

LA PSYCHIATRIE EN MILIEU PENITENTIAIRE : Un guide pratique à destination des internes

Auteurs : Marion Eck & Thomas Fovet

Relecteur : Ali Amad



2^{ème} édition (2020)

*A vous qui venez de choisir un stage de psychiatrie en milieu pénitentiaire :
bienvenue !*

Ce guide a été créé pour vous accompagner au cours de vos premiers jours.

*Il vous apportera des éléments de réponses sur les spécificités du milieu
carcéral, mais ne doit pas vous faire oublier qu'un(e) patient(e) détenu(e) est
avant tout un(e) patient(e) « classique » qui évolue dans un milieu
particulièrement stressant. Ainsi, gardez toujours en tête que **la pratique
psychiatrique en milieu pénitentiaire doit être fondée sur les mêmes
principes qu'en milieu libre.***

SOMMAIRE

1.	La prison en France	4
1.1.	Le parcours judiciaire de l'auteur d'infraction grave.....	4
1.2.	Les structures pénitentiaires	7
1.3.	Les chiffres	8
1.4.	Les conditions d'incarcération.....	8
2.	L'examen clinique psychiatrique en milieu carcéral	9
3.	Orientation thérapeutique.....	16
4.	Glossaire de l'administration pénitentiaire	20
5.	Bibliographie	22

1. La prison en France

1.1. Le parcours judiciaire de l'auteur d'infraction grave

En France, seuls les **délits** (infractions de gravité intermédiaire) et les **crimes** (infractions les plus graves) sont punissables d'une peine d'emprisonnement.

Schématiquement, la procédure pénale est constituée de trois grandes phases :

- La **phase pré-sentencielle**, précédant le procès, pendant laquelle se déroule l'**instruction** (enquête orchestrée par le **juge d'instruction**) ;
- Le **procès**, à l'issue duquel un **jugement** est rendu (par ex., la personne peut être déclarée coupable et condamnée à une peine d'emprisonnement) ;
- La **phase post-sentencielle**, d'exécution de cette peine (par ex., la période d'incarcération).

Pendant la phase pré-sentencielle, les auteurs présumés d'infractions peuvent être placés en détention provisoire : on dit qu'ils sont **prévenus**, ou **accusés**.

Après le jugement, les détenus sont appelés des **condamnés**.

Ces grands temps de la procédure pénale sont résumés dans la **Figure 1**.

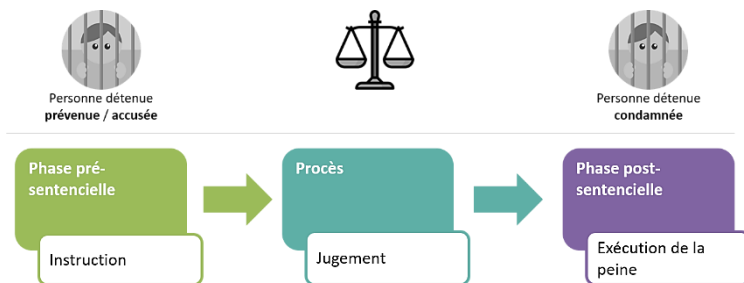


Figure 1. Les grands temps de la procédure pénale.

La durée de la peine d'emprisonnement est décidée à l'issue du procès. Toutefois, chaque condamné bénéficie d'un crédit de réduction de peine, voire d'une réduction de peine supplémentaire (**RPS**) s'il manifeste des efforts de réadaptation sociale (validation d'examens, progrès dans le cadre d'un enseignement ou d'une formation, suivi par un psychiatre ou un psychologue, etc.).

Une **expertise psychiatrique de responsabilité** peut être réalisée en phase pré-sentencielle (à la demande du **juge d'instruction**) ou au moment du procès (à la demande du **président de la juridiction de jugement** – président de la Cour d'assises, par exemple). L'expert se prononce sur l'abolition ou l'altération du discernement au moment de l'acte. Sur la base de cet examen, le juge peut déclarer une irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (art. 122-1 al. 1 du Code pénal), une responsabilité pénale atténuée (art. 122-1 al.2 du Code pénal) ou une responsabilité entière. Les personnes ayant été déclarées irresponsables ne sont pas incarcérées : elles sont hospitalisées en psychiatrie générale. Toutefois, elles sont parfois détenues de manière provisoire en attente de l'expertise psychiatrique et des conclusions du juge (voir **Figure 2**).

