



**HAL**  
open science

## Accès aux soins de santé mentale pour les personnes placées sous main de justice

Daniel Pinede, Ava Thirault

► **To cite this version:**

Daniel Pinede, Ava Thirault. Accès aux soins de santé mentale pour les personnes placées sous main de justice. *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, 2024, 40. hal-04685954

**HAL Id: hal-04685954**

**<https://hal.science/hal-04685954v1>**

Submitted on 3 Sep 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## La santé mentale des publics vulnérables : entre accès aux soins et maintien de l'ordre public

### Accès aux soins de santé mentale pour les personnes placées sous main de justice

#### Ava Thirault

Référente santé des personnes détenues à l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARS IDF)

#### Daniel Pinede

Psychiatre à la Direction de la santé publique de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARS IDF)

#### Résumé

Les conditions et les obstacles à l'accès aux soins mentaux des personnes placées sous main de justice diffèrent selon que ces personnes soient incarcérées ou non. En ce qui concerne les personnes incarcérées, les freins les plus impactants sont la surpopulation des prisons, la difficulté à prendre en charge des publics fragilisés, nécessitant des prises en charge adaptées, ou encore, le respect de la vie privée et du secret médical. Les personnes non-détenues, elles, rentrent dans le cadre de la sectorisation de la psychiatrie, et sont confrontés à la saturation des structures de soins ambulatoires.

#### Mots-clés

Personnes placées sous main de justice (PPSMJ) – Personne incarcérée – Santé mentale – Obligation de soins

#### Abstract

The conditions and obstacles to access to mental care for people in custody differ depending on whether these people are incarcerated or not. Regarding incarcerated people, the most impactful obstacles are the overcrowding of prisons, the difficulty of caring for vulnerable people requiring appropriate care, and respect for private life and medical confidentiality. Non-detainees are faced with the sectorization of psychiatry and the saturation of ambulatory care.

#### Keywords

People placed under the custody of justice – Incarcerated person – Mental health – Duty of care

### Personnes placées sous main de justice en Ile-de-France

La population de personnes placées sous main de justice (PPSMJ) concerne une catégorie assez large qui regroupe toutes les personnes qui sont sous mesure de justice, donc à la fois les personnes qui sont en milieu ouvert et en milieu fermé.

En milieu fermé, il s'agit des personnes sous écrou, c'est-à-dire deux catégories de personnes : les personnes qui sont incarcérées, donc en détention, et les personnes qui bénéficient d'aménagements de peines, donc qui sont écrouées mais pas en détention (en semi-liberté, en placement sous surveillance électronique ou placement extérieur). Cette population représente sur la France entière environ 92 000 personnes au 1<sup>er</sup> décembre 2023 et

parmi elles, il y a 75 000 personnes détenues.

Le milieu ouvert concerne toutes les personnes qui sont placées sous main de justice mais qui ne sont pas écrouées. Il s'agit de la catégorie la plus importante, soit un peu plus de 170 000 personnes en France. Il peut s'agir de personnes qui sont sous mesure judiciaire, avec des alternatives aux poursuites, des ajournements, ou en contrôle judiciaire mais qui ne sont pas incarcérées.

### Accès aux soins de santé mentale des PPSMJ détenues

En Ile-de-France, il y a au 1<sup>er</sup> décembre 2023 environ 14 000 personnes détenues pour environ 10 000 places réelles. Le taux de suroccupation est environ de 133 %, essentiellement concentré dans les maisons d'arrêt. Il y a plusieurs types d'établissements pénitentiaires qui accueillent des publics différents, avec leurs propres règles en termes de détention, et n'impliquant pas les mêmes dispositifs de soins. Les maisons d'arrêt concentrent l'intégralité de la suroccupation avec des taux qui peuvent aller jusqu'à 180 % d'occupation sur la région, soit quasiment le double de ce pour quoi elles sont prévues. Mais par exemple dans les maisons centrales ou dans les centres de détention et les établissements pour mineurs, il n'y a pas de suroccupation. Les établissements sont conçus pour différents types de publics : des hommes majeurs, des femmes majeures et des mineurs (garçons et filles). Il existe aussi des quartiers spécifiques, comme par exemple une nurserie à Fleury-Mérogis, avec des femmes enceintes, des femmes qui y ont accouché avec leur bébé, si elles peuvent le garder ; des quartiers spécifiques pour les publics radicalisés ou pour les publics vulnérables. Ces différents quartiers bénéficient de prises en charge différentes.

