.* »

• Méconnaissance des pathologies antérieures à la condamnation

La procédure de comparution immédiate, destinée à accélérer la réponse pénale, consiste à juger un prévenu très rapidement et aboutit fréquemment à des incarcérations immédiates. Avec la détention provisoire, elle est considérée comme l'une des principales causes de la surpopulation carcérale. Or, les personnes

souffrant de troubles mentaux ont souvent des difficultés à s'exprimer, notamment pour évoquer le fait qu'elles font l'objet d'un suivi psychiatrique intensif. L'avocat, généralement désigné d'office, n'a pas la possibilité d'étudier complètement le dossier, et si une expertise psychiatrique est acceptée, elle n'est pas suspensive. La personne sera donc incarcérée en attente des conclusions.

Même s'il s'agit de peines relativement courtes, elles sont exécutées alors que l'état de la personne condamnée nécessiterait des soins psychiatriques que la prison, contrairement à une idée reçue, parfois même parmi les magistrats, n'est pas capable de prodiguer.

Depuis 1994, l'article 122-1 du Code pénal permet au juge de tenir compte d'une altération du discernement (5). La loi du 15 août 2014, relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales (6), prévoit en ce cas une réduction du tiers de la peine, ce qui corrige la pratique antérieure qui tendait à considérer les prévenus présentant des troubles psychiques comme des personnes plus dangereuses que les autres et, par conséquent, à alourdir les peines au lieu de les alléger. En 2016, l'ONG *Human Rights Watch* avait considéré cette pratique comme discriminatoire en raison du handicap (7). Les expertises psychiatriques, qui ne sont systématiques qu'en matière criminelle et qui en tout état de cause ne lient pas le juge, demeurent timides devant l'usage de l'irresponsabilité totale que prévoit l'alinéa 1^{er} de l'art. L 122-1 du Code pénal (5). Cette timidité serait en partie liée à l'appartenance des experts au service public hospitalier dont ils connaissent les limites et seraient donc peu enclins à orienter la personne examinée vers des services déjà saturés (8). On a même vu apparaître dans certaines expertises l'idée que, malgré des troubles graves, la prison pourrait « *redonner le sens moral* » ou « *permettre de se resituer par rapport à la loi* ». Une telle perspective montre la méconnaissance des experts sur le milieu pénitentiaire et ses conditions de vie quotidienne pour un malade mental.

Comme le souligne le rapport précité des groupes de travail de l'Assemblée nationale, l'expertise psychiatrique traverse une crise profonde, en raison du nombre insuffisant d'experts dotés des compétences criminologiques et pénales, de la multiplication des demandes d'expertise,

du manque de formation des professionnels et de la faible attractivité financière de cet exercice.

Cet ensemble de facteurs conduit à placer en détention des personnes dont la santé mentale justifierait une prise en soins. Je me rallie donc à la conclusion des parlementaires qui appellent de leurs vœux le réexamen des dispositions relatives à la responsabilité pénale dans les situations d'abolition ou d'altération du discernement.

• Un personnel pénitentiaire mal formé à la problématique

Certains troubles mentaux préexistent à l'incarcération, mais d'autres peuvent survenir au cours de la détention. Dans d'autres cas, des troubles, sous-jacents mais « compensés » en milieu libre, peuvent se développer et s'aggraver en détention.

La maladie mentale introduit une complexité dans la relation entre la personne détenue et les surveillants, dont la formation, axée sur la sécurité, ne les prépare pas à la confrontation à la maladie mentale. Seule la prévention du suicide fait l'objet d'un enseignement sous la forme du repérage de la crise suicidaire, mais la prise en charge des personnes dépressives ou psychotiques n'est pas abordée. Le personnel de surveillance est donc mal armé pour comprendre la maladie mentale et mettre en œuvre des modalités de fonctionnement adaptées. Souvent, il a pour seule ressource ses initiatives, parfois riches mais qui demanderaient à être construites et interrogées, en tant que pratiques professionnelles.

La demande de la personne détenue ne suffit pas à détecter des troubles mentaux. En effet, beaucoup ne se résolvent pas à solliciter spontanément une consultation psychologique considérée comme un aveu de faiblesse susceptible de les stigmatiser, voire de les faire soupçonner d'être auteurs d'infraction à caractère sexuel, ce qui les désigne à la vindicte. Le CGLPL a parfois vu des malades mentaux rester enfermés dans leurs cellules, abandonnés à eux-mêmes, sans qu'aucun soignant n'intervienne au motif que « *le patient n'avait pas de demande* ».