Une **expertise psychiatrique dite de « pré-libération »** peut également être ordonnée dans la phase post-sentencielle, à la demande du **juge d'application des peines**. Son objectif est d'évaluer la dangerosité de celui qui termine sa peine de prison.

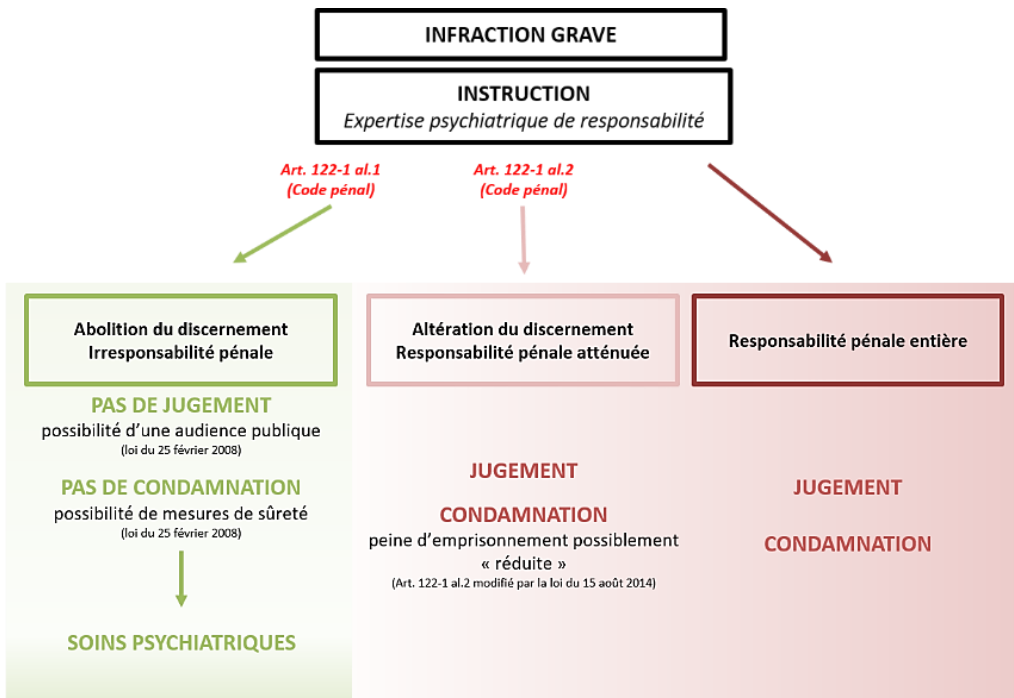


Figure 2. Prononcé de l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : parcours résumé de l'auteur d'infraction grave.

1.2. Les structures pénitentiaires

Les établissements pénitentiaires sont classés en deux grandes catégories : les **maisons d'arrêt** (MA) et les établissements pour peines.

Les **maisons d'arrêt** reçoivent en théorie des personnes prévenues ou accusées, ainsi que celles condamnées à de courtes peines (inférieures à deux ans). Le régime de détention qui y est appliqué est un régime « fermé » : les portes des cellules sont constamment closes.

Il existe plusieurs types d'établissements pour peines. On distingue les **centres de détention**, les **maisons centrales**, les **centres de semi-liberté**, les **centres pour peines aménagées** et les **établissements pour mineurs**.

Les **centres de détention** reçoivent des personnes condamnées à une peine supérieure à deux ans. Le régime de détention est « ouvert » (portes de cellules ouvertes pendant une partie de la journée), orienté vers la resocialisation.

Les **maisons centrales** sont plutôt à vocation sécuritaire ; elles accueillent des personnes condamnées à de longues peines et/ou identifiées comme dangereuses. Comme en maison d'arrêt, un régime « fermé » y est appliqué.

Les **centres de semi-liberté** et les **centres pour peines aménagées** sont des établissements pénitentiaires semi-ouverts, recevant des personnes admises au régime de la semi-liberté ou du placement extérieur (mesures d'aménagement de peine sous écrou), ou des individus investis dans un projet de réinsertion.

Enfin, les **établissements pour mineurs** sont réservés aux mineurs de 13 à 18 ans. Ces derniers peuvent également être accueillis au sein des établissements pénitentiaires disposant de « quartiers mineurs ».

Les **centres pénitentiaires** (CP) sont des établissements mixtes regroupant des quartiers pouvant appartenir aux différentes catégories d'établissements pénitentiaires : « quartier maison d'arrêt », « quartier centre de détention », « quartier maison centrale », etc.

Les femmes sont obligatoirement détenues dans un établissement ou un quartier d'établissement distinct de celui des hommes.