De nombreuses études montrent qu'il y a en détention des publics fragilisés, avec un besoin spécifique de prise en charge en santé mentale. En détention, les soins en santé mentale ne sont pas obligatoires, ils ne se mettent en place que si les personnes détenues le souhaitent. Elles y sont parfois incitées, pour autant, il n'y a pas d'obligation aux soins en détention mais il peut y en avoir par la suite dans le cadre de mesures pénales.

Dans le cadre de l'incarcération, la seule restriction pour les personnes détenues est la liberté de circulation.

L'accès aux soins de santé mentale des personnes détenues se structure selon trois niveaux.

Le premier niveau se situe en détention dans tous les établissements pénitentiaires, au sein d'unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP). Ce sont des unités sanitaires, qui dépendent de l'hôpital public et qui comportent, entre autres, médecins, infirmiers, psychiatres, psychologues, etc., comme un équivalent des soins de ville.

Le deuxième niveau est également situé dans certains établissements pénitentiaires, sous la forme d'hôpitaux de jour qui s'adressent à des personnes qui ne peuvent pas rester en détention ordinaire. Ces services médico-psychologiques régionaux (SMPR) permettant de sectoriser la prise en charge en santé mentale pour les personnes détenues de plusieurs établissements pénitentiaires.

Le troisième niveau se situe dans les établissements de santé et correspond au besoin d'une hospitalisation à temps complet. La personne sort alors de la détention et de l'établissement pénitentiaire pour pouvoir recevoir des soins au sein d'une unité d'hébergement spécialement aménagée (UHSA). S'il n'y a pas de place disponible, les personnes peuvent être orientées dans les services publics de psychiatrie habilités à recevoir des patients en soins sans consentement à la demande du représentant de l'État, selon le Code de la santé publique, avec l'accord de la préfecture de police. Les unités pour malades difficiles (UMD) peuvent également les accueillir en fonction des profils.

Les freins à cette prise en charge sont nombreux. Un enjeu majeur se trouve dans les tensions en ressources humaines en psychiatrie en milieu pénitentiaire, comme globalement dans tout l'hôpital public, où les difficultés à recruter sont nombreuses, que ce soit des médecins généralistes, des psychiatres ou des infirmiers.

De plus, lorsque le taux de suroccupation est important, cela représente une part supplémentaire de population à prendre en charge, pour une même équipe soignante. Cela représente aussi une difficulté pour l'administration pénitentiaire qui a à charge de réaliser tous les mouvements et toutes les escortes. C'est-à-dire qu'à chaque fois qu'une personne détenue doit aller à l'hôpital, ce sont les agents pénitentiaires qui font l'escorte et qui conduisent

le véhicule. De fait, s'il n'y a pas assez de véhicules, ou d'équipes parce qu'il y a trop de personnes détenues, il peut y avoir un accès aux soins qui est réduit.

La protection du secret médical est également un enjeu majeur pour les professionnels travaillant en détention, et représenter un frein dans l'accès aux soins de certaines PPSMJ. En effet, le plus souvent, ce sont les agents pénitentiaires qui accompagnent la personne détenue de la cellule à l'unité sanitaire quand elle a un rendez-vous. L'unité sanitaire prévient le quartier dans lequel la personne détenue est incarcérée, demande à ce qu'elle puisse être conduite à l'USMP, et il revient à l'agent pénitentiaire de réaliser le mouvement, le secret médical est alors compromis. Il s'agit d'un frein inhérent à la détention.

