

## SOUS CONTRAINTES

# État des lieux des services médicopsychologiques régionaux

Fabien Juan<sup>1</sup>, Anne-Sophie Chocard<sup>2</sup>, Michel David<sup>3</sup>

### RÉSUMÉ

Les 26 services médicopsychologiques régionaux (SMPR) ont été créés en 1986. Qu'en est-il aujourd'hui, de leur fonctionnement et de l'accomplissement de leurs missions de soins ? À travers l'étude de 20 rapports d'activité de SMPR pour l'année 2002-2003, nous tentons de répondre à cette question. La population carcérale prise en charge présente des caractéristiques spécifiques. La composition du personnel soignant est proche de celle des Centres médicopsychologiques (CMP) classiques. Le SMPR s'engage dans sa mission de dépistage des troubles psychiatriques et dans le développement des soins. Sa fonction d'hospitalisation est imparfaite et ne répond pas aux critères d'hospitalisation en milieu psychiatrique. La coordination régionale et le travail en partenariat sont difficiles. Face à l'ensemble de ces constatations et à la création future des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA), une évolution des structures et des missions des SMPR semble nécessaire.

**Mots clés :** service médicopsychologique régional, psychiatrie en milieu carcéral

### ABSTRACT

**Review of regional medicopsychological services.** 26 regional medicopsychological services (SMPR) were created in 1986. What conclusions can be drawn today as regards their functioning and the accomplishment of their care missions? We will attempt to answer this question on the basis of 20 SMPR activity reports for 2002-2003. The prison population concerned presents some specific characteristics. The composition of the medical personnel is close to that of traditional medicopsychological centres (CMP). The SMPR is committed to a mission of screening for psychiatric disorders and of developing treatment. The hospitalization side is unsatisfactory and does not meet the criteria of psychiatric hospitalization. Regional coordination and professional partnerships are difficult. Faced with these observations and the future creation of specialized hospitalization units, an evolution in the structures and missions of these SMPRs would seem to be necessary.

**Key words:** regional medicopsychological services, psychiatry in the prison environment

### RESUMEN

**Balance de los servicios medicopsicológicos regionales.** Los 26 servicios medicopsicológicos regionales (SMPR) fueron creados en 1986. ¿Cual es actualmente su funcionamiento y el cumplimiento de sus misiones de tratamiento ? Los autores intentan responder a estas preguntas a través del estudio de 20 informes de actividad de SMPR de los años 2002-2003. La población carceral que se acoge en estos centros presenta característica específicas. La composición del personal se parece mucho a la de los CMP clásicos. El SMPR tiene como misión el despistaje de transtornos psíquicos y su tratamiento. Su función de hospitalización es imperfecta y no responde a los criterios de hospitalización en psiquiatría. La coordinación regional y el partenariat son difíciles. Frente a estas constataciones y dada la futura creación de « unidades especialmente preparadas », una evolución de las estructuras y de las misiones de los SMPR parece necesaria.

**Palabras clave :** servicio medicopsicológico regional, psiquiatría en medio carceral

<sup>1</sup> Interne en psychiatrie, Service médicopsychologique régional, Centre pénitentiaire de Baie-Mahault, Fonds Sarrail, BP 43, 97122 Baie-Mahault

<sup>2</sup> Chef de clinique des universités, assistante des Hôpitaux, Département de psychiatrie et de psychologie médicale, Unité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU, 4 rue Larrey, 49933 Angers Cedex 9. <ASChocard@chu-angers.fr>

<sup>3</sup> Praticien hospitalier, chef de service, Service médicopsychologique régional, Centre pénitentiaire de Baie-Mahault, Fonds Sarrail, BP 43, 97122 Baie-Mahault

Dix ans après la loi du 18 janvier 1994, pour répondre à la question « qu'en est-il des 26 services médicopsychologiques régionaux (SMPR) au début de ce XXI<sup>e</sup> siècle ? », nous avons entrepris d'étudier les rapports d'activité de ces structures de soins psychiatriques pour l'année 2003. Nous avons pu obtenir 20 rapports d'activité.

