



En 2003, 85 000 personnes sont entrées en détention dans les établissements pénitentiaires français. La plupart d'entre elles ont bénéficié d'un entretien avec une équipe de soins psychiatriques aux fins de repérage d'éventuels troubles psychiques. 52% des entretiens réalisés dans les établissements dotés d'un service médico-psychologique régional (SMPR) et 20% des entretiens réalisés dans les autres établissements ont donné lieu à une préconisation de suivi psychiatrique. Le taux de recours des détenus aux soins psychiatriques peut à cet égard être estimé à 271 pour 1 000, soit un taux près de dix fois supérieur à celui observé pour l'ensemble de la population auprès des secteurs de psychiatrie générale. Il est sensiblement supérieur dans les établissements dotés d'un SMPR. L'essentiel de la prise en charge en milieu pénitentiaire est constitué de soins ambulatoires, sous la forme de consultations individuelles ou de groupe. Les contraintes pénitentiaires limitent, de fait, les hospitalisations qui s'effectuent le plus souvent avec le consentement du détenu, dans les locaux du SMPR. En établissement de santé, les hospitalisations d'office sont souvent de courte durée. Les SMPR coopèrent pour la prise en charge des détenus avec les autres intervenants directs en milieu pénitentiaire mais moins avec les secteurs de psychiatrie générale.

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

La prise en charge de la santé mentale des personnes détenues est confiée au service public hospitalier depuis 1986 (encadré 1). Le dispositif actuel repose sur les 26 secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire dont la structure de base est le Service médico-psychologique régional (SMPR) implanté en maison d'arrêt ou en centre de détention (encadré 2), et qui a la charge des établissements pénitentiaires de sa zone de rattachement et sur les secteurs de psychiatrie générale des zones géographiques concernées. Ces derniers interviennent au sein des unités de consultations et de soins ambulatoires (les UCSA, unités hospitalières implantées en milieu pénitentiaire) dans les établissements non directement couverts par les SMPR.

Secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et secteurs de psychiatrie générale ont en charge des missions communes : prévention, diagnostic, soins ambulatoires courants, suivi post-pénal, lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies au sein de leur établissement d'implantation. Avec leur consentement, les personnes détenues peuvent être hospitalisées au sein des SMPR si l'intervention des personnels de santé n'est pas requise la nuit. Dans tous les autres cas, l'hospitalisation se fait au sein des secteurs de psychiatrie générale selon les modalités de l'hospitalisation d'office¹.

Magali COLDEFY

Ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la Santé et des solidarités
Drees

1. En application de l'article D398 du Code de procédure pénale



L'organisation de la prise en charge de la santé mentale des personnes détenues

La prise en charge de la santé mentale des détenus est confiée au service public hospitalier depuis la parution du décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, instituant les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Le dispositif de prise en charge des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire a fait l'objet de renforcements successifs de moyens depuis la mise en œuvre de la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

Le dispositif actuel repose sur :

- les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, au nombre de 26, dont la structure de base est le Service médico-psychologique régional (SMPR). Situés dans l'enceinte des maisons d'arrêt ou des centres de détention, ils assurent les soins psychiatriques courants dans leur établissement pénitentiaire d'implantation ainsi que des soins plus intensifs (notamment l'hospitalisation avec consentement de la personne détenue) au profit des personnes détenues dans les établissements pénitentiaires de leur secteur d'intervention. Ils assurent également une mission de coordination régionale des prestations psychiatriques déléguées à la population pénale de leur aire de compétence (harmonisation des pratiques y compris dans la prise en charge des addictions) ;
- les secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile quand la population à prendre en charge le justifie, qui interviennent au sein des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). Ils réalisent les soins courants dans les établissements pénitentiaires relevant de leur secteur géographique. En 2003, 129 secteurs de psychiatrie générale ont déclaré intervenir en milieu pénitentiaire dans le cadre d'un protocole passé entre l'établissement de santé dont ils relèvent et l'établissement pénitentiaire.

Mis en place en 1986, les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire sont chargés de la prévention et de la prise en charge des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire. Contrairement aux secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile, leur aire géographique ne se réfère pas à un zonage géo-démographique, mais suit un découpage pénitentiaire par région. Un à cinq secteurs desservent une même région pénitentiaire. La structure de base du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire est le SMPR. Rattachés à un établissement de santé, ces services sont situés dans l'enceinte des maisons d'arrêt ou des centres de détention. Ils mettent en œuvre des actions de prévention, de diagnostic, de soins des troubles mentaux au bénéfice de la population incarcérée au sein de l'établissement où ils sont implantés ou en provenance des établissements pénitentiaires relevant de ce secteur psychiatrique.

Il existe, en France en 2003, 26 secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Les derniers créés sont ceux de Châteauroux, Châlons-en-Champagne, Basse-Terre et Pointe-à-Pitre en 1996 et 1997. Certaines régions administratives sont dépourvues de SMPR en raison de leur faible population pénale (Auvergne, Corse, Franche-Comté, Guyane, Limousin).

Sur les 26 SMPR, vingt sont rattachés à des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, trois à des centres hospitaliers régionaux, deux à des centres hospitaliers généraux et un SMPR est rattaché à un hôpital psychiatrique privé (HPP) faisant fonction de public.

18 sont situés dans des maisons d'arrêt, établissements pénitentiaires qui reçoivent les prévenus (détenus en attente de jugement) et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an. De par le type de population accueillie, les flux sont importants et les maisons d'arrêt constituent le lieu propice à un premier dépistage d'éventuelles pathologies mentales. Huit sont implantés dans des centres pénitentiaires, soit des établissements qui comprennent au moins deux quartiers à régime de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale).