1.3. Les chiffres

En France, au 1^{er} janvier 2020, on compte plus de **70 000 personnes détenues** (dont environ 3,6% de femmes et 1,2% de mineurs) dans les **188 établissements pénitentiaires** du pays :

- **21 000 (30%)** sont prévenues ou accusées ;
- **49 000 (70%)** sont condamnées.

La capacité opérationnelle des établissements pénitentiaires au 1^{er} janvier 2020 étant de 61 000, la densité carcérale est de **115%**. Cette surpopulation est plus marquée dans les **maisons d'arrêt** où elle s'élève à **138%**, rendant les conditions d'incarcération particulièrement difficiles.

Les personnes placées sous surveillance électronique (un peu plus de 10 000 en France) sont considérées comme écrouées non détenues.

1.4. Les conditions d'incarcération

A son arrivée en prison, un **numéro d'écrou** est attribué à la personne détenue. L'**arrivant** est ensuite placé temporairement dans une cellule d'attente (une cellule du **quartier arrivant**) et doit bénéficier, dans les 48 heures, d'un examen médical. Il est ensuite affecté dans une cellule ordinaire qu'il conservera, sauf circonstances particulières, pendant toute la durée de sa peine.

Les journées en prison sont rythmées par les temps de repas, distribués dans les cellules, les **promenades**, et par des activités telles que l'enseignement, la formation professionnelle, le travail ou le sport. Précisons que peu de personnes ont finalement accès à ces activités : beaucoup postulent, très peu sont admises.

Les détenus peuvent acheter par le dispositif de la **cantine** des produits courants (produits de toilette, nourriture, papiers à lettre, etc.). Aucun argent ne doit circuler en détention : le service comptable de l'établissement pénitentiaire ouvre un compte pour chaque personne détenue et les paiements s'effectuent par débit. Ce compte peut être approvisionné par les proches de la personne via un système de **mandat**.

Malgré des initiatives menées pour maintenir les liens familiaux des personnes détenues (amélioration des **parloirs**, création des **unités de vie familiale**, etc.), les liens sociaux sont souvent très limités en milieu carcéral. En outre, les effectifs réduits de personnel pénitentiaire ne permettent que très rarement aux surveillants d'assurer leur rôle de soutien aux détenus.

Au total, 39 établissements français ont à ce jour été considérés comme exposant les personnes détenues à des traitements inhumains ou dégradants par la justice française et/ou par la Cour européenne des droits de l'homme.

2. L'examen clinique psychiatrique en milieu carcéral

L'exercice de la psychiatrie en milieu carcéral doit être basé sur les mêmes recommandations qu'en milieu libre. Aucun domaine ne doit faire exception : de l'évaluation sémiologique et clinique à la prise en charge.

Le psychiatre peut être amené à examiner des personnes détenues dans plusieurs situations : consultation au sein de l'unité sanitaire d'un établissement pénitentiaire, exercice au sein de structures spécifiques (SMPR ou UHSA, voir **Tableau 1**) mais aussi consultation en service d'accueil d'urgence ou de liaison. Dans toutes ces situations, il convient de rester extrêmement rigoureux quant au strict respect du secret médical (voir **Encadré 1**).

Dans cette partie, les différentes sections de l'examen psychiatrique standardisé proposé par l'AESP (disponible [ici](#)) sont reprises. Seuls les aspects spécifiques liés au milieu pénitentiaire sont détaillés.

Encadré 1 : Secret médical en milieu pénitentiaire

Un des principes fondamentaux de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire est celui de **l'indépendance des professionnels de santé par rapport à l'administration pénitentiaire et au système judiciaire.**

Pourtant, depuis quelques années, des dispositions réglementaires tentent mettre en jeu le secret médical. Les Commissions pluridisciplinaires uniques (CPU), instaurées en 2011, visant à construire le parcours d'exécution des peines des personnes détenues et auxquelles les professionnels de santé sont fortement invités à participer en sont un premier exemple. Le développement du logiciel GENESIS en 2014, dans lequel de nombreuses données relatives à la santé des personnes détenues ont vocation à être enregistrées, en est un second. Face à la volonté de l'administration pénitentiaire d'assimiler les médecins exerçant en prison, le Conseil national de l'ordre des médecins est clair : la transmission d'informations médicales représente une entorse à la déontologie et à la loi pénale.

Rappelons que **ce principe, outre les valeurs éthiques qu'il représente, est incontournable pour une pratique psychiatrique de qualité en milieu pénitentiaire.**

Ainsi, il convient, pour chaque professionnel de santé, d'examiner la personne détenue à l'abri du regard et de toute écoute extérieure et en ne communiquant aucune information médicale, orale comme écrite, aux personnels pénitentiaires et intervenants judiciaires.

