

## **Comment répondre à l'urgence psychiatrique en prison ?**

Bettina BELET\*, Frédéric BOUCHER\*\*, Estelle DEMEULEMEESTER\*, Deborah SEBBANE\*\*\*,

Pierre THOMAS\*

\* Psychiatres, Service Médico-Psychologique Régional de Lille-Annœullin, Pôle de Psychiatrie,  
Médecine Légale et Médecine en Milieu Pénitentiaire, CHU de Lille

\*\* Infirmier, Service Médico-Psychologique Régional de Lille-Annœullin, Pôle de Psychiatrie,  
Médecine Légale et Médecine en Milieu Pénitentiaire, CHU de Lille

\*\*\* Psychiatre, Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) pour la  
recherche et la formation en santé mentale (Lille, France), EPSM Lille Métropole ; Service  
Médico-Psychologique Régional de Lille-Annœullin, CHU de Lille

## **Résumé**

Les études réalisées en milieu carcéral ont mis en avant une large surreprésentation des troubles psychiatriques chez les personnes détenues, en comparaison avec la population générale. L'offre de soins psychiatrique reste pourtant inégale et insuffisante dans les prisons françaises. Plus particulièrement, la question de la réponse à l'urgence psychiatrique est un défi majeur en détention. En 2014, une équipe mobile d'urgence psychiatrique a été créée au Service Médico-Psychologique de Lille-Annœullin afin de répondre à cette problématique. Sa mise en place a permis une diminution du délai d'accès aux soins, une optimisation de la réponse à l'urgence psychiatrique et une amélioration de la collaboration entre l'administration pénitentiaire et les professionnels de santé. Son activité témoigne néanmoins de l'impact de l'environnement carcéral sur l'intervention de crise et d'urgence, et de l'importance de la demande psychiatrique en prison. L'amélioration de la santé mentale des personnes détenues reste aujourd'hui encore un enjeu majeur de santé publique.

## **Mots-clés**

Détenu ; Santé Mentale ; Urgence ; Prise en charge ; Risque Suicidaire ; Pathologie psychiatrique

En France, plus de 70 000 personnes étaient incarcérées au 1<sup>er</sup> janvier 2020 (1). Dans cette population, l'ensemble des troubles psychiatriques sont plus fréquents qu'en population générale (2). En effet, les études épidémiologiques réalisées en France mettent en évidence une surreprésentation des troubles de l'humeur (en particulier des troubles dépressifs), des troubles anxieux, du trouble de stress post-traumatique, et des troubles psychotiques chez les prisonniers français (3–5). Les méta-analyses faisant référence sur le sujet confirment ces résultats et indiquent qu'un détenu sur sept souffre d'un épisode dépressif majeur, d'un trouble psychotique, ou d'un trouble de la personnalité (6,7). Les troubles de l'usage d'alcool et de substance ne font pas exception et sont retrouvés chez environ 25% des détenus (8). Une des conséquences principales à la surreprésentation des pathologies psychiatriques est le taux de suicide retrouvé dans les prisons françaises, qui est l'un des plus élevés d'Europe, et qui constitue la première cause de mortalité des personnes incarcérées (9).

Malgré ces constats, l'**inégalité d'accès aux soins psychiatriques** entre milieu carcéral et milieu libre est régulièrement pointée du doigt par différentes instances françaises (10–12). L'offre de soins psychiatriques en détention reste très inégale en France et insuffisante à ce jour, et l'amélioration de la prise en charge des personnes détenues constitue un véritable enjeu de santé publique. Au-delà de la nécessité de développement des axes de promotion et de prévention de la santé mentale, cette problématique questionne directement l'adaptabilité des modèles d'intervention de crise au milieu carcéral, ainsi que les modalités de réponse à l'urgence psychiatrique en détention.