11 SMPR ont installé des antennes dans un ou plusieurs établissements pénitentiaires de leur secteur. Les antennes ne proposent que des prestations ambulatoires : consultations, activités à temps partiel. 16 SMPR interviennent également dans d'autres établissements pénitentiaires de leur secteur, sans y

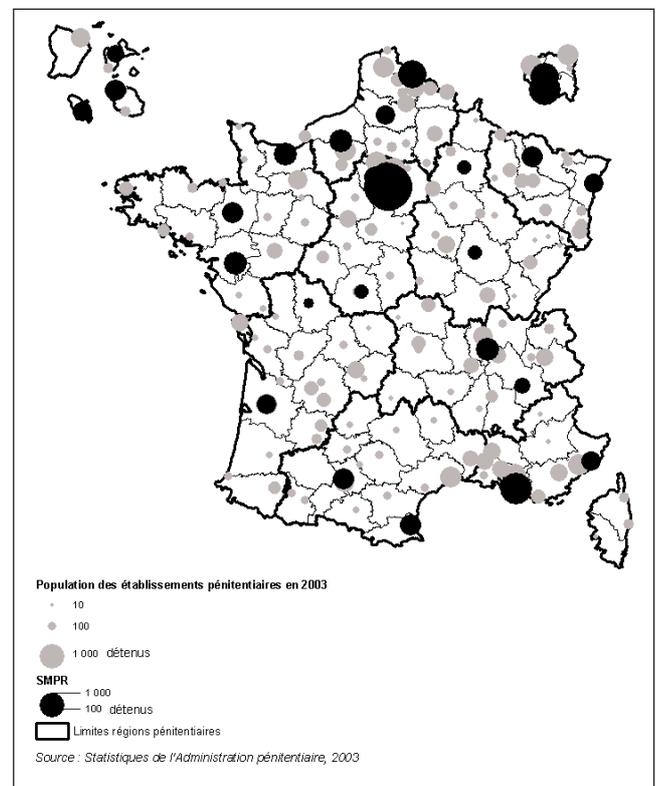
avoir de locaux ou de personnels spécifiques. Au total, 99 établissements pénitentiaires sur les 188 existants sont ainsi couverts par les équipes de psychiatrie de secteur en milieu pénitentiaire. Bien que l'arrêté du 10 mai 1995 rattache l'ensemble des établissements pénitentiaires (exceptés ceux des territoires d'outre-mer) à un secteur, l'éloignement géographique des structures ne permet en effet pas aux secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire de prendre en charge l'ensemble des détenus des établissements concernés. Les détenus des autres établissements sont suivis par les secteurs de psychiatrie générale.

21 SMPR disposent d'un centre de soins spécialisés pour toxicomanes, 16 sont organisés en unité fonctionnelle. 10 SMPR disposent également d'un centre de cure ambulatoire en alcoologie, dont 4 sont organisés en unité fonctionnelle.

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

Les unités pour malades difficiles (UMD) prennent en charge les patients qui le justifient pour des raisons médicales, y compris lorsqu'il s'agit de patients détenus. Au nombre de quatre (situées à Cadillac en Gironde, Montfavet dans le Vaucluse, Sarreguemines en Moselle et Villejuif dans le Val-de-Marne), elles sont destinées à recevoir les patients dont l'état mental peut être dangereux pour autrui. Ces patients ne peuvent être maintenus dans une unité d'hospitalisation ordinaire et des protocoles thérapeutiques assortis de mesures de sûreté particulières doivent être mis en œuvre dans une unité spécialement organisée à cet effet.

Établissements pénitentiaires et SMPR en 2003



Le repérage des troubles psychiques auprès des entrants en détention

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

Dans les établissements ne disposant pas de SMPR, cet entretien est réalisé par les équipes des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA)² (parfois doublé d'un entretien avec les équipes des secteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile) qui effectuent un bilan somatique et psychiatrique. Ce bilan a donné lieu en 2003 à la prescription d'une prise en charge psychiatrique pour un entrant en détention sur cinq³ par le secteur de psychiatrie générale intervenant en milieu pénitentiaire.

Dans les établissements disposant d'un SMPR, un entretien d'accueil est réalisé par l'équipe du SMPR avec chaque nouvel arrivant dans son établissement d'implantation. Cet entretien permet un dépistage précoce des détresses et troubles psychiques divers, des maladies mentales avérées, ainsi que des conduites de consommation abusive d'alcool, drogue ou médicaments⁴. Il permet aussi de présenter les prestations proposées par le SMPR.

Pendant l'année 2003, 51 680 personnes⁵ sont entrées en détention (40 300 provenant de l'état de liberté, les autres transférés d'un autre établissement) dans les 26 établissements pénitentiaires où des SMPR sont implantés⁶. Chaque SMPR aurait donc dû voir en moyenne 2 000 entrants en détention.

2. Les UCSA sont des unités hospitalières implantées en milieu pénitentiaire assurant les soins somatiques et psychiatriques incluant la prévention, l'organisation des soins en milieu hospitalier ainsi que la continuité de soins en fin de détention.

3. MOUQUET Marie-Claude, *La santé des personnes entrées en prison en 2003*, Drees, *Etudes et Résultats*, 2005.

4. CHRU de Lille, *Rapport d'activité 2003 du SMPR*.

5. Chiffres de l'administration pénitentiaire : présents au 1^{er} janvier 2003 et entrants dans l'année. Un détenu transféré dans différents établissements au cours de l'année sera comptabilisé à chaque fois comme un nouvel entrant.

6. Les établissements pénitentiaires lieux d'implantation des SMPR ont reçu 45% des entrants en détention en 2003.

E•2

Le milieu pénitentiaire : définitions et données de cadrage

Au 1^{er} juillet 2003, la France (métropole, départements, territoires d'outre-mer et collectivités territoriales) compte 188 établissements pénitentiaires :

118 maisons d'arrêt qui reçoivent les prévenus (personne détenue dans un établissement pénitentiaire qui n'a pas encore été jugée ou dont la condamnation n'est pas définitive) et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an ;

57 établissements pour peine dont :

- *24 centres de détention qui accueillent les condamnés d'un an et plus considérés comme présentant les perspectives de réinsertion les meilleures, le régime de détention est principalement orienté vers la resocialisation des détenus ;*
- *28 centres pénitentiaires qui comprennent au moins deux quartiers à régimes de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou centrale) ;*
- *5 maisons centrales qui reçoivent les condamnés les plus difficiles, avec régime de détention fortement axé sur la sécurité ;*

13 centres autonomes de semi-liberté qui accueillent des condamnés admis au régime de la semi-liberté ou du placement extérieur sans surveillance.