Un dialogue entre les personnels pénitentiaires et le médecin est parfois utile afin d'envisager le meilleur déroulement possible de l'examen, notamment lorsque la dangerosité de la personne détenue impose de prendre certaines précautions. Dans ce cas, il appartient aux personnels affectés à la surveillance du patient d'assurer la sécurité du praticien, tout en respectant la nécessaire confidentialité de l'examen médical.

L'indépendance des soins psychiatriques en détention vis-à-vis de l'expertise est aussi de mise. Le psychiatre traitant n'a pas l'obligation de répondre à l'expert et doit se comporter avec lui comme avec toute personne tierce à la relation qu'il a avec son patient. Ainsi, la transmission d'informations entre psychiatre traitant et expert ne peut se faire que par l'intermédiaire du patient (ex. : certificat médical indiquant certaines informations utiles à l'accomplissement de la mission d'expertise remis à la demande du patient, dûment informé).

Enfin, dans le souci d'assurer la continuité des soins, **les échanges entre médecins exerçant en milieu pénitentiaire et médecins intervenant en milieu libre (avec accord du patient) sont à favoriser.**

En milieu carcéral, comme ailleurs, l'examen clinique doit permettre de recueillir les éléments suivants :

- Motif de consultation ou d'hospitalisation / plainte principale
- Antécédents personnels :
 - *Psychiatriques* : troubles psychiatriques (voir **Encadré 2**), hospitalisations, **tentatives de suicides, gestes hétéro-agressifs** ; en particulier, **suivi psychiatrique et psychologique en détention et hospitalisations depuis le début de l'incarcération** ;
 - *Addictologiques* : consommation de tabac, d'alcool et des autres substances psychoactives ; à noter que les personnes détenues sont surexposées aux drogues, et en particulier au cannabis, qui circulent largement en détention malgré leur interdiction théorique ;
 - *Médicaux généraux et chirurgicaux* : l'état de santé des personnes incarcérées apparait particulièrement précaire également pour les pathologies non psychiatriques (maladies infectieuses, risque cardiovasculaire, cancers) ;
- Antécédents familiaux
- Mode de vie :
 - *Contexte familial et social*
 - Situation professionnelle ;
 - Situation maritale ;
 - Logement ;
 - Mesure de protection des majeurs (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle) ;

- *Situation en détention*
 - **Niveau d'isolement** : parloirs (proches, visiteurs de prison), unité de vie familiale, courriers, appels téléphoniques, etc. ;
 - **Relations sociales en détention** : conflits avec les autres détenus et les surveillants, présence ou non d'un ou de codétenu(s) (détenu(s) présent(s) dans la même cellule que le patient), violences agies ou subies, etc. A noter que pour la protéger du reste de la population carcérale, une personne détenue peut être placée au **quartier d'isolement**, ou « **QI** » ; cette personne n'a alors plus que des contacts avec des membres de l'administration pénitentiaire ;
 - **Activités** : promenade, sport, enseignement, formation, travail, etc. ;
 - **Ressources financières** : Allocation Adulte Handicapé (AAH, dont le montant est ramené à 258 euros par mois pendant l'incarcération), indigence (situation des personnes détenues sans ressources, bénéficiant d'un soutien financier de la part de l'établissement pénitentiaire d'un montant de 20 euros par mois), mandats (seul moyen pour quelqu'un d'envoyer de l'argent à une personne détenue), etc. ;
 - **Sanctions internes** : placement au **quartier disciplinaire** (le « **QD** », communément appelé le « **mitard** ») ;
 - **Transfèvements** : le changement d'établissement pénitentiaire peut constituer à la fois un facteur de stress important et un facteur supplémentaire d'isolement en détention (éloignement de l'entourage familial) ;

- *Parcours judiciaire*
 - **Antécédents judiciaires** : condamnations, incarcérations, gardes à vue, etc. ;
 - **Motif de l'incarcération actuelle** (à noter que les auteurs d'infraction à caractère sexuel sont particulièrement stigmatisés en détention, qualifiés de « pointeurs », volontiers victimes d'exclusion et de violences) ;
 - **Statut pénal** : prévenu, accusé, condamné ;
 - **Echéances importantes** : date de libération, affaires en cours, procès prévus ;