Parfois enfin, la demande de soins psychiatriques se heurte au soupçon d'instrumentalisation de la part de la personne détenue : on évoque une « demande » utilitaire, destinée à satisfaire les exigences d'une juridiction ou du juge de l'application des peines.

C'est pourquoi, comme le CGLPL l'a fait dans son rapport annuel pour 2013, ainsi que dans son rapport « *Le personnel des lieux de privation de liberté* (9) », je

part, par les groupes de travail déjà cités de l'Assemblée nationale, d'autre part. On peut estimer dès lors qu'il existe un consensus sur les points essentiels.

en milieu ouvert. Ceci peut conduire certains patients à un cycle sans fin d'hospitalisations et de retours en détention après un rétablissement toujours

“ **Malgré les exigences légales (...), les personnes détenues hospitalisées sous contrainte sont presque systématiquement placées en chambre d'isolement et quelquefois sous contention, bien que leur état clinique ne le justifie pas.** »

recommande que le personnel de surveillance des établissements pénitentiaires bénéficie systématiquement d'une formation élémentaire à la détection et à la gestion des troubles mentaux de la population pénale. Il ne s'agit évidemment pas de conduire des surveillants à prendre en charge la pathologie mais de favoriser son repérage et des modalités de surveillance qui la prennent en compte et ne l'aggravent pas.

UNE PRISE EN CHARGE INÉGALE ET INCOMPLÈTE

• Une insuffisance de moyens

Depuis la création des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) en 2002 (10), la prise en charge de la maladie mentale en prison est organisée en trois niveaux :

- l'ambulatoire, dans les Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP),
- l'hospitalisation de jour dans les Services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et certaines USMP,
- l'hospitalisation complète, soit dans les UHSA, en soins libres ou sans consentement, soit dans des services psychiatriques de proximité, uniquement en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État, prise à l'initiative du psychiatre et non de l'administration pénitentiaire. Les personnes détenues ne peuvent pas se voir proposer de programmes de soins (11). Malgré cette organisation pertinente, contrairement à ce que prévoit la loi (12), les patients détenus ne disposent pas d'un accès aux soins équivalent à celui des patients libres. Des difficultés soulignées depuis de nombreuses années par le CGLPL et les organismes professionnels ont été récemment parfaitement décrites, d'une part dans le cadre de la stratégie nationale « Santé des personnes placées sous main de justice » lancée en 2017 par le Gouvernement et, d'autre

– **La progression inquiétante du nombre des détenus et la surpopulation chronique** qui en découle n'ont pas été accompagnées d'une progression parallèle des moyens de santé.

En conséquence, la crise démographique de la psychiatrie française se trouve plus sensible en prison qu'ailleurs du fait de la faible attractivité de ce mode d'exercice.

– **La dispersion et le faible nombre des UHSA**, auxquels s'ajoutent des difficultés de transport pénitentiaire, contrarient le principe d'égalité d'accès aux soins à proportion de la distance qui sépare le site demandeur de l'UHSA et accroît les délais d'attente pour accéder à l'UHSA. Ce faible nombre d'UHSA contraint également les psychiatres à provoquer des hospitalisations en soins sans consentement au titre de l'art. D398 du Code de procédure pénale, seule voie d'accès d'une personne détenue à un hôpital, ce qui revient à maintenir sous contrainte une personne qui pourrait bénéficier de « soins libres » dans une UHSA.

– **L'accès aux soins ambulatoires et à l'hospitalisation de jour est très inégal** selon que la personne détenue est dans un établissement doté d'un SMPR ou non. Cette inégalité est plus grave encore pour les femmes dont on connaît la difficulté générale d'accès aux services de la détention. L'offre de soins ambulatoires doit donc être complétée et la coordination des SMPR améliorée, afin que ceux-ci soient effectivement à même de prendre en charge toute la population de leur « région » et pas seulement celle de l'établissement pénitentiaire dans lequel ils sont installés.

– **La coordination de ce dispositif est insuffisante** pour garantir une réelle continuité des soins. En effet, le retour en prison après un séjour en UHSA ou une prise en charge dans un SMPR, n'offrent pas un environnement adapté à la prise en charge de troubles psychiatriques comme le ferait un centre médico-psychologique

incomplet. À cet égard, l'idée d'instituer des programmes de soins en milieu pénitentiaire peut paraître séduisante, mais elle repose sur une assimilation excessive de la prison au domicile personnel et sur l'illusion que le milieu pénitentiaire est en mesure de fournir des prestations d'accompagnement et de soutien que l'on n'y trouve pas dans les faits. La réticence des professionnels à cette perspective évoquée par le rapport parlementaire précité semble donc justifiée.