## Soins psychiatriques en milieu carcéral

L'organisation des soins psychiatriques en milieu carcéral a été largement redéfinie depuis une vingtaine d'années. Elle dépend, depuis la loi du 18 janvier 1994 (13), du service public hospitalier, et s'organise aujourd'hui en trois niveaux de soins : les Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP) (niveau 1) dispensant des soins ambulatoires, les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) (niveau 2) proposant une hospitalisation psychiatrique de jour et les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) (niveau 3), ouvertes depuis 2010, et proposant une hospitalisation psychiatrique complète, en soins libres et en soins sans consentement. Cette réorganisation a pour objectif de proposer une offre de soins équivalente à celle disponible en milieu libre. Toutefois, l'accès aux soins reste problématique dans certains établissements. Dans son avis publié en 2019, le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) dénonçait un « *accès aux soins ambulatoires (...) très inégal* » et constatait « *de nombreuses difficultés rencontrées par les personnes détenues pour accéder à des soins psychiatriques* ». Il soulignait de plus que « *le personnel de surveillance est mal armé pour comprendre la maladie mentale et mettre en œuvre des modalités de prise en charge adaptées* » (11).

Les obstacles à l'activité médicale sont en effet multiples en détention : horaires de mouvements imposés par l'administration et limités dans le temps, impératifs sécuritaires, superposition des différentes « activités » carcérales (parloirs, promenade, travail, consultations), système de convocation aux rendez-vous médicaux et paramédicaux parfois défaillant, etc. Plus encore, la question de l'accès aux soins psychiatriques en urgence est particulièrement problématique (10). Contrairement au milieu libre, la présentation spontanée d'un patient en unité sanitaire est impossible en détention. La demande de soins

ne peut donc se faire que par une demande écrite, adressée par courrier interne à l'unité sanitaire, dont l'acheminement peut parfois prendre plusieurs jours. De la même manière, l'absence de proches dans l'entourage immédiat de la personne détenue rend impossible toute sollicitation des soignants par un tiers de confiance. Les intervenants non soignants (surveillants, conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation, intervenants extérieurs) sont donc bien souvent les premiers témoins de l'émergence d'une crise, qu'elle soit psychosociale, psychotraumatique ou psychopathologique – soit par dépassement des mécanismes d'adaptation chez une personne présentant une personnalité fragile, soit par exacerbation de symptômes chez une personne présentant un trouble psychiatrique. Leur capacité à alerter efficacement l'unité sanitaire conditionne la rapidité d'intervention des professionnels de santé. Un système de transmission d'information standardisé est utilisé au sein des établissements pénitentiaires : les informations, urgentes et non urgentes, sont transmises aux équipes soignantes par l'envoi d'un « **signalement** », rédigé par toute personne exerçant dans l'établissement pénitentiaire (exemple en **Figure 1**). On comprend donc aisément la nécessité d'un dispositif psychiatrique permettant à la fois de réaliser une évaluation rapide et efficace des informations délivrées à l'unité sanitaire par l'ensemble des intervenants en milieu pénitentiaire, et de proposer une réponse psychiatrique adaptée au degré d'urgence de la situation signalée.

### **Gestion de la crise et de l'urgence psychiatrique au CP de Lille-Annœullin : un dispositif unique**

Le centre pénitentiaire de Lille-Annœullin, qui héberge un Service Médico-Psychologique Régional (SMPR), est situé à une vingtaine de kilomètres de la métropole

lilloise. L'établissement dispose d'une capacité totale de 688 places réparties en 2 maisons d'arrêt (360 places), 1 centre de détention (210 places), un quartier arrivant (50 places), un quartier de prévention de la radicalisation (QPR, 28 places), et un hôpital de jour psychiatrique (40 places théoriques, mais capacité d'accueil de 18 patients). Viennent s'ajouter à ces structures un quartier disciplinaire (14 places), un quartier d'isolement (12 places) ainsi que 2 cellules de protection d'urgence (CPro-U).