- Traitement : à noter qu'il existe en détention, compte tenu de la surreprésentation des conduites addictives, un risque de mésusage ou de troc des traitements médicamenteux ;
- Histoire de la maladie :
 - *Histoire développementale* : complications au cours de la grossesse et de l'accouchement, exposition à des toxiques au cours de la période anténatale, etc. ;
 - *Histoire générale de la maladie* : date de début des symptômes, date de diagnostic, âge de début, nombre d'épisodes antérieurs, etc. ;
 - *Histoire récente de la maladie* : **facteurs de stress récents** (notamment en lien avec le parcours judiciaire), facteurs liés à la consommation d'une substance psychoactive (intoxication aigue ou **sevrage, en particulier à l'entrée en incarcération**), facteurs médicamenteux (arrêt de traitement, nouveau traitement, interaction médicamenteuse, etc.) ;
- Entretien psychiatrique : cet entretien ne présente aucune spécificité et doit évaluer la présentation du patient, le langage, les pensées, l'affectivité, la perception, la motivation, l'attention et la mémoire, les fonctions physiologiques, la motricité, la conscience du trouble et le fonctionnement. **L'évaluation du risque suicidaire** (voir **Encadré 3**), la **recherche de gestes auto-agressifs sans intentionnalité suicidaire** et **l'évaluation du risque de passage à l'acte hétéro-agressif sont également systématiques** ;
- Examen physique

Encadré 2 : Prévalence des troubles psychiatriques en détention

Qu'il s'agisse de maladies psychiatriques préexistantes à l'incarcération, de pathologies dont la décompensation est favorisée par le stress de la détention chez des individus présentant un terrain de vulnérabilité, ou bien de troubles réactionnels générés par le milieu carcéral, **les troubles mentaux sont fréquents en milieu pénitentiaire.**

On estime qu'il y aurait, dans le monde, **4 à 10 fois plus de troubles mentaux en prison qu'en milieu libre.** La dernière méta-analyse sur le sujet estimait la prévalence des troubles psychotiques à près de 4%, celle de l'épisode dépressif caractérisé à 10% et celle des troubles de la personnalité entre 40 et 70%. D'autres travaux ont également permis de mettre en évidence une sur-représentation du trouble de stress post-traumatique, du trouble bipolaire ou de la déficience intellectuelle.

En France, plus d'une personne détenue sur 3 souffrirait d'au moins un trouble psychiatrique, la majorité en cumulant même plusieurs.

Une vigilance accrue doit être exercée auprès des femmes, des personnes âgées et des personnes mineures incarcérées. Ces populations, fragilisées par des facteurs de vulnérabilité supplémentaires, sont en effet particulièrement exposées aux troubles psychiatriques.

Les problématiques addictives sont aussi largement surreprésentées. Environ 17 à 30% des hommes et 10 à 24% des femmes incarcérés seraient concernés par un trouble lié à l'usage d'alcool. La consommation d'autres drogues (toutes les drogues à l'exclusion de l'alcool et du tabac : cannabis, opiacés, cocaïne, amphétamines, hallucinogènes, inhalants, etc.) est estimée à 10 à 48% chez les hommes, 30 à 60% chez les femmes.

Encadré 3 : Risque suicidaire en détention

Première cause de mortalité dans les prisons françaises, le suicide constitue l'une des principales préoccupations pour les professionnels soignants exerçant en milieu pénitentiaire. Actuellement, **le taux de suicide en population carcérale est 7 fois supérieur à celui observé en population générale française.**

Dans plus de 90% des cas, le moyen utilisé est la pendaison, le plus souvent avec des draps fixés aux barreaux de fenêtre lorsque le sujet se retrouve seul en cellule. Les autres moyens sont l'intoxication médicamenteuse volontaire (environ 7% des cas), la phlébotomie (5%) et la défenestration (2%).

Le suicide en milieu carcéral est un phénomène complexe dans lequel de multiples facteurs sont impliqués. Les facteurs de risque les plus fortement associés au suicide en détention sont **l'isolement physique** (maximal au quartier disciplinaire), les **antécédents de tentatives de suicide**, les **antécédents psychiatriques**, la **prise de traitements psychotropes** et la **détention provisoire**.