Soulignons d'emblée le paradoxe que constitue l'utilisation des rapports d'activité, alors qu'il est connu de l'Inspection générale des affaires sanitaires (Igas) et de l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ), comme de tous les soignants travaillant en milieu carcéral, que les rapports des secteurs de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire sont difficilement utilisables en termes de repérage d'activité et d'exploitation de toute donnée épidémiologique [12]. Deux SMPR (Rennes et Caen) nous ont informés de l'impossibilité de répondre à notre demande du fait de restructurations locales. Les rapports des SMPR incluent l'activité de leurs antennes SMPR. L'ensemble des rapports d'activité utilisés représente 77 % des SMPR. Les comparaisons entre les différentes structures de soins sont objectivement complexes car nous retrouvons très peu de critères communs d'évaluation, ce qui permet de masquer bien des disparités de moyens. La comptabilisation de l'activité en santé mentale n'est pas possible, du fait du défaut de repérage et de saisie, de l'addition des actes (consultations d'entrée ou de suivi, soins, entretiens, distribution de médicaments) et de l'amalgame des professions (psychiatres, psychologues, infirmiers) [31].

Bien que les 26 SMPR se soient dotés d'une fiche de recueil des données et puissent présenter des bilans chiffrés, cette fiche n'est utilisée que par deux d'entre eux. Leurs rapports restent très hétéroclites. Le rapport d'activité du service inscrit dans le règlement du service n'est obligatoire que tous les deux ans pour l'administration de l'établissement de santé. La plupart des SMPR réalisent cependant un rapport chaque année pour répondre à une volonté d'auto-évaluation mais cette attitude n'est pas générale ; le SMPR de Poitiers notifie qu'il n'effectue qu'un rapport tous les deux ans [38].

## Généralités

Les SMPR prennent en charge 40 % de la population pénale française sur le plan des soins en santé mentale [18] et sont installés dans 26 établissements pénitentiaires [2] :

- 4 en région parisienne : Bois d'Arcy, Fleury-Mérogis, Fresnes et la Santé ;
- 19 dans le reste de la métropole : Amiens, Bordeaux, Caen, Châteauroux, Chalons-en-Champagne, Dijon, Grenoble, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Nantes, Nice, Perpignan, Poitiers, Rennes, Rouen, Strasbourg, Toulouse ;
- 3 dans les départements d'outre-Mer : Réunion, Martinique et Guadeloupe.

Trois régions se trouvent dépourvues de SMPR [12] : l'Auvergne, la Franche-Comté et le Limousin, ainsi qu'un

département d'outre-Mer, la Guyane. En Guyane, on retrouve une unité de psychiatrie intracarcérale [7]. Au centre pénitentiaire de Nouméa fonctionne une unité médicopsychologique (UMP), équivalant à un SMPR métropolitain [36]. Onze SMPR comptent une ou plusieurs antennes implantées dans d'autres établissements de la région pénitentiaire. Enfin, 17 ont mis en place un centre spécialisé de soins aux toxicomanes [6]. Les locaux des SMPR sont relativement individualisés et séparés des lieux habituels de détention. Ils se situent souvent à proximité d'une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), avec laquelle ils partagent parfois une partie des locaux. Les SMPR situés en centre pénitentiaire ou dans des maisons d'arrêt récentes disposent de structures de soins nettement plus confortables et utilisables que ceux situés dans des maisons d'arrêt exigües et anciennes. Pour un SMPR de 22 lits (11 cellules), comme celui de Loos-lès-Lille [1], il existe deux chambres dites « de sécurité », une salle de soins, trois salles d'activité, un secrétariat et les bureaux du chef de service et des psychiatres, des psychologues, de l'assistante sociale et du cadre infirmier. Le SMPR partage sa salle de soins avec l'infirmier.

Les missions des SMPR, définies par l'arrêté du 14 décembre 1986, sont les suivantes [2] :

- le dépistage des troubles psychologiques et psychiatriques et la prise en charge des traitements psychiatriques ;
- les suivis psychiatriques et psychologiques de la population en post-pénal ;
- la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie ;
- la coordination des soins vis-à-vis des établissements pénitentiaires qui leur sont rattachés.

Il faut reconnaître qu'aucun SMPR ne réalise un entretien systématique pour toute la population entrant en milieu carcéral. Le SMPR d'Amiens réalise 91 % d'entretiens systématiques en 2003 [22], celui de Perpignan-Thuir 85 % en 2003 [37]. Le SMPR de Loos-lès-Lille constate une dégradation de ce pourcentage depuis trois ans, passant de 89 à 76 % entre 2001 et 2003 [30]. Cela peut en partie être expliqué par les transferts pénitentiaires rapides, les situations de transit, les ordres de mise en liberté peu après la mise sous écrou, des problèmes d'ordre technique (le manque de bureaux, les difficultés à voir les arrivants rapidement dans la matinée, le manque d'effectif soignant, la dégradation des conditions et la surpopulation carcérale...), mais aussi par la possibilité pour la personne incarcérée de refuser cette rencontre.