Les propositions parlementaires tendant à définir un ratio de personnel (médecins psychiatres, infirmières, psychologues...) par détenu, à renforcer le rôle des agences régionales de santé dans la définition d'une offre de soins cohérente et à évaluer la première tranche des UHSA paraissent, une fois encore, cohérentes avec les besoins identifiés par le CGLPL.

• L'absence de structures adaptées

L'article 720-1-1 du Code de procédure pénale, modifié par la loi du 15 août 2014, autorise la suspension de peine « *quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé physique ou mentale est durablement incompatible avec le maintien en détention.* » Néanmoins, la mise en œuvre de telles suspensions de peine se heurte souvent à l'absence de structure d'accueil. La rareté des places et la réticence psychologique face à des détenus qui ont parfois connu de très longues détentions rendent cette mesure très rare. Au-delà des mesures juridiques très opportunes évoquées par le Parlement pour accroître le recours à la suspension de peine pour raison médicale en cas de troubles mentaux, la création de structures d'accueil adaptées

ainsi qu'une politique tendant à améliorer l'accueil dans les établissements existants sont nécessaires.

Par ailleurs, la prise en charge des troubles du comportement en milieu pénitentiaire, à Château-Thierry (Aisne), présente de graves faiblesses qui interdisent de considérer cet établissement comme un modèle. Ce centre occupe une place singulière : il dispose d'une centaine de places destinées à des personnes détenues inadaptées à la détention ordinaire, pour un séjour temporaire visant à ce qu'ils puissent restaurer leurs liens sociaux et se réadapter à la détention ordinaire. L'orientation des détenus ne se fait pas sur décision médicale mais de l'administration pénitentiaire. N'étant pas censé accueillir des malades mentaux, cet établissement est faiblement médicalisé. Une visite du CGLPL (13) dans cet établissement a montré qu'il reçoit en réalité des personnes détenues atteintes de troubles psychotiques sévères dont l'établissement d'origine ne s'estime plus en mesure d'assurer la prise en charge. Les séjours, plus longs que ne le prévoient les textes, ont un caractère récurrent. La procédure est détournée. Les agents pénitentiaires, formés à l'accompagnement de publics difficiles en détention, ont acquis une expérience dans la prise en charge de ces personnes détenues et la pratiquent avec bienveillance. Cependant, lors de sa visite, le CGLPL a constaté des atteintes graves aux droits, notamment l'administration de traitements lourds en dehors de tout cadre juridique et du contexte hospitalier qui devrait les entourer. Dans plusieurs cas, de tels traitements n'étaient acceptés qu'en raison de la crainte d'injections forcées.

Les parlementaires auteurs du rapport précité observent que la situation a évolué ; notamment, les injections forcées semblent avoir disparu, mais je ne puis me rallier à leur conclusion tendant à faire de Château-Thierry un exemple que l'on pourrait dupliquer. L'existence même de cet établissement repose sur une ambiguïté de principe, celle de la place des malades mentaux en prison. Du point de vue de l'administration pénitentiaire, contrainte de prendre en charge des personnes qui ne devraient pas relever d'elle, la création de cet établissement peut être regardée comme pertinente. Cependant, la prise en charge de ce public doit être confiée aux soignants. Dès lors, si un modèle doit être retenu pour traiter les patients souffrant

de pathologies chroniques, c'est plutôt celui d'UHSA de long séjour que celui de prisons pour malades chroniques : ce n'est pas de prisons médicalisées que l'on a besoin, mais d'hôpitaux sécurisés. La nuance est de taille.

DES STATUTS INCONCILIABLES ?

• La sortie de prison

La fin de la détention peut occasionner une rupture de la prise en charge. Il existe certes des consultations « sortants » destinées à préparer la sortie, à identifier un médecin référent et à faciliter la transmission du dossier médical à ce médecin, mais la surpopulation pénale, la situation sociale précaire des personnes libérées – parfois dépourvues de domicile fixe – et les difficultés intrinsèques du secteur psychiatrique rendent souvent ce dispositif inopérant.

Cette situation peut conduire à des incarcérations itératives, phénomène aggravé par la faiblesse du dispositif de détection de la maladie mentale lors des comparutions immédiates : une personne détenue atteinte de troubles mentaux est libérée sans accompagnement médical et réitère des actes qui la conduisent devant la justice qui ne détectera pas les troubles et prononcera une incarcération faute de garanties de représentation.