Au 1^{er} juillet 2003 la population pénale incarcérée dans ces établissements était de 60 963 détenus dont :

- *21 925 prévenus et 39 038 condamnés,*
- *2 275 femmes détenues, soit 3,7% de l'ensemble*
- *833 mineurs, soit 1,4% de la population pénitentiaire*

La durée moyenne de détention (rapport du nombre moyen de détenus aux entrées en détention) est de 8,4 mois en 2003.

Parmi les condamnés en détention au 1^{er} juillet 2003 :

- *31,4% ont été condamnés à une peine inférieure à un an ;*
- *23,7% de 1 à 3 ans ;*
- *10,2% de 3 à 5 ans ;*
- *34,7% de 5 ans et plus.*

Sources :

Ministère de la Justice, Les chiffres clés de la Justice, octobre 2004, 39p.

Ministère de la Justice, Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire, juillet 2003, 12p.

3

E•3

Sources et méthodes

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

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

Les données de cette enquête, réalisée tous les trois ans, portent sur :

- *le personnel médical et non médical ;*
- *les équipements des secteurs ;*
- *la pratique des équipes dans la prise en charge des patients, en interne ou en lien avec des intervenants extérieurs, et dans leurs activités de prévention, formation... ;*
- *l'organisation de la réponse à certains problèmes (situations difficiles auxquelles sont confrontées les équipes soignantes) ;*
- *la file active définie comme " l'ensemble des patients vus au moins une fois dans l'année par un des membres de l'équipe du secteur ", et ses modalités de prise en charge.*

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

Ont été exclus du champ des établissements pénitentiaires et des calculs de taux y afférant, les établissements des territoires et collectivités d'outre-mer (Nouvelle Calédonie, Polynésie française, Mayotte, Wallis-et-Futuna, Saint-Pierre-et-Miquelon) qui recensaient en 2003, une population moyenne de 786 détenus et 919 entrants dont 904 de l'état de liberté.

T
• 01

les modalités de prise en charge dans les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire en 2003

	Nombre total (estimation nationale)		Nombre moyen par secteur	
	Patients	Jours, séances ou actes	Patients	Jours, séances ou actes
File active totale	54 248		2 086	
Vus pour la 1 ^{ère} fois	29 836		1 148	
Vus une seule fois	20 451		787	
Ambulatoire	49 539		1 905	
Exclusivement ambulatoire	42 984		1 653	
Entretien d'accueil par le SMPR	32 688	35 977	1 257	1 384
<i>Soins ou interventions :</i>				
Au SMPR	21 050	296 966	810	11 422
En établissement pénitentiaire d'implantation	11 237	158 159	432	6 083
Au quartier disciplinaire	601	3 562	26	
En autre établissement pénitentiaire	2 082	13 818	80	
En structure extérieure à la prison	1 386	8 386	53	323
Au domicile ou institution substitutive au domicile	16	27	1	
En unité de soins	48	83	2	
Autre ambulatoire	4 064	17 352	156	667
Temps partiel	3 674		141	
Exclusivement temps partiel	550		21	
<i>Accueil en :</i>				
Hospitalisation de jour ou assimilée	131	4 014	5	154
Atelier thérapeutique au SMPR	1 495	9 253		
Atelier thérapeutique en autre établissement pénitentiaire	127	481		
Atelier thérapeutique en structure extérieure à la prison	0	0		
Activité thérapeutique à temps partiel au SMPR	1 322	15 286	51	588
Activité thérapeutique à temps partiel en autre établissement pénitentiaire	151	835	6	32
Activité thérapeutique à temps partiel en structure extérieure à la prison	9	28		
Autre temps partiel	465	26 806	18	1 031
Temps complet	1 377		53	
Exclusivement temps complet	447		17	
<i>Accueil en :</i>				
Hospitalisation temps plein avec permanence de l'équipe soignante	299	17 845	12	686
Hospitalisation temps plein sans permanence de l'équipe soignante	1 293	89 870	50	3 457
Interventions en dehors de la présence du patient				
Auprès d'un professionnel d'une structure de la justice	2 153	2 552	83	98
Auprès d'un professionnel d'une structure de soins	1 157	2 447	44	94
<i>Champ : France entière</i>				
<i>Source : Drees, Rapports de secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, 2003</i>				

En pratique, les équipes ont rencontré 63% des entrants en détention dans leurs établissements (encadré 3). Cet écart s'explique surtout par le fait que certains entrants ne restent pas suffisamment longtemps dans l'établissement pour que cet accueil soit réalisé : transferts pénitentiaires rapides, situations de transit, remise en liberté peu après la mise sous écrou. La personne incarcérée peut également refuser cette rencontre. D'autre part, deux SMPR, implantés dans deux des plus importants établissements pénitentiaires français (Les Baumettes à Marseille et La Santé à Paris) ne réalisent pas cet entretien systématique avec chaque nouvel entrant. Dans ces établissements, le SMPR ne prend en charge que les détenus signalés par les équipes des UCSA ou d'autres intervenants en contact avec les arrivants (Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), surveillants pénitentiaires).

Deux SMPR déclarent que cet entretien est réalisé exclusivement par un médecin. Dans huit SMPR, c'est un autre professionnel qui le réalise, généralement un infirmier. Dans les autres SMPR, c'est indifféremment un médecin et/ou un autre professionnel qui effectue cet entretien d'accueil, cet autre professionnel étant soit un infirmier, soit un psychologue.

Finalement, chaque SMPR a vu en moyenne 1 257 nouveaux détenus durant l'année 2003 dans le cadre de ces entretiens d'accueil (tableau 1). L'enquête réalisée en juin 2001 par la Drees et le Groupe français d'épidémiologie psychiatrique auprès des entrants dans les établissements d'implantation de SMPR avait montré que 52% de ces entretiens donnaient lieu à une préconisation de suivi psychiatrique⁷. Suite à l'entrée en détention, la prescription d'une prise en charge psychiatrique est plus élevée dans les établissements disposant d'un SMPR, accréditant l'hypothèse d'une plus grande facilité d'accès à ce type de prise en charge au sein de ces établissements.