Dès l'ouverture du centre pénitentiaire en 2011, l'évaluation des demandes psychiatriques urgentes est réalisée par un infirmier rattaché à l'hôpital de jour du SMPR. L'augmentation de la population carcérale et du nombre de détenus présentant des troubles psychiatriques, l'allongement des délais de consultation ambulatoire, et la place importante prise par l'activité d'urgence ont cependant conduit à une réorganisation de l'unité sanitaire. C'est dans ce contexte qu'en 2014, l'offre de soins du SMPR s'enrichit d'un dispositif unique en milieu pénitentiaire : une **équipe mobile d'urgence psychiatrique**. Cette équipe, constituée de 2 infirmiers travaillant du lundi au vendredi de 9h à 17h, en coordination avec un psychiatre et un psychologue, est en partie calquée sur le modèle des équipes psychiatriques d'intervention et de crise. Les objectifs visent à intervenir de manière précoce et rapide, à prévenir, désamorcer ou encadrer une « crise » sur le lieu même de l'urgence, à restaurer au mieux les mécanismes d'adaptation du patient en « situation réelle », et à proposer une alternative à l'hospitalisation psychiatrique ou en réduire la durée si elle s'avère nécessaire.

La constitution de cette équipe mobile permet de proposer une évaluation psychiatrique dans les 24 heures suivant la réception d'un signalement. Le binôme d'infirmiers d'urgence, dont les missions sont multiples, intervient tout au long de la prise en soins (fonctionnement détaillé en **Figure 2**). Un recueil de données est effectué dès réception du

signalement, auprès de l'auteur du signalement et par consultation du dossier médical. Lorsque des critères d'urgence psychiatrique sont présents, une **première évaluation infirmière** est réalisée en urgence en bâtiment, permettant une compréhension globale de la situation de crise et une exploration précise de la problématique psychiatrique, dont une évaluation systématique du risque suicidaire. Un second entretien peut ensuite être réalisé avec le psychiatre d'urgence, puis une concertation est organisée afin de proposer une prise en soins rapide, personnalisée et adaptée. Lorsque le patient signalé ne présente pas de critère d'urgence, le binôme infirmier entame une **démarche de soins** (transmission des informations collectées au psychiatre ou psychologue référent, programmation d'un rendez-vous médical ou paramédical, sollicitation des travailleurs sociaux, etc.), et organise la continuité des soins psychiatriques en fonction des besoins du patient et en coordination avec les autres professionnels de santé mentale.

### **Équipe mobile en milieu pénitentiaire : bilan de 5 ans d'activité**

L'activité de l'équipe d'urgence psychiatrique du SMPR d'Annœullin, détaillée en **Figure 3**, confirme l'importance de la demande psychiatrique en milieu pénitentiaire. De 2015 à 2019, 2 844 entretiens et 4 446 démarches de soins ont été effectués, soit une moyenne d'environ 5 actes d'urgence par jour. Depuis sa création, l'équipe mobile a réalisé un entretien d'urgence ou une démarche de soins auprès de plus de 2000 patients. Une telle activité n'est pas surprenante compte tenu de la surreprésentation des troubles psychiatriques en milieu carcéral (4,5).

Une analyse plus complète permet néanmoins de mettre en évidence l'impact de la détention sur l'activité d'intervention de crise et de réponse à l'urgence. En effet, 92% des

détenus signalés décrivaient des **difficultés liées à l'environnement carcéral**, et plus de la moitié des signalements étaient motivés (uniquement ou en partie) par des difficultés liées à l'incarcération ou des problématiques pénitentiaires (choc carcéral, absence ou difficulté de contact avec les proches, conflit avec un codétenu ou avec l'administration pénitentiaire, allongement de la durée de la peine, problématiques financières, volonté de changer de régime carcéral ou de bâtiment) (14). Ces chiffres traduisent le lien étroit et complexe entre la vulnérabilité psychiatrique des personnes incarcérées et l'influence de l'environnement carcéral sur la santé mentale de l'ensemble des détenus.