## Population carcérale prise en charge par les SMPR

D'après l'enquête de la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère des Affaires sociales en juin 2001 sur la santé psychiatrique des détenus accueillis par les 26 SMPR [8], plus de

la moitié des entrants présente un trouble psychiatrique et un entrant sur cinq a déjà été suivi par un secteur de psychiatrie : une personne incarcérée suivie sur trois présente des troubles de la personnalité, une sur quatre présente des troubles liés aux dépendances addictives, 12 % ont des troubles névrotiques, 7 % des troubles de l'humeur et 1 % des troubles psychotiques [20]. En 2003, au SMPR de la maison d'arrêt d'Amiens et au SMPR de la maison d'arrêt de Grenoble-Varces, plus de 80 % de la population carcérale vue en entretien d'accueil est considérée comme étant porteuse de troubles mentaux [22, 29]. Il est donc nécessaire que les SMPR puissent prendre en charge une partie très importante de la population incarcérée dans leur établissement pénitentiaire. Actuellement, cette prise en charge se situe autour de 40 % de la population incarcérée. Dans certains établissements, cette proportion est encore plus importante, comme au SMPR du centre pénitentiaire de Marseille où 55,2 % des hommes et 75,3 % des femmes sont pris en charge sur l'ensemble de l'année 2003 [33].

Les répartitions statistiques des diagnostics de la population prise en charge en ambulatoire par les SMPR de Châteauroux [25] et de Nantes [8] sont respectivement de 12 et 56,6 % de troubles de la personnalité, 37 et 10,3 % de problématiques addictives, 30 et 4,96 % de troubles de l'humeur, 12 et 5,79 % de pathologies psychotiques, 32 et 12,4 % de troubles névrotiques et de réactions aux stress de la situation carcérale et 8 et 35 % de retards mentaux. Ces résultats montrent de grandes différences entre les SMPR de Châteauroux et de Nantes ; tous les deux prennent pourtant en charge une population carcérale de centre pénitentiaire. Des disparités importantes sont également retrouvées si nous les comparons avec les résultats de l'étude Drees de 2001.

La population prise en charge en hospitalisation en service médicopsychologique régional présente des spécificités. Les trois catégories diagnostiques les plus fréquemment retrouvées en hospitalisation au SMPR de Lyon en 2003 sont les troubles psychotiques (57 %), les troubles de l'humeur (15 %) et les troubles de la personnalité (14 %) [32]. Au SMPR de Marseille, un jour donné en 2003, sur un effectif de 28 patients hospitalisés, le diagnostic de psychose est porté chez 50 % des patients [33].

## La composition du personnel des SMPR

En 2000, 121 médecins (soit 100 équivalents temps plein, ou ETP) exercent dans les 26 SMPR (y compris les attachés, les vacataires et les contractuels) [6]. En moyenne, cela représente 3,8 médecins en ETP pour 1 600 patients suivis. À ces effectifs de médecins s'ajoutent 9 internes. Les infirmiers (y compris le personnel d'encadrement) représentent plus de la moitié des personnels non médicaux : 242 ETP sur les 439 personnels non médicaux. Les psychologues représentent 19 % de l'ensemble des personnels non médicaux, avec 77 ETP, soit

en moyenne 2,9 par secteur. Quatre SMPR ne comptaient toutefois aucun psychologue dans leurs services en 2000. Le personnel socio-éducatif (assistants sociaux, éducateurs, animateurs) représente environ 10 % des personnels non médicaux avec 46 ETP. Les kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes et psychomotriciens ne sont présents que dans un tiers des SMPR.

La répartition de la composition des personnels exerçant dans les SMPR se différencie donc de celle observée dans les services hospitaliers de psychiatrie générale. La part du personnel médical, des psychologues et des personnels socio-éducatifs y est relativement plus élevée. Celle des personnels infirmiers, à l'inverse, est moins élevée. Ces différences sont en grande partie liées à la nature des prises en charge proposées par les SMPR, qui sont essentiellement ambulatoires. Les établissements pénitentiaires mettent à la disposition des SMPR du personnel de surveillance pénitentiaire : 79 ETP. Cependant, 10 SMPR n'en disposent pas, les 16 autres comptent une moyenne de 5 surveillants en ETP.