Les actes auto-agressifs sont extrêmement fréquents en milieu pénitentiaire et les professionnels de santé sont quasi-systématiquement sollicités dans ces situations pour lesquelles une évaluation clinique minutieuse est indispensable. En milieu carcéral, les passages à l'acte auto-agressifs peuvent s'inscrire dans des conflits entre la personne incarcérée et le système judiciaire ou l'administration pénitentiaire : ils constituent alors des moyens de revendication pour le détenu face à ces institutions. L'évaluation clinique est aussi parfois complexifiée par les attentes de la personne détenue qui peut rechercher, par le biais de l'entretien psychiatrique, des bénéfices secondaires (par ex., sollicitation d'une intervention des personnels soignants pour résoudre un conflit avec l'administration pénitentiaire). **Ces particularités sont à connaître, mais elles ne doivent en aucun cas conduire à une banalisation des comportements auto-agressifs.** En effet, **le risque de suicide apparaît 6 à 11 fois plus élevé chez les personnes ayant réalisé des automutilations par rapport au reste de la population carcérale** (une grande majorité des décès survenant dans le mois suivant l'épisode d'automutilation).

3. Orientation thérapeutique

En France, le système de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire est un système intégratif dont l'objectif principal est d'**offrir aux personnes incarcérées le même niveau de soin que la population vivant en milieu libre**. Il est structuré en 3 niveaux (voir **Tableau 1**).

Chaque établissement pénitentiaire dispose d'une **unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP)**, aménagée en son sein mais rattachée à un établissement hospitalier public (**niveau 1 : soins psychiatriques ambulatoires**). La prise en charge n'y est possible que sous la modalité des soins libres. Il est à noter que, contrairement au milieu extérieur, **il n'y a pas de soins pénalement ordonnés ni de programme de soins sans consentement ambulatoires en détention**.

En outre, un **service médico-psychologique régional (SMPR)**, assurant les soins de **niveau 2**, est présent dans chaque région (26 au total). Quand celui-ci dispose de lits d'hospitalisation de jour, les cellules y sont gérées par l'administration pénitentiaire et les soins sont dispensés par une équipe multidisciplinaire dépendant de l'établissement hospitalier de rattachement. Les admissions en hospitalisation de jour sont décidées par le médecin et peuvent être prononcées pour toute personne détenue relevant de la zone géographique de son ressort (leur vocation est régionale). Elles ne sont possibles qu'en soins libres.

Enfin, les structures d'**hospitalisation à temps complet** sont les **unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) (niveau 3)**. Aujourd'hui, 9 UHSA sont implantées sur le territoire français (Lyon-Bron, Toulouse, Nancy-Laxou, Orléans-Fleury les Aubray, Paris-Villejuif, Lille-Seclin, Rennes, Bordeaux-Cadillac et Marseille). Ces structures permettent l'hospitalisation à temps complet des personnes détenues souffrant de troubles mentaux en **soins libres**, ce qui est sans précédent dans l'histoire des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire en France ; ou sans consentement, mais uniquement sous le régime des **soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE)**.

Lorsqu'aucune place n'est disponible en UHSA, l'autorité préfectorale doit procéder le plus rapidement possible à l'hospitalisation du patient dans un établissement chargé d'assurer les soins psychiatriques, bien souvent dans l'unité fermée d'un hôpital du secteur de psychiatrie générale, et uniquement sous le régime de SPDRE (cf. **article D398 du Code de procédure pénale**).

Il est à noter que **les SPDRE pour les personnes détenues obéissent aux mêmes modalités de contrôle qu'en milieu libre** (cf. article L3213-1 du Code de la santé publique et contrôle par le juge des libertés et de la détention).

L'organisation des soins non psychiatriques est similaire :