Les motifs de signalement les plus fréquemment rencontrés après les difficultés liées à l'incarcération, étaient les **troubles du comportements** (parmi lesquels : agitation psychomotrice, opposition, propos incohérents ou bizarrerie de comportement, refus de soins, exhibition sexuelle) et la verbalisation d'**idées suicidaires** ou d'une volonté de **passage à l'acte auto-agressif** (14). Là encore, ces chiffres font écho aux études de prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral. La surreprésentation des troubles psychotiques, 2 à 4 fois plus fréquents chez les prisonniers qu'en population générale (2-5), et la consommation de toxiques au sein même de la détention (15), expliquent en partie la fréquence des troubles du comportement. Les passages à l'acte auto-agressifs et le suicide sont pour leur part une problématique majeure en détention. Le suicide, première cause de mortalité des personnes placées sous-main de justice, est 9 fois plus fréquent en prison qu'en milieu libre (9). Une partie essentielle de l'activité de l'équipe mobile consiste donc en une évaluation rapide de tout patient signalé comme présentant un risque suicidaire ou signalé secondairement à un passage à l'acte auto-agressif.

Enfin, il semble important de souligner que les 5 années de pratique de l'équipe mobile ont été marquées par une évolution des pratiques professionnelles et une extension de son

activité. Si cette équipe a été déployée dans un premier temps dans un objectif de réponse à l'urgence psychiatrique, son activité s'est progressivement étendue à des interventions soutenues par le modèle de la **psychiatrie communautaire**. Le déplacement en bâtiment vise notamment le maintien d'un lien avec les patients pour lesquels l'adhésion aux soins est fragile. La démarche s'inscrit dans une approche sociale et globale du patient, et l'objectif du soin psychiatrique souhaité précoce et rapide vise, au-delà de la guérison, le maintien ou le rétablissement de la santé mentale du patient. Des entretiens rapprochés de prévention ou de soutien peuvent également être réalisés afin de proposer une intervention intensive visant à limiter le recours à une hospitalisation, et peuvent aussi être proposés lors des périodes de « crise » psychosociale ou pénitentiaire. On constate en effet que si l'administration pénitentiaire est à l'origine du plus grand nombre de signalements, les professionnels de santé du SMPR se placent au 2<sup>ème</sup> rang de la sollicitation de l'équipe mobile (cf **Figure 4**), et y font fréquemment appel lors de l'absence d'un patient à une consultation médicale ou paramédicale, ou après réception d'un courrier jugé inquiétant. Cette activité « *d'aller vers* » et de « *faire avec* » permet à la fois de proposer une alternative au suivi ambulatoire classique, tout en assurant une continuité des soins.

### **Enjeux et questionnements**

En 2017, le Ministère de la Justice publiait un plan d'action visant « *à promouvoir la santé des personnes placées sous-main de justice et à réduire les inégalités sociales de santé* » (16). Une feuille de route éditée en 2019, confirmait qu'un des axes principal de ce plan était d'améliorer la prévention et l'accès aux soins des personnes détenues, grâce à une « *collaboration santé-justice* » (17). La mise en place de l'équipe mobile psychiatrique du

SMPR de Lille-Annœullin tente de répondre directement à cet enjeu. En effet, l'identification d'une équipe dédiée à l'urgence psychiatrique, les contacts réguliers entre professionnels de santé et professionnels pénitentiaires, le déplacement des soignants directement en bâtiment, et la participation du binôme infirmier aux commissions pluridisciplinaires uniques, ont permis (i) une amélioration de la collaboration entre l'administration pénitentiaire et les professionnels des Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP), (ii) une optimisation de la réponse à l'urgence psychiatrique, et (iii) une diminution des délais d'accès aux soins.

Néanmoins, on ne peut qu'être interpellé par le nombre de sollicitations de l'équipe mobile secondaires à des difficultés liées à l'incarcération en elle-même. Si les troubles psychiatriques sont déjà surreprésentés chez les personnes détenues arrivant en détention, l'impact de l'environnement carcéral sur la santé mentale des personnes placées sous-main de justice n'est pas négligeable. La surpopulation carcérale, les difficultés de contact avec le milieu ouvert, l'omniprésence de la violence, les délais administratifs particulièrement longs, sont autant de facteurs de crise, dont les conséquences peuvent parfois aller jusqu'au passage à l'acte suicidaire. Dans ce contexte, la place de l'équipe mobile psychiatrique, qui joue bien souvent le rôle de « tampon » entre les personnes détenues et l'administration pénitentiaire, porte à question. De la même manière, l'interprétation erronée de certains comportements secondaires à des pathologies psychiatriques et les différences entre la problématique signalée par l'administration pénitentiaire et la clinique psychiatrique retrouvée après évaluation du patient, témoignent du manque de sensibilisation du personnel pénitentiaire aux problématiques de santé mentale, et freinent parfois la prise en soins des personnes détenues.