Le risque de stigmatisation peut aussi être un frein aux soins en détention vis-à-vis des autres personnes détenues. La situation s'aggrave lorsque le taux d'occupation est très élevé.

Un frein peut aussi être lié à la disponibilité des locaux, les prisons ne sont pas extensibles, et toute évolution des unités sanitaires pour répondre aux besoins de soins, comme la création de places d'hôpitaux de jour, implique des enjeux complexes.

### Accès aux soins de santé mentale des PPSMJ non détenues

Les personnes placées sous main de justice non détenues représentent la majorité des personnes placées sous main de justice. Parmi elles, certaines sont passées par la détention et sont toujours sous main de justice après une période de détention, avec l'enjeu de la sortie de la détention et du relais de soins, d'autres n'ont jamais connu le milieu carcéral et ont besoin d'avoir un accès aux soins de santé mentale de leur propre chef ou dans le cadre d'une obligation liée à leur situation judiciaire.

En France, c'est le secteur de psychiatrie publique qui le plus souvent prend en charge les patients placés sous main de justice en soins quand ils ne sont pas détenus.

Il y a trois grands principes qui guident le secteur de la psychiatrie publique : le recours de proximité, l'accessibilité territoriale et financière, et la continuité des soins psychiatriques.

En France, la psychiatrie est organisée sous forme de secteurs géographiques, qui comprenaient initialement entre 60 000 et 70 000 habitants. Pour chaque secteur, la psychiatrie publique a pour mission d'organiser, de la prévention jusqu'à la prise en charge et à l'accompagnement, les soins de santé mentale des personnes qui en ont besoin. Il s'agit donc, pour un secteur donné, de coordonner les dispositifs de soins, de l'hospitalisation complète aux Centres médico-psychologiques (CMP), aux centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP), aux hôpitaux de jour (HDJ). Il existe également des centres d'accueil ou de crise, et des équipes mobiles. Il peut y avoir une offre de dispositifs différents d'un secteur à l'autre. Donc selon le secteur dont on relève, il n'y aura pas forcément les mêmes outils de soins à disposition.

Un secteur de psychiatrie, c'est donc l'articulation d'un ensemble de dispositifs pour une population géographique donnée, qui permet d'avoir une continuité dans l'équipe de soins pour l'ensemble des modalités de prise en charge. C'est également un ensemble d'articulations avec le territoire et les acteurs hors psychiatrie, notamment les soins primaires, les soins de ville, l'action sociale, les associations, voire même les forces de l'ordre, les structures médico-sociales. L'objectif est d'avoir un accompagnement optimum des patients et de construire des parcours de soins et des parcours de vie qui sont coordonnés.

En Ile-de-France, la région est découpée en 146 secteurs de psychiatrie adulte, et 52 secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Le secteur de psychiatrie est le maillon de base de la structuration de la psychiatrie publique, de son architecture. Toute personne dépend d'un secteur psychiatrique. Même sans domicile, en cas de changement de logement, de sortie de prison, ou d'instabilité économique, sociale ou d'hébergement, la personne est rattachée à un secteur.

Tout l'enjeu est de savoir auquel. La dernière mise à jour de la note de sectorisation a été faite en juillet 2023 par l'ARS, elle détaille les conditions et circonstances qui permettent de déterminer le secteur notamment pour une personne qui sortirait de prison sans domicile stable. Cette notion de secteur doit évidemment s'articuler avec les droits des patients tels que le libre choix du praticien, la continuité des soins, l'égal accès aux soins. Il est souvent dit que le secteur de psychiatrie est saturé et qu'il y a des listes d'attente. Cela n'est ni entièrement vrai ni entièrement faux. Il y a bien une importante saturation des dispositifs de la psychiatrie publique liée aux problématiques de ressources humaines, à l'intérieur comme à l'extérieur de la détention. Il y a également des dispositifs de psychiatrie publique qui ont été peu investis depuis ces trente dernières années, qui n'ont pas suivi l'augmentation des besoins de la population. De plus, il existe un autre frein qui est la mauvaise réactivité du dispositif de secteur de psychiatrie aux instabilités des patients.