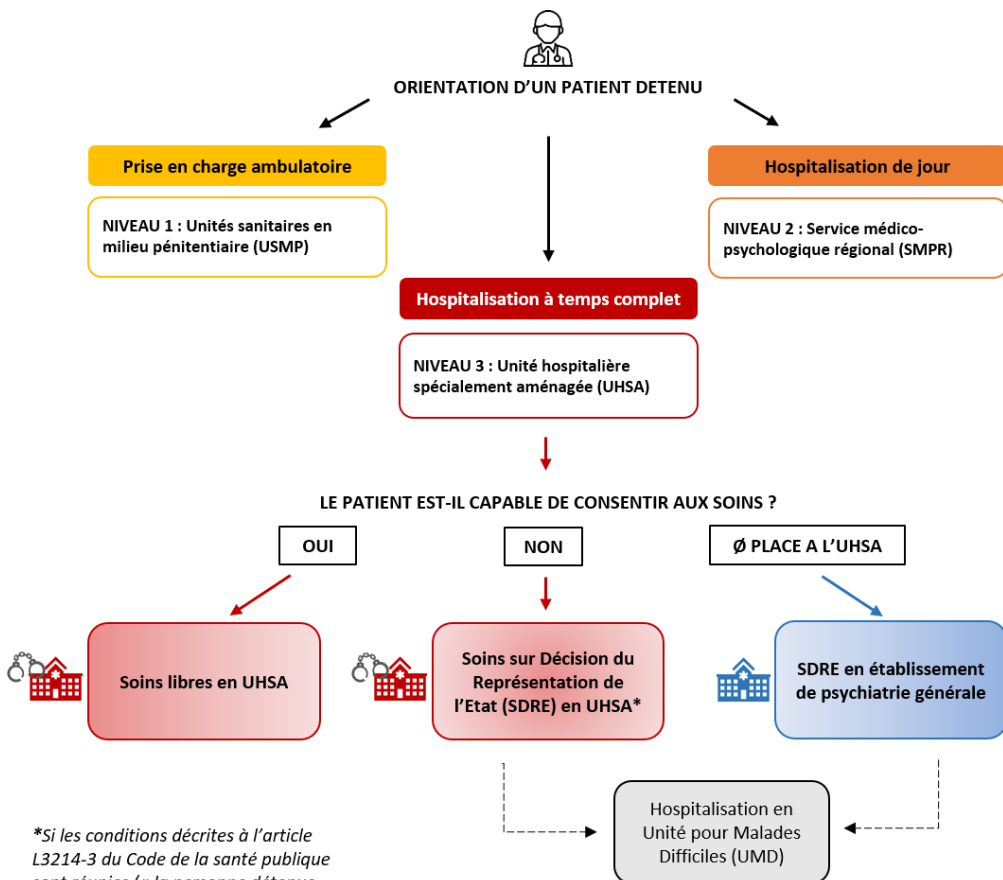
- **Niveau 1 : consultations** au sein d'une **USMP** ;
- **Niveau 2 : hospitalisations de jour** au sein du **centre hospitalier public de rattachement (chambre sécurisée)** ;
- **Niveau 3 : hospitalisations à temps complet** au sein du **centre hospitalier public de rattachement (chambre sécurisée)** pour les hospitalisations urgentes et de courte durée ; dans une des 8 **unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)** pour les hospitalisations plus longues ou nécessitant un plateau technique spécialisé.

Pour précision, les personnes placées sous surveillance électronique étant considérées comme non détenues, elles peuvent faire l'objet de soins psychiatriques « classiques », au même titre que l'ensemble de la population (hôpital du secteur de psychiatrie générale, centre médico-psychologique). En cas d'hospitalisation, l'établissement d'accueil doit seulement prévenir le pôle « placement sous surveillance électronique » (PSE).

En guise de conclusion, la **Figure 3** reprend les différentes orientations thérapeutiques possibles à l'issue de l'examen psychiatrique d'une personne détenue.

	STRUCTURES	EQUIVALENTS EN MILIEU LIBRE
<p>NIVEAU 1 Soins psychiatriques ambulatoires</p> <p><i>Consultations, examens, promotion à la santé, éducation thérapeutique</i></p>	<p>Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP)</p>	<p>Centres médico-psychologiques (CMP) <i>et</i> Centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP)</p>
<p>NIVEAU 2 Hospitalisations de jour</p> <p><i>Facilitation de l'accès aux consultations et aux activités thérapeutiques</i></p>	<p>Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) disposant d'un service médico-psychologique régional (SMPR)</p>	<p>Hôpitaux de jour (HDJ)</p>
<p>NIVEAU 3 Hospitalisations à temps complet</p>	<p><u>Soins libres</u> Unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA)</p> <p><u>Soins sans consentement</u> Unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) <i>ou</i> Unités du secteur de psychiatrie générale (art. D398 du code de procédure pénale)</p>	<p>Unités du secteur de psychiatrie générale</p>

Tableau 1. Les 3 niveaux de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire.



**Si les conditions décrites à l'article L3214-3 du Code de la santé publique sont réunies (« la 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 »)*

Figure 3. Orientations thérapeutiques possibles à l'issue de l'évaluation psychiatrique d'une personne détenue.

4. Glossaire de l'administration pénitentiaire

Ce glossaire est adapté d'un document édité en 2009 par la Direction de l'administration pénitentiaire et intitulé « Droits et devoirs de la personne détenue ».

Accusé : personne faisant l'objet de poursuites judiciaires (pour un crime), détenue dans un établissement pénitentiaire, qui n'a pas encore été jugée ou dont la condamnation n'est pas définitive en raison de l'exercice de voies de recours.

Cantine : « boutique » de l'établissement pénitentiaire. Les personnes détenues peuvent régulièrement acheter certains produits selon une liste définie par l'administration pénitentiaire (aliments, tabac, etc.).