L'augmentation croissante de détenus présentant des troubles psychiatriques sévères (3) dans les prisons françaises rend indispensable une égalité des soins entre le milieu

pénitentiaire et le milieu libre. La création d'une équipe d'urgence-liaison psychiatrique permet une avancée dans ce sens, en réduisant le délai d'intervention psychiatrique et en favorisant un lien entre les différents professionnels de santé et les patients. Cependant, l'amélioration de la santé mentale des personnes incarcérées ne pourra se faire qu'au prix d'une amélioration de l'environnement carcéral, et d'une sensibilisation de l'ensemble des acteurs intervenants en prison.

## **Conclusion**

L'intervention de crise et la réponse précoce à l'urgence psychiatrique constituent des enjeux majeurs en détention. La limitation des mouvements au sein des établissements pénitentiaires et les restrictions des libertés propres aux contraintes du milieu carcéral entravent l'accès aux soins d'une population où les troubles psychiatriques sont largement surreprésentés, et où les facteurs de crise sont multiples. La mise en place d'une équipe mobile d'urgence-liaison psychiatrique au SMPR de Lille-Annœullin, a permis une amélioration de l'accès aux soins en urgence, et une amélioration de la coordination entre les différents professionnels de santé mentale intervenant en milieu pénitentiaire. L'amélioration de la santé mentale des personnes incarcérées ne pourra néanmoins se faire qu'avec une réflexion autour des conditions de détention, et une sensibilisation du personnel pénitentiaire.

Centre pénitentiaire de Lille Annœullin	SIGNALEMENT UCSA/SMPR	Le: 14/02/17
--	-----------------------	--------------

NOM

PRENOM

N° CELLULE

**Problème de comportement constaté:**

Discours incohérents.  
Souhaite que l'on vienne le tuer.  
De plus en plus violent dans ses propos.

**Mesures prises:**

Signalement SMPR.