Pour les personnes placées sous main de justice non détenues, il est possible de trouver des dispositifs de soins spécifiques non sectorisés de manière extrêmement variable d'un territoire à l'autre ou d'une région à l'autre. L'objectif est en premier lieu de favoriser l'accès aux soins de ces publics non détenus, qui peuvent avoir du mal à être identifiés par le secteur, à trouver les soins adéquats. Mais aussi, pour certaines populations qui ont des besoins de soins plus spécifiques, de pouvoir dispenser des soins plus spécialisés. On retrouve par exemple des dispositifs qui sont des consultations relais ou des consultations post-carcérales dont le but est de faire le relais en milieu ouvert, c'est à dire de l'intra carcéral à l'extra-carcéral.

Il existe également d'autres lieux, qui sont des dispositifs dédiés aux auteurs de violences sexuelles par exemple. Ces prises en charge mobilisent des outils différents qui sont déployés pour ces populations. Il existe aussi des centres de prise en charge pour auteurs de violences conjugales et dont la structuration est progressive.

Les dispositifs spécialisés non sectorisés sont souvent des petites structures avec des petites équipes, qui sont saturées avec une répartition territoriale inégale.

Se sont aussi créés des dispositifs d'appui aux professionnels qui interviennent face à des situations complexes (comme par exemple ETAPE qui appuie les professionnels des structures pour adolescents accompagnés par la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)).

Les soins pénalement ordonnés connaissent une inflation depuis plusieurs années, que le système de soins doit absorber d'une manière ou d'une autre. Il faut considérer les soins ordonnés comme une modalité d'accès aux soins. La Justice pose ainsi une contrainte et va suivre la personne condamnée, pour tenir cette contrainte.

Il existe en France trois modes de soins pénalement ordonnés, l'injonction thérapeutique, l'obligation de soins et l'injonction de soins.

L'obligation de soins est le dispositif le plus ancien, applicable en toute situation pénale, car le juge n'a pas besoin d'avoir une expertise psychiatrique ou psychologique pour pouvoir la poser. Elle peut poser cette obligation de soins en pré sententiel, en post-sententiel, ou à n'importe quel moment du parcours judiciaire. Il s'agit d'une mesure de suivi, obligeant la personne condamnée à mettre en place des soins de santé mentale.

L'injonction de soins a été construite en 1998 et était initialement destinée aux publics auteurs de violences sexuelles. Elle a ensuite été élargie à d'autres types de publics et vise à beaucoup mieux encadrer le soin pénalement ordonné et à mieux en poser l'indication. L'injonction de soins ne peut être mise en place que dans le cadre d'une condamnation. Il faut absolument qu'il y ait au moins une expertise psychiatrique qui mentionne l'opportunité de l'injonction de soins. Le suivi effectué par la justice est encadré et un tiers, le médecin coordonnateur de l'injonction de soins, désigné par le juge d'application des peines, oriente vers les soins appropriés, évalue la mesure de soins pénalement ordonnée, son évolution et sa bonne réalisation, il va faire un rapport au juge de l'application des peines et dire si les soins sont bien en place et s'ils sont adaptés.

Il faut cependant toujours se souvenir qu'aucun traitement ne peut être entrepris sans le consentement du patient. La personne placée sous main de justice reste libre de son choix de praticien et de son choix de soins, mais aussi libre de ne pas y aller. Cependant, si elle ne remplit pas cette obligation, elle encourt les conséquences que la justice a prévues, comme une réincarcération.

La question de l'articulation entre le dedans et le dehors est primordiale, il y a effectivement un risque de rupture dans les soins entre la détention et le post détention au moment de la sortie. Ce moment de la sortie est un moment critique dans le parcours de soins, et nécessite une attention toute particulière pour une bonne anticipation du relais, une orientation cohérente, voire un accompagnement individualisé temporaire. Des mesures et dispositifs restent à se structurer afin d'améliorer ce moment du parcours et éviter toute rupture.

**Ava Thirault et Daniel Pinede**