7. COLDEFY M., FAURE P., PRIETO N., *La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux*, Drees, *Etudes et Résultats* n° 181, juillet 2002

Un recours aux soins de santé mentale 10 fois supérieur à celui observé en population générale...

Au total, en 2003, on peut estimer que plus de 67 000 détenus, soit 40% de la population carcérale⁸, ont été vus au moins une fois par une équipe de psychiatrie, sachant que 54 250 l'ont été par l'équipe soignante des SMPR. Parmi ces derniers, 38% n'ont été vus qu'une seule fois dans l'année. Ce sont pour la plupart des entrants en détention qui ont été vus par un membre de l'équipe soignante lors de l'entretien d'accueil et pour lesquels un suivi psychiatrique n'a pas été jugé nécessaire ou n'a pu être mis en place (transfert, sortie ou refus du détenu). En excluant ces monoconsultants de la file active totale⁹, on obtient un taux de recours¹⁰ aux soins de santé mentale de 271 pour 1 000 détenus¹¹. Ce taux est très supérieur à celui observé en population générale¹² auprès des seuls secteurs de psychiatrie (25 pour 1 000 en 2000). Signalons toutefois qu'il peut y avoir des recours privés en population générale auprès de structures non sectorisées ou de psychiatres de ville. Ce surplus de recours aux soins psychiatriques tient en partie aux caractéristiques démographiques et sociales de la population incarcérée, qui cumule les risques de vulnérabilité¹³, et au sein de laquelle les conduites addictives sont très répandues (54% des entrants en détention en 2003 déclarent consommer au moins une substance psycho-active : psychotropes, alcool, drogues illicites). D'autre part, l'incarcération elle-même génère ou augmente certains risques (isolement affectif, promiscuité, inactivité...). Les risques de suicide sont éga-

lement majorés à certains moments du parcours pénitentiaire : lors des premières semaines de détention, de placement en quartier disciplinaire, avant un jugement... La proportion de nouveaux détenus ayant déclaré avoir fait une tentative de suicide dans les douze mois précédant l'incarcération est ainsi 22 fois plus élevée qu'en population générale¹⁴.

... et trois fois supérieur dans les établissements dotés d'un SMPR

La probabilité pour un détenu de recourir aux soins de santé mentale varie aussi fortement selon l'établissement d'incarcération. Ainsi, 430 détenus sur 1 000 incarcérés dans un établissement pénitentiaire disposant d'un SMPR ou d'une antenne SMPR ont bénéficié en 2003 d'une prise en charge psychiatrique¹⁵ contre 144 pour les établissements non dotés d'un SMPR. La vocation régionale des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, dans les faits limitée¹⁶, ne permet pas d'expliquer la différence observée. C'est donc également la possibilité qu'ont les détenus d'accéder à des soins de proximité, qui semble influencer sur leur recours aux soins psychiatriques.

Une prise en charge essentiellement ambulatoire sous forme de consultations individuelles

L'essentiel de la prise en charge effectuée en milieu pénitentiaire est

constitué de soins ambulatoires. C'est même la seule modalité de prise en charge proposée au sein de l'établissement lorsqu'il n'existe pas de SMPR, avec près de 13 000 détenus vus en consultation ou en groupe thérapeutique, le plus souvent dans les locaux de l'UCSA.

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

77% des SMPR estiment qu'une consultation avec un médecin pour une première demande de soins (hors urgence) peut être obtenue en moins d'une semaine ; elle peut l'être en moins de trois jours dans 38% des SMPR. Cependant, le délai d'attente pour ce premier rendez-vous est évalué à plus de deux semaines dans quatre services.

Pour un entretien avec un autre professionnel, les délais sont légèrement plus rapides : 42% des SMPR disent pouvoir proposer un entretien dans les trois jours suivant la demande, et seuls deux SMPR ne peuvent le faire avant deux semaines.

8. Présents au 1^{er} janvier 2003 + entrants dans l'année (transferts et état de liberté). Un détenu transféré dans différents établissements au cours de l'année sera comptabilisé à chaque fois comme un nouvel entrant, de même qu'un détenu vu dans plusieurs SMPR ou secteurs de psychiatrie générale sera comptabilisé dans l'activité de chaque structure.

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

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

11. Le taux calculé ainsi paraît cependant sous-estimé car le taux de recours réel, qui peut être calculé pour les deux SMPR ne réalisant pas d'entretien systématique d'accueil des nouveaux arrivants, dépasse 340 pour 1 000 détenus dans ces deux établissements.

12. Taux calculé sur la population au 1^{er} janvier 2003 + les naissances et immigrants dans l'année.

13. MOUQUET Marie-Claude, *La santé des personnes entrées en prison en 2003*, Drees, *Etudes et Résultats*, 2005.

14. *Op. cit.*

15. Supérieure à une fois dans l'année.

16. Le nombre de patients consentants hospitalisés en SMPR en provenance d'un autre établissement était estimé à moins de 400 en 1999.

Des activités de groupes thérapeutiques inégalement développées

Tous les SMPR déclarent réaliser des activités de groupe à visée psychothérapique, réunissant plusieurs détenus pour un échange de paroles ou l'exercice d'une activité. Ce mode de prise en charge paraît être une réponse souvent intéressante aux besoins de soins des personnes incarcérées. Il est cependant plus difficile à mettre en place dans les établissements dépourvus de SMPR puisque seuls 30% des secteurs de psychiatrie générale intervenant en milieu pénitentiaire déclarent mener des activités de groupe au sein de l'établissement.

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

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

La préparation à la sortie et le suivi post-pénal font également partie des

missions des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

81% des SMPR déclarent participer à une activité individualisée de préparation à la sortie, destinée à faciliter la réinsertion des détenus et leur intégration dans un processus de continuité des soins. Celle-ci se fait en lien avec les services sanitaires, sociaux et pénitentiaires de l'établissement (SPIP).