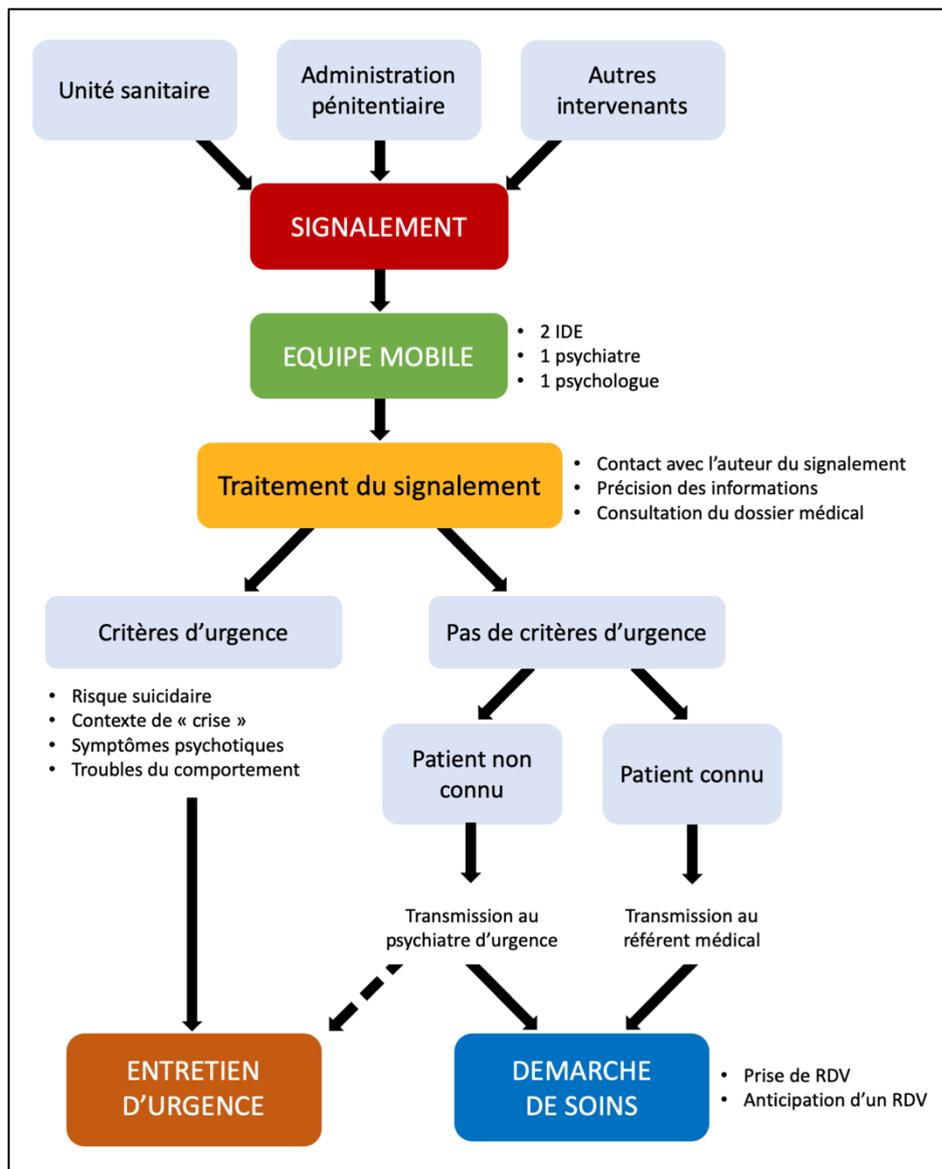
**Observations:**

Plusieurs courriers adressés à différents services.  
"Tuez moi, je vous attends", "Vous avez pendu des  
détenus faisant croire au suicide", etc.

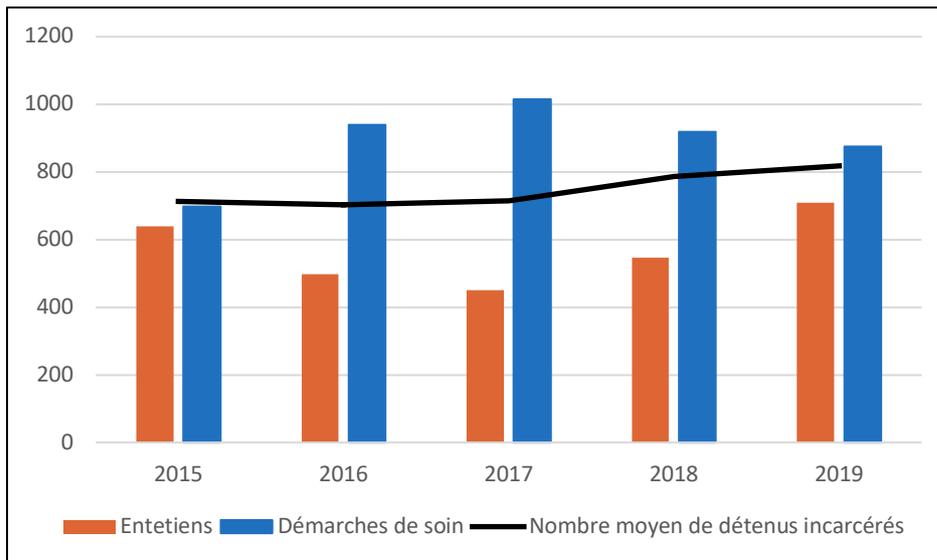
**Destinataires**  
UCSA/SMPR

Je déclare avoir hâte que l'homme Celen soit au pouvoir  
pour pouvoir s'imagine sur les listes de la peine de mort...