Pour pallier cette difficulté il convient de combiner des moyens sociaux, médicaux et judiciaires : un accompagnement sanitaire et médico-social pénalement ordonné, un accès facilité à un logement et à l'emploi et une articulation des soins du milieu ouvert et du milieu fermé cohérente avec les contraintes liées à l'exécution de la peine.

Les enjeux de la prise en charge psychiatrique des sortants de prison sont essentiels pour leur réinsertion ; le chantier n'en est malheureusement qu'à ses débuts.

• La continuité des droits du patient en détention

Les UHSA sont des établissements hospitaliers dont la sécurité périmétrique est assurée par un établissement pénitentiaire qui sert également de support administratif pour la gestion pénitentiaire du patient.

La fluidité des relations entre les équipes hospitalières et pénitentiaires, ainsi que la distance qui sépare l'unité de son établissement pénitentiaire support peuvent affecter l'exercice des droits des détenus :

l'absence d'information sur la durée des séjours interdit aux patients détenus de gérer leur paquetage ; les fiches de liaison entre les établissements et l'unité sont mal renseignées ou manquantes, de sorte que les niveaux d'escorte sont décidés de manière arbitraire ; le Service pénitentiaire d'insertion et de probation (14) et les services sociaux ne sont pas présents, ce qui interrompt les actions de réinsertion et les projets d'aménagements de peine ; les conditions de détention et de visite sont défavorables (absence d'activités, parloirs avec murets de séparation, retards dans la distribution des cantines, retards de transmission des numéros de téléphone autorisés...). Dès lors, ces conditions de détention durcies conduisent de nombreuses personnes détenues à refuser une hospitalisation. Toute mesure utile doit donc être envisagée pour qu'une personne détenue placée en unité hospitalière ne subisse pas de restriction de ses droits en détention. Pour cela il faut assurer la continuité de sa situation administrative et doter les unités hospitalières de la logistique nécessaire (parloirs, activités, cantine...).

• Un accueil souvent indigne dans les services psychiatriques de proximité

L'article L3214-3 du Code de la santé publique dispose : « *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 représentant de l'État dans le département [...] prononce [...] son admission en soins psychiatriques.* » L'article D398 du Code de procédure pénale précise : « *il n'est pas fait application à leur égard de la règle posée dans l'article D 394 du Code de procédure pénale concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie durant leur hospitalisation.* »

Cette disposition d'apparence clémentine transfère implicitement la responsabilité de la sécurité de la police à l'hôpital. En conséquence, malgré les exigences légales et les recommandations relatives à l'isolement, les personnes détenues hospitalisées sous ce régime sont presque systématiquement placées en chambre d'isolement et quelquefois sous contention, bien que leur état clinique ne le justifie pas, pendant toute la durée de leur

séjour, qui de ce fait est souvent abrégé à la demande du patient (15). En 2017, le CGLPL a visité deux établissements où l'on avait organisé, pour les patients détenus, des installations à vocation exclusivement sécuritaires dont le principe même est contraire à la vocation de l'hôpital. Les conditions dans lesquelles ces personnes sont transportées de l'établissement pénitentiaire à l'hôpital sont pires encore : le transport est effectué par des soignants en véhicule sanitaire avec contention systématique, et ce sans base légale ni prescription médicale.

Aucun texte n'encadre ces pratiques qui doivent donc être prohibées ; les soignants se réfèrent en principe à des instructions préfectorales immémoriales dont, souvent, nul ne connaît de trace écrite. On fait aussi référence à la responsabilité du médecin en cas d'évasion, bien qu'il n'existe ni texte qui la fonde, ni exemple dans lequel elle ait été mise en cause. De telles contraintes, décidées en l'absence de toute indication thérapeutique, doivent être regardées comme un traitement cruel, inhumain ou dégradant, comment cela a été confirmé par l'expert des Nations unies chargé des questions sur la torture (16).

Le CGLPL renouvelle ce constat presque à chacune de ses visites dans les établissements de santé mentale. Pourtant, dans de rares cas, les patients détenus sont admis dans des services fermés classiques dans lesquels ils ont accès aux soins dans les mêmes conditions que n'importe quel autre patient sans qu'il en résulte de dommage particulier.