85% des SMPR déclarent en outre avoir une activité post-pénale pour les détenus suivis pendant leur incarcération qui nécessitent une poursuite des soins en milieu ouvert. En 2003, 1 400 patients ont été vus par les équipes des SMPR, à domicile ou dans une structure extérieure à la prison (soit 4% de la population suivie plus d'une fois dans l'année), le plus souvent le centre médico-psychologique du secteur géographique.

Une hospitalisation au SMPR souvent assimilable à une hospitalisation de jour

L'hospitalisation au sein d'un établissement disposant d'un SMPR ne peut se faire qu'avec le consentement du détenu (encadré 4), les détenus des autres établissements devant alors être transférés vers ces structures ou hospi-

talisés selon les modalités de l'hospitalisation sans consentement (au titre de l'article D398 du Code de procédure pénale) dans un établissement de santé habilité. Mais les transferts sont relativement peu fréquents, aboutissant à des inégalités de prise en charge des détenus selon les lieux d'incarcération.

Les équipes soignantes essaient d'admettre les patients nécessitant une hospitalisation le plus rapidement possible au SMPR. Mais moins de la moitié disent toujours être en mesure d'hospitaliser un patient le jour même, tandis que 27% le peuvent souvent, et 31% ne le peuvent que parfois ou jamais.

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

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

Vingt SMPR sur vingt-six réalisent une hospitalisation sans permanence de nuit, pouvant être assimilée à une hospitalisation de jour, même si dans certains services, le patient reste hébergé la nuit sans surveillance infirmière. 360 lits ou places sont destinés à une telle prise en charge, soit 18 en moyenne par secteur, ce nombre pouvant varier de 5 à 29. Plus de 1 400 patients ont été hospitalisés ainsi en 2003, pour une durée moyenne de séjour de 66 jours dans l'année. La durée moyenne de séjour est très variable d'un SMPR à l'autre et peu représentative des entrées

6

E•4

L'évolution récente du dispositif de prise en charge psychiatrique des personnes détenues

La loi d'orientation et de programmation pour la justice n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 réforme les modalités d'hospitalisation psychiatrique des personnes détenues et amène à une redéfinition de l'organisation globale de la prise en charge psychiatrique de ces personnes. Elle prévoit, dans son article 48 que :

- *l'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée (UHSA) ;*
- *la procédure prévue pour les hospitalisations dans les UHSA sans consentement est identique à celle utilisée pour les hospitalisations d'office de la population générale, ouvrant ainsi les indications de l'hospitalisation sur demande d'un tiers aux personnes détenues ;*
- *les modalités de garde, d'escorte et de transport des personnes détenues hospitalisées pour troubles mentaux seront fixées par un décret en conseil d'Etat.*

Cette réforme aura pour corollaire la suppression à terme de l'hospitalisation à temps complet au SMPR. Toutefois, dans l'attente de la prise en charge par les unités hospitalières spécialement aménagées, l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux continue d'être assurée par un service médico-psychologique régional ou un établissement de santé habilité dans les conditions prévues par les dispositions réglementaires prises sur le fondement des articles L. 6112-1 et L. 6112-9 du même code.

et sorties des patients. Certains patients ne séjournent que quelques jours à quelques semaines dans un contexte de crise aiguë, d'autres peuvent séjourner des mois, lorsqu'il s'agit de pathologies psychiatriques graves mal stabilisées ou non stabilisables¹⁷.

Par ailleurs, la totalité des SMPR ne propose pas ce type de prise en charge. Quatre SMPR n'offrent en effet que des prises en charge ambulatoires (ou à temps partiel sous forme d'atelier ou d'activité thérapeutique) et adressent leurs patients nécessitant une hospitalisation à un autre SMPR, ou à un établissement de santé habilité dans le cadre d'une hospitalisation d'office.

L'hospitalisation au sein des SMPR ne concerne donc au total qu'un nombre limité de détenus : moins de 3% d'entre eux¹⁸ ont ainsi été, en 2003, hospitalisés avec leur consentement dans ces structures.

Des conditions d'hospitalisation liées au cadre pénitentiaire

40% des lits d'hospitalisation sont situés dans des chambres individuelles, 42% dans des chambres à deux lits, et 19% dans des chambres à trois lits ou plus, proportions semblables à celles observées dans l'ensemble des secteurs de psychiatrie générale. Cependant, les conditions d'hospitalisation au SMPR ne sont pas réellement comparables à celles des services hospitaliers, les chambres d'hospitalisation ne se différenciant pas des cellules de détention dans dix-sept SMPR. Ces locaux non différenciés peuvent poser problème pour une prise en charge en termes de soins ; notamment en ce qui concerne l'existence de systèmes de réanimation de premier niveau, les risques liés aux lits métalliques en cas de crise, ou la présence de systèmes d'alerte.

Les chambres d'isolement sont utilisées sur indication médicale lorsque le patient présente un danger pour lui-même ou autrui du fait de sa situation clinique. Moins d'un quart des SMPR déclarent en 2003 disposer de chambres d'isolement, contre 84 % des secteurs de psychiatrie générale. Le nombre de journées d'occupation cumulées dans l'année, ainsi que le nombre de patients concernés par une mise en chambre d'isolement ont été difficilement recensés par les SMPR. Deux SMPR sur les six disent ne pas appliquer de protocole écrit de prise en charge des patients en chambre d'isolement, en remplissant pour chaque patient une fiche de suivi de mise en chambre d'isolement. Enfin, seul un SMPR dit autoriser, en cas d'urgence, un infirmier à décider de l'isolement d'un patient hospitalisé en liaison directe téléphonique avec les médecins, cette décision étant exclusivement le fait d'un médecin dans les autres services.

Des hospitalisations de courte durée en établissement psychiatrique

L'hospitalisation au SMPR ne peut se faire qu'avec le consentement du patient. L'article D398 du Code de procédure pénale prévoit l'hospitalisation d'office des détenus atteints de troubles mentaux qui ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire, en application de l'article L.3213-1 du Code de la santé publique. Les détenus atteints de troubles mentaux qui nécessitent des soins et qui compromettent, de manière grave, l'ordre public ou la sûreté des personnes, sont ainsi placés, sur décision du préfet et au vu d'un certificat médical, en hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité.

Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D394 du Code de procédure pénale, concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation. Ces hospitalisations dans des services de plus en plus ouverts et féminisés, peuvent parfois rencontrer certaines difficultés ou réticences de la part de l'équipe d'accueil.

Les données provisoires issues des rapports de secteurs de psychiatrie 2003 font état de 692 patients reçus au titre de l'article D398 du Code de procédure pénale, pour un total de 15 737 journées. 583 patients ont été adressés par les SMPR. Ces données semblent cependant sous-estimées, le rapport Santé/Justice sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus indiquait en 2001, 1 317 hospitalisations d'office de personnes détenues en établissement de santé ayant donné lieu à 60 370 journées d'hospitalisation. Avec 23 jours, cette durée moyenne de séjour cumulé dans l'année apparaît inférieure à celle observée en moyenne dans les secteurs de psychiatrie générale (45 jours en 2000).

Les secteurs de psychiatrie générale admettent toutefois relativement rapidement le patient suite à la demande d'hospitalisation au titre de l'article D398 du Code de procédure pénale. 89% des SMPR parviennent toujours à faire hospitalier le patient dans un délai inférieur ou égal à 3 jours, et le jour même pour cinq SMPR. Les SMPR de Fresnes (Val-de-Marne), Bordeaux (Gironde), et Fleury-Merogis (Essonne) rencontrent davantage de difficultés, l'hospitalisation ne se faisant pas avant deux jours et certains patients ayant dû attendre plus de 10 jours avant d'être admis à l'hôpital.

17. JUAN F., *Le dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral : évolution et actualités*, Thèse de médecine, 2005, Université d'Angers, 338 p.

18. Nombre de détenus hospitalisés au SMPR rapporté à la population moyenne. Ce taux descend à 1% si les patients hospitalisés sont rapportés aux présents au 1^{er} janvier + entrants dans l'année.

Des recours peu nombreux aux unités pour malades difficiles

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

Une gestion des situations de violence différente dans les SMPR

La prise en charge des patients en cas de comportements violents fait moins fréquemment l'objet d'un protocole écrit ou des règles de conduite écrites internes de la part des équipes soignantes des SMPR que dans les secteurs de psychiatrie générale (27% contre 62%). De même, la proportion de secteurs dont un ou plusieurs membres de l'équipe a bénéficié d'une formation adaptée aux situations de violence est en 2003 de 54% pour les SMPR et de 86% pour les secteurs de psychiatrie générale.

Les SMPR sont également moins nombreux à déclarer des accidents du

travail liés à des agressions (12% des SMPR contre 82% des secteurs de psychiatrie générale en 2003).

En milieu pénitentiaire ces différences de pratiques peuvent être liées au fait que la violence des détenus est davantage contenue par la présence de surveillants de l'administration pénitentiaire mis à disposition des SMPR (4 surveillants en moyenne par SMPR en 2003).

En ce qui concerne les comportements violents que les détenus peuvent subir vis-à-vis d'eux-mêmes, un peu plus de la moitié des SMPR (54%) disent avoir eu à faire face en 2003 à des tentatives de suicide sur les lieux de soins. Cette proportion est supérieure à celle déclarée par les secteurs de psychiatrie générale (42% en 2003), et le nombre moyen de tentatives observé paraît nettement plus élevé (100 tentatives recensées dans les neuf SMPR répondants). Il en est de même pour les suicides dans les lieux de soins, recensés en 2003 dans 19% des SMPR et dans 16% des secteurs de psychiatrie générale. Cinq SMPR ont ainsi dû faire face à 1 ou 2 suicides sur les lieux de soins au cours de l'année.

Le placement en cellule disciplinaire, qui sanctionne les détenus ayant commis une faute ou un incident dans l'établissement¹⁹, constitue une phase de l'incarcération pendant laquelle les risques de suicide sont majorés. Afin de prévenir ces risques, 62% des SMPR déclarent intervenir systématiquement auprès de chaque patient placé en quartier disciplinaire, connu de l'équipe soignante. Les autres le font sur signalement du médecin de l'unité de consultations et de soins ambulatoires, du personnel pénitentiaire ou du service pénitentiaire d'insertion et de probation. Seuls 22 SMPR sur 26 ont pu comptabiliser le nombre de patients vus au

quartier disciplinaire, il s'élève à 601, soit 26 patients en moyenne pour chaque SMPR, avec de fortes variations selon les établissements, ce nombre pouvant aller de 3 à 89, naturellement plus élevé dans les SMPR effectuant une visite systématique.

En cas de suicide d'un détenu, que ce soit dans ou en dehors des lieux de soins, 88% des SMPR disent proposer systématiquement une aide et un soutien aux codétenus, la moitié des SMPR proposent une aide et un soutien aux professionnels de l'établissement, et 31% le font en direction des familles.

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

Pour la prise en charge des patients, les équipes des SMPR sont amenées à travailler avec d'autres intervenants au sein du milieu pénitentiaire, que ceux-ci appartiennent au secteur sanitaire (UCSA, secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile), ou aux secteurs pénitentiaire et judiciaire²⁰. Ces relations s'établissent, soit autour de la prise en charge directe des patients, soit lors de réunions de coordination institutionnelle. Ces actions de coordination et de concertation constituent une part importante du travail des équipes des SMPR, et permettent une meilleure cohérence des soins et de la prise en charge du patient dans son parcours pénitentiaire.

L'UCSA, partenaire essentiel

Les relations les plus fréquentes concernant la prise en charge des patients sont généralement établies avec l'UCSA qui est elle aussi implantée dans l'établissement pénitentiaire :

19. Pendant la durée de la sanction, le détenu est isolé et privé d'achats en cantine, de visites et de toute activité. L'article D251-4 du code de procédure pénale prévoit qu'un médecin examine sur place chaque détenu au moins deux fois par semaine, et aussi souvent qu'il l'estime nécessaire. La sanction est suspendue si le médecin constate que son exécution est de nature à compromettre la santé du détenu.