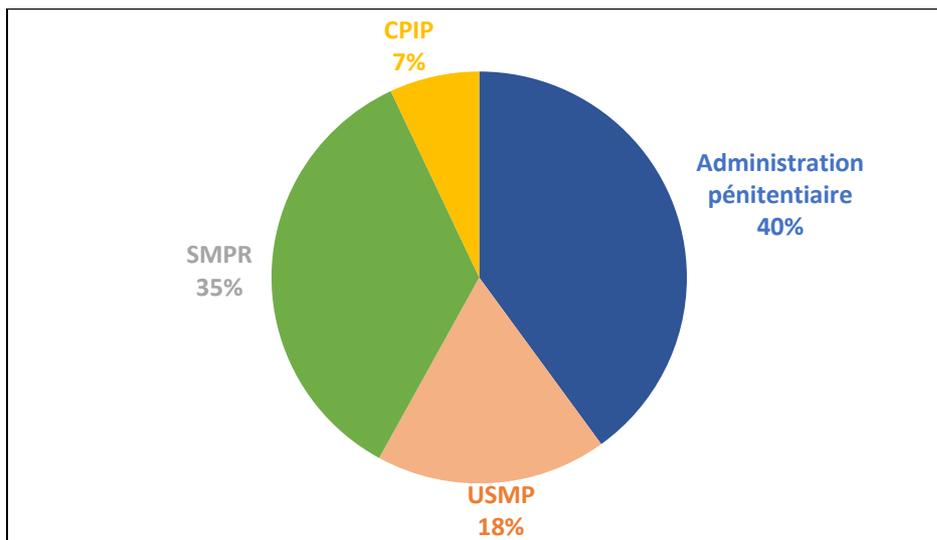
**Figure 1.** Exemple de signalement adressé à l'unité sanitaire par l'administration pénitentiaire



**Figure 2.** Fonctionnement de l'équipe mobile psychiatrique du SMPR de Lille-Annœullin



**Figure 3.** Activité de l'équipe mobile de psychiatrie de 2015 à 2019



**Figure 4.** Origine des signalements adressés à l'équipe mobile de psychiatrie

*CPIP : Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation ; SMPR : Service Médico-Psychologique Régional ; USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire*

## Références

1. Ministère de la justice, Ministère des Solidarités et de la Santé. Statistique des établissements des personnes écrouées en France. 2020 janv.
2. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *The Lancet*. march 2011;377(9769):956-65.
3. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. dec 2006;6(1):33.
4. Fovet T, Thomas P, Plancke L. Prévalence des troubles psychiatriques en prison. *Santé Ment*. avr 2018;(227):7.
5. Fovet T, Plancke L, Amariei A, Benradia I, Carton F, Sy A, et al. Mental disorders on admission to jail: A study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France. *Eur Psychiatry*. 27 apr 2020;1-21.
6. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*. feb 2002;359(9306):545-50.
7. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. may 2012;200(5):364-73.
8. Fazel S, Yoon IA, Hayes AJ. Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women: Substance use disorder in prisoners. *Addiction*. oct 2017;112(10):1725-39.
9. Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry*. dec 2017;4(12):946-52.
10. Avenue HRW | 350 F, York 34th Floor | New, t 1.212.290.4700 N 10118-3299 U |. Double peine | Conditions de détention inappropriées pour les personnes présentant des troubles psychiatriques dans les prisons en France. Human Rights Watch. 2016
11. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. 2019
12. Observatoire international des prisons. Soins psychiatriques en prison : un pansement sur une plaie béante [Internet]. oip.org.
13. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.
14. Delbecque T. Equipe mobile d'urgence-liaison psychiatrique en milieu carcéral : analyse d'un dispositif innovant développé au sein du centre pénitentiaire de Lille-Annoeullin [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Lille; 2019.
15. Néfau T, Sannier O, Hubert C. L'analyse des drogues dans les eaux usées : outil d'estimation des consommations, application en milieu carcéral. *Obs Fr Drogue Toxicom*. 2017;23.
16. Ministère des affaires sociales et de la santé Ministère de la justice. Stratégie santé des Personnes Placées Sous Main de justice
17. Ministère de la justice, Ministère des Solidarités et de la Santé. Feuille de Route Santé des Personnes Placées Sous Main de Justice 2019-2022. 2019.