Centre de détention (CD) : accueille les condamnés présentant les meilleures perspectives de réinsertion ; leur régime de détention est principalement orienté vers la resocialisation des détenus.

Centre pénitentiaire (CP) : établissement qui comporte au moins deux quartiers à régimes de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale).

Centre de semi-liberté (CSL) : reçoit des condamnés admis au régime de la semi-liberté ou en placement extérieur sans surveillance.

Condamné : personne détenue dans un établissement pénitentiaire en vertu d'une condamnation judiciaire définitive.

Indigence : situation des personnes détenues sans ressource, bénéficiant d'un soutien financier de la part de l'établissement pénitentiaire d'un montant de 20 euros / mois.

Maison d'arrêt (MA) : reçoit les prévenus et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à deux ans.

Maison centrale (MC) : reçoit les condamnés les plus difficiles dans le cadre d'un régime de détention essentiellement axé sur la sécurité.

Mandat : seul moyen pour quelqu'un d'envoyer de l'argent à une personne détenue.

Mitard : ancienne dénomination des cellules du quartier disciplinaire (QD).

Pointeurs : nom donné par les détenus aux prévenus ou condamnés pour des infractions à caractère sexuel.

Prétoire : ancienne appellation de la commission de discipline.

Prévenu : personne faisant l'objet de poursuites judiciaires (pour une contravention ou un délit), détenue dans un établissement pénitentiaire, qui n'a pas encore été jugée ou dont la condamnation n'est pas définitive en raison de l'exercice de voies de recours.

Semi-liberté : modalité d'exécution d'une peine permettant à un condamné d'exercer, hors d'un établissement pénitentiaire, une activité professionnelle, de suivre un enseignement ou une formation, ou de bénéficier d'un traitement médical ; le condamné doit rejoindre le CSL à l'issue de ces activités.

Service médicopsychologique régional (SMPR) : service de psychiatrie implanté en milieu pénitentiaire ayant une vocation régionale et comportant une unité d'hospitalisation offrant des soins diversifiés incluant l'hospitalisation volontaire.

Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) : service ayant pour mission auprès des établissements pénitentiaires, et du milieu ouvert, de favoriser l'accès aux droits et aux dispositifs d'insertion de droit commun des détenus et des personnes placées sous contrôle par les autorités judiciaires ; chaque département comporte un SPIP suivant les personnes qui leur sont confiées selon un principe de continuité de leur prise en charge.

Unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) : unité implantée en milieu pénitentiaire assurant les soins médicaux incluant la prévention, l'organisation des soins en milieu hospitalier ainsi que la continuité des soins en fin de détention.

Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) : structure implantée au sein d'un établissement de santé, sécurisée par l'administration pénitentiaire (qui assure transferts, contrôle des entrées et des sorties, mais n'est pas présente au sein des unités de soins) et dédiée à la prise en charge des personnes incarcérées nécessitant des soins psychiatriques en hospitalisation complète.

5. Bibliographie

Amad A, Geoffroy PA, Micoulaud-Franchi J-A, Bensamoun D, Benzerouk F, Peyre H, et al. L'examen clinique psychiatrique standardisé pour l'étudiant, c'est possible ! Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique 2018.

Eck M, Scouflaire T, Debien C, Amad A, Sannier O, Chan Chee C, et al. Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention. Presse Med 2019.

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. Août 2006;6:33.

Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. Br J Psychiatry J Ment Sci. Mai 2012;200(5):364-73.

Fovet T, Amad A, Adins C, Thomas P. Psychotropes en milieu pénitentiaire : de la fiole à l'AMM. Presse Médicale. 2014 ; 43: 520-528.

Fovet T, Thomas P, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part ? Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique 2015;173:726-30..

Lancelevée C, Scheer D. La prison. Réalités et paradoxes. Presses universitaires Blaise Pascal, Clermont-Ferrand, 2019.

Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, Bureau des statistiques et des études. Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France : Situation au 1^{er} janvier 2020. Disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr/>

Observatoire international des prisons. Le guide du prisonnier. La Découverte; 2012. 576 p. (Guides Cscv).

Thomas P, Fovet T, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire, entre nécessité et ambiguïté. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique 2015;173:348-51.

*

Marion Eck & Thomas Fovet

La Psychiatrie en milieu pénitentiaire : un guide pratique à
destination des internes

2^{ème} édition (2020)

*

Icon made by [Freepik](https://www.flaticon.com) from www.flaticon.com