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

96% des SMPR disent être toujours ou souvent en relation directe avec cette unité lorsqu'ils suivent un patient. Cela s'explique en partie par la proximité habituelle des deux structures. Ces rencontres sont l'occasion d'échanges sur les traitements et modalités de prise en charge. La prescription médicale est l'occasion de relations entre les unités somatiques et psychiatriques, même si un réseau informatique entre l'UCSA, le SMPR et la pharmacie n'a été mis en place qu'exceptionnellement dans deux établissements (à Rennes et Châlons en Champagne). Si l'UCSA apparaît relativement souvent associée à la prescription de psychotropes (tableau 2), elle l'est moins pour les produits de substitution tels que la méthadone et le Subutex®. En milieu ordinaire, le traitement par méthadone ne peut être initié que par un centre de soins spécialisé pour les toxicomanes, alors que le Subutex® peut être prescrit par tout médecin. Cette différenciation se retrouve en milieu pénitentiaire, l'UCSA n'étant que rarement associée à la prescription de méthadone.

Des réunions de coordination institutionnelle avec les UCSA ne sont toutefois réalisées que par 77% des SMPR. Généralement mensuelles, la fréquence peut varier d'une réunion annuelle à une réunion hebdomadaire selon les structures. Ces réunions visent de façon générale à coordonner les pratiques des équipes concernant le dossier médical

du patient, la prescription et l'administration des médicaments, la continuité des soins et des traitements.

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

Outre les surveillants affectés au SMPR, les équipes des SMPR entretiennent également souvent des relations directes avec les personnels pénitentiaires (85% des SMPR disent être toujours ou souvent en relation directe pour un patient suivi).

Le Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) constitue notamment un partenaire important dans la prise en charge des patients. 81% des SMPR disent ainsi avoir toujours ou souvent une relation directe avec ce service chargé de préparer la réinsertion des détenus et des condamnés libres, grâce au recours à des dispositifs d'insertion (hébergement, emploi, suivi médical...)²¹. Des réunions de coordination institutionnelle avec les équipes du SPIP sont organisées par la plupart des SMPR (en moyenne 6 par an). Là encore, la fréquence des réunions varie d'une à douze fois par an.

Les relations liées à la prise en charge des patients sont plus ponctuelles entre les SMPR et les juges d'application des peines ou les services de protection judiciaire de la jeunesse

(PJJ). Les premiers ne sont par ailleurs rencontrés que par 42% des SMPR dans le cadre de réunions de coordination institutionnelle (en moyenne 4 par an). Par contre, lorsque les SMPR ont à prendre en charge des mineurs, des réunions fréquentes (14 par an en moyenne) sont organisées avec les services de la PJJ.

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

Les relations des SMPR avec les secteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile sont moins systématiques pour le suivi des patients, et la gestion des hospitalisations d'office peut en être un aspect qui accroît leur complexité. Toutefois, 62% des SMPR sont toujours ou souvent en relation avec eux, et 46% d'entre eux organisent des réunions de coordination institutionnelle avec les secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile (en moyenne 8 rencontres annuelles). Une telle coordination avec les autres secteurs de psychiatrie apparaît toutefois indispensable à la qualité de la continuité des soins à l'entrée, pour les patients déjà suivis par le système de soins, et à la sortie de détention.

Une activité de formation et recherche en milieu pénitentiaire

La formation des professionnels constitue une dernière facette de l'activité des SMPR. Près de la moitié des SMPR disent avoir formé des professionnels pénitentiaires et judiciaires. Le nombre de demi-journées réalisées varie de 3 à 23 selon les SMPR. Neuf SMPR ont également effectué des formations auprès des équipes de secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile (de 1 à 19 demi-journées).

T prescriptions médicales

•02

en %

	Prescription exclusive par le SMPR	Prescription exclusive par l'UCSA	Prescription SMPR-UCSA
Psychotropes	42,3	0,0	57,7
Méthadone	84,6	3,9	11,5
Subutex	61,5	7,7	30,8

Champ : France entière

Source : Drees, Rapports de secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, 2003

21. Décret n°99-276 modifiant le code de procédure pénale et portant création des services pénitentiaires d'insertion et de probation.

La quasi-totalité des équipes des SMPR (88%) a également accueilli des stagiaires soignants dans le courant de l'année 2003. Huit stagiaires ont ainsi été accueillis en moyenne par équipe (avec un maximum de 19 stagiaires accueillis). Cette pratique est moins répandue pour les non soignants : 62% des SMPR ont accueilli des stagiaires non soignants en 2003, quatre en moyenne dans l'année.

Enfin, la recherche semble plus développée dans les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire que dans les secteurs de psychiatrie générale : 81% des premiers déclarent avoir participé à des travaux de recherche en 2003, contre 44% des secteurs de psychiatrie générale en 2000.

Des moyens en personnel supérieurs à ceux des secteurs de psychiatrie générale eu égard à la population couverte, mais inférieurs au regard du nombre de patients pris en charge

T •03 les personnels des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et des secteurs de psychiatrie générale

	Personnels mobilisés eu égard à la population couverte*		Personnels mobilisés en regard de la population prise en charge**	
	Equipe Smpr en 2003	Equipe de secteur de psychiatrie générale en 2000	Equipe Smpr en 2003	Equipe de secteur de psychiatrie générale en 2000
Population moyenne de référence	5 332	54 013	1 299	1 045
ETP rémunérés :	pour 100 000 individus		pour 1000 patients	
- Médecins	72,9	9,8	3,0	5,1
- Internes	7,8	1,7	0,3	0,9
- Secrétaires médicales	37,4	5,9	1,5	3,1
- Personnel infirmier	188,0	99,6	7,7	51,5
- Psychologues	57,1	4,6	2,3	2,4
- Personnel socio-éducatif	19,6	5,4	0,8	2,8
- Personnel de rééducation	4,5	1,7	0,2	0,9
- Autre personnel soignant	5,0	28,3	0,2	14,6
- Autre personnel	2,0	2,2	0,1	1,1
Total ETP	394,4	159,2	16,2	82,3

* Pour les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, il s'agit du nombre d'entrants en provenance de l'état de liberté en 2003 + les présents au 1^{er} janvier. Pour les secteurs de psychiatrie générale, il s'agit de la population moyenne âgée de 20 ans ou plus desservie par un secteur de psychiatrie générale.