CONCLUSION

Globalement mal connues, inégalement détectées lors des expertises judiciaires et difficilement identifiées en détention, les pathologies mentales accroissent

la souffrance des personnes détenues, alourdissent la charge d'une administration pénitentiaire déjà surchargée par la surpopulation et s'aggravent en raison de conditions de détention inadaptées. Le principe d'une égalité de traitement entre les patients détenus et la population générale a été affirmé ; des créations institutionnelles ont permis la mise en place d'une chaîne de soins adaptée ; une première prise de conscience du poids et de la gravité des pathologies mentales de la population pénale a conduit à des études qui permettent de les connaître un peu mieux, même si des progrès sur ce point demeurent nécessaires. Récemment, le Gouvernement et le Parlement se sont emparés de ce sujet pour formuler des projets et des propositions, qui, sans emporter une adhésion complète, permettent du moins de replacer les soins psychiatriques prodigués aux personnes placées sous main de justice dans une perspective d'avenir. Deux objectifs doivent animer les débats : mettre un terme aux atteintes aux droits fondamentaux, notamment à celles qui résultent de l'application systématique d'une logique sécuritaire à des processus de soins, et parvenir enfin à l'égalité réelle de l'accès aux soins des personnes détenues que la loi affirme depuis 1994.

- 1- Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté.
- 2- Rouillon F., Duburcq A., Fagnani F., Falissard B., *Étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison, Expertise psychiatrique pénale, 2007.*
- 3- Étude citée par Stéphane Mazars, cf. ci-dessous.
- 4- La prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques, M. Stéphane Mazars, in *Repenser la prison pour mieux réinsérer, Rapport des groupes de travail sur les conditions de détention en France, Assemblée nationale, mars 2018.*

5- Cet article dispose que « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes » (al. 1). « La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime [...] » (al. 2)

6- Loi n° 2014-896 du 15 août 2014.

7- Double peine, condition de détention inappropriées pour les personnes présentant des troubles psychiatriques dans les prisons en France, Human Rights Watch, 2016.

8- Psychiatrie et prison, Betty Brahm, *Études*, 2005 (tome 402).

9- Contrôleur général de lieux de privation de liberté, Le personnel des lieux de privation de liberté, Dalloz, 2017.

10- Ces unités ont été créées par la loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice ; la première a ouvert en 2010 ; il en existe aujourd'hui 9.

11- Le programme de soins, institué par l'article L3211-2-1 du Code de la santé publique, constitue une modalité extrahospitalière de soins sans consentement pouvant comporter des soins ambulatoires, des soins à domicile et, le cas échéant, une hospitalisation à domicile, des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet effectués dans un établissement habilité à recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement.

12- Article L. 711-3 du Code de la santé publique modifié par la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

13- Contrôleur général de lieux de privation de liberté, Centre pénitentiaire de Château-Thierry (Aisne), seconde visite, du 30 mars au 2 avril et du 5 au 7 août 2015.

14- Les SPIP, services déconcentrés de l'administration pénitentiaire au niveau départemental, assurent le contrôle et le suivi des personnes placées sous main de justice, qu'elles soient en milieu ouvert ou en milieu fermé (voir www.justice.gouv.fr).

15- Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Isolement et contention dans les établissements de santé mentale, Dalloz, 2016.

16- Cité par Human Rights Watch, rapport précité, 7.

Résumé : Chargé de veiller au respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté est confronté à la problématique des soins psychiatriques des personnes placées sous main de justice dans les établissements pénitentiaires et les établissements de santé mentale. Globalement mal connues, rarement détectées lors des expertises judiciaires et difficilement identifiées en détention, les pathologies mentales accroissent la souffrance des personnes détenues, alourdissent la charge d'une administration pénitentiaire déjà tendue par la surpopulation et s'aggravent en raison de conditions de détention inadaptées aux prises en charge. Si les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et la création d'une première tranche d'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) ont permis des progrès incontestables, les personnes détenues ne bénéficient pas d'une prise en charge comparable à celle de la population libre : des inégalités demeurent flagrantes et les affections chroniques ne trouvent pas de réponse. Dans ce contexte, la violation des droits individuels se banalise, tout particulièrement au détriment des patients pris en charge dans des hôpitaux ou des services psychiatriques de proximité.

Mots-clés : Accès aux soins – Comorbidité – Contrôle – Contrôleur général des lieux de privation de liberté – Demande de soins – Détenue – Droit de la personne – Formation – Hospitalisation psychiatrique – Personnel pénitentiaire – Prévention – Santé mentale – Service médico-psychologique régional – Unité hospitalière spécialement aménagée – Unité sanitaire en milieu pénitentiaire.