** File active corrigée des patients vus une seule fois dans l'année.

Champ : France entière

Source : Drees, Rapports de secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, 2003

10

À première vue, les moyens consacrés à la psychiatrie en milieu pénitentiaire semblent nettement plus importants qu'en direction de la population générale²².

En 2003, pour une population moyenne de près de 60 000 détenus et un flux de 85 000 entrants de l'état de liberté, on compte ainsi 112 équivalents temps plein (ETP) de médecins et 435 ETP non médicaux exerçant dans les SMPR, ainsi que 61 ETP de médecins et 357 ETP non médicaux des équipes secteurs de psychiatrie générale intervenant en milieu pénitentiaire (tableau 3). En 2000, dans la population générale, pour un secteur couvrant en moyenne 54 000 habitants âgés de plus de 20 ans, les effectifs moyens s'élevaient à 6,2 ETP médicaux et 79,8 ETP non médicaux²³, soit près de 28 fois moins de personnel

médical et 10 fois moins de personnel non médical. La part du personnel médical est plus importante dans le personnel intervenant en milieu pénitentiaire que dans la moyenne des équipes des secteurs de psychiatrie générale.

Cependant, compte tenu de l'importance des flux d'entrants et de l'ampleur de la morbidité psychiatrique en prison, ce constat doit être nuancé. En effet, si la taille de la population à couvrir par l'ensemble des SMPR est globalement proche de celle d'un secteur moyen de psychiatrie générale, la proportion de détenus utilisant le système de soins psychiatriques s'avère beaucoup plus importante. Les taux de recours aux soins psychiatriques en milieu pénitentiaire apparaissent ainsi 10 fois supérieurs à ceux en observés en population générale.

En regard du nombre de patients pris en charge en détention, les moyens en personnel mobilisés par les SMPR apparaissent donc finalement inférieurs à ceux observés en psychiatrie générale, et ce, pour toutes les catégories de personnel.

Les établissements pénitentiaires sont inégalement couverts par les équipes de santé mentale selon qu'ils sont sièges d'un SMPR ou pas. Les établissements d'implantation des SMPR concentrent ainsi 42% de la population pénale et disposent de 56% des effectifs soignants exerçant en milieu pénitentiaire. Dans les secteurs de psychiatrie générale intervenant dans le milieu pénitentiaire, les disparités sont en outre très importantes, l'investissement de certains secteurs se limitant à quelques vacations hebdomadaires.

22. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère de la Justice, *Améliorer la prévention et la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, avril 2002, 65 p.

23. COLDEFY M., *Les secteurs de psychiatrie générale en 2000*, Drees, Document de travail, série Etudes n°42, mars 2004.

Pour en savoir plus

- *Actes du colloque « Santé en prison » Dix ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ?*, 7 décembre 2004, 108 p.
- *Assemblée Nationale, MERMAZ L., FLOCH J.*, Commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises, 2000, 325 p.
- *BARON-LAFORÊT Sophie*, « *Psychiatrie en milieu pénitentiaire* », in *La santé mentale des Français*, Ed. Odile Jacob, 2002, pp 289-301.
- *COLDEFY M., FAURE P., PRIETO N.*, « *La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux* », *Études et Résultats*, n° 181, juillet 2002, Drees.
- *COLDEFY M.*, « *Les secteurs de psychiatrie générale en 2000* », Document de travail, série Études, n°42, mars 2004, Drees.
- *Direction de l'administration générale et de l'équipement, sous-direction de la statistique, des études et de la documentation*, Les chiffres clés de la Justice, octobre 2003 et octobre 2004.
- *Haut comité de Santé publique*, Santé en milieu carcéral, janvier 1993.
- *JUAN F.*, Le dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral : évolution et actualités, *Thèse de médecine*, 2005, Université d'Angers, 338 p.
- *Ministère de l'Emploi et de la solidarité, ministère de la Justice*, Améliorer la prévention et la prise en charge sanitaire des personnes détenues, avril 2002, 65 p.
- *Ministère de la Justice – Inspection générale des services judiciaires, ministère de l'Emploi et de la solidarité - Inspection générale des affaires sociales*, L'organisation des soins aux détenus : rapport d'évaluation, juin 2001, 169 p.
- *Ministère de la Santé et de la protection sociale, ministère de la Justice*, Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, septembre 2004, 177 p.
- *Ministère de la Santé et des solidarités*, Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, 2005, 98 p.
- *MOUQUET Marie-Claude*, « *La santé des personnes entrées en prison en 2003* », *Études et Résultats*, 2005, Drees.
- *Sénat*, Prisons : une humiliation pour la République, *Session ordinaire de 1999-2000, rapport n°449*, 142 p.
- *Site d'information sur les prisons* :
<http://www.prison.eu.org>

Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement
Ministère de la Santé et des Solidarités
11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

Internet : www.sante.gouv.fr/html/publication
Tél. : 01 40 56 81 24



- un hebdomadaire :

Études et Résultats

consultable sur Internet

abonnement gratuit à souscrire auprès de la Drees
télécopie : 01 40 56 80 38
www.sante.gouv.fr/html/publication

- des revues trimestrielles :

Revue française des affaires sociales

revue thématique

dernier numéro paru :

« Politiques sociales, politiques sanitaires, société »
n° 3, juillet - septembre 2005

Dossiers Solidarité et Santé

revue thématique

derniers numéros parus :

« Études diverses »
n° 2, avril - juin 2005

- des ouvrages annuels :

Données sur la situation sanitaire et sociale en France

Comptes nationaux de la santé

Comptes de la protection sociale

- et aussi...

Statiss, les régions françaises

Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS

consultable sur Internet :

www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm



Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française

29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07

tél. : 01 40 15 70 00

Internet : www.ladocfrancaise.gouv.fr