L'équipe standard de SMPR se compose donc de 3 à 4 médecins, 6 à 10 infirmiers psychiatriques, 1 à 3 psychologues, 1 assistant social et 1 secrétaire [17]. Cependant, plusieurs SMPR sont en difficulté pour recruter du personnel et maintenir une équipe stable dans la durée. En septembre 2001, l'équipe soignante du SMPR de Châteauroux comportait au plan médical 1 chef de service « par intérim », 3 psychiatres consultants, 3 ETP de psychologues, 6 infirmiers, 1 animatrice, 1 éducatrice et 1 art-thérapeute. Il fait partie des SMPR en France qui ne disposent pas de lits d'hospitalisation, faute notamment d'un effectif médical suffisant [11]. En 2003, le SMPR de Châteauroux est toujours en déficit d'effectif en personnel médical [25]. En 2001, E. Letang souligne qu'au SMPR de Nantes, l'équipe est pluridisciplinaire mais quantitativement réduite [16]. À la fin de l'année 2004, la situation du personnel des SMPR à Caen, Amiens, Bordeaux, Châteauroux et Rennes reste problématique. En 2005, 17 postes de praticien hospitalier dont 4 chefferies sont vacants sur l'ensemble des 26 SMPR.

## L'hospitalisation en SMPR

La question de l'hospitalisation psychiatrique des personnes incarcérées apparaît particulièrement cruciale. L'hospitalisation est un outil de soins pertinent, étant bien entendu qu'elle ne représente qu'un des aspects de la prise en charge psychiatrique et que, à cet égard, le développement des soins ambulatoires est un corollaire indispensable à toute évolution du dispositif. Même s'il est évident qu'un consentement aux soins se travaille, la notion de consentement requis est un axe éthique majeur du travail en prison et l'hospitalisation en SMPR se doit d'être librement consentie par le patient [20]. De grandes divergences existent dans les critères et les modalités d'admission et de fonctionne-

ment laissés à la libre appréciation clinique des psychiatres des SMPR [4].

### Le délai avant l'hospitalisation

Les équipes soignantes des SMPR essaient d'assurer l'accueil des patients nécessitant une hospitalisation dans leur structure le plus rapidement possible. Ce délai varie de 24 heures à quelques jours. Souvent il dépend plus de l'administration pénitentiaire que du SMPR : les accueils de personnes incarcérées dans un établissement différent nécessitent l'organisation d'un transfert entre deux établissements pénitentiaires. Un tel transfert peut être délicat du fait de son organisation, du statut de la personne incarcérée et de l'accord du juge d'instruction si la personne est en cours d'instruction. L'hospitalisation d'une personne incarcérée dans l'établissement dans lequel se situe le SMPR se fera bien plus rapidement. Le SMPR de Nantes [35] parvient à hospitaliser immédiatement une personne provenant de son établissement et nécessitant une hospitalisation urgente ; l'administration pénitentiaire locale facilite l'exécution de cette décision médicale.

### Le nombre de lits

La capacité des 26 SMPR est de 412 lits installés. Le nombre de lits par SMPR varie de 0 à 43, avec une moyenne de 16 [18]. Le nombre de places dans les SMPR est dramatiquement insuffisant, d'autant que les places théoriques sont calculées avec un ratio de cellules occupées par deux patients qui ne peut pas toujours être respecté. Quand les nécessités de la prise en compte de l'agressivité, du caractère envahissant et pénible d'un patient ou de son isolement judiciaire du fait de la nature de son crime, la capacité pratique des SMPR chute et de fait, tout au long de l'année, il faut la plupart du temps faire sortir un patient pour en admettre un autre [32].

### Le taux d'occupation des lits

En 2001, le taux d'occupation moyen officiel des lits de SMPR était de 69 % [18]. Cependant, ce taux recouvrait d'importantes disparités allant de 0 à 100 %, car il comptabilisait des SMPR dont les places n'étaient pas concrètement fonctionnelles. En 2003, le taux d'occupation selon les SMPR est de 62 % à Grenoble [29], 74,5 % à Marseille [33], 85 % à Fresnes [28], à Toulouse [40] et à Nantes [35] et de 88,15 % à Lyon [32]. La moyenne des taux d'occupation de ces 6 SMPR est de 80 % en 2003. Le fonctionnement de leur hospitalisation ne pose pas de problème actuellement. Cela écarte les SMPR qui n'ont pas de lit ou ceux qui ont des lits mais dont le fonctionnement de l'hospitalisation est problématique ou impossible du fait de problèmes, soit en lien avec l'établissement pénitentiaire, soit en lien avec une restructuration de l'équipe soignante. En réalité, il faut souligner que les SMPR n'ayant pas de difficulté pour les hospitalisations approchent les 100 % de

taux d'occupation à l'année, car une partie importante des personnes incarcérées hospitalisées nécessite l'occupation seule d'une cellule à deux lits.

### Le temps d'hospitalisation

La durée moyenne de séjour est très variable d'un SMPR à l'autre et peu représentative des entrées et des sorties de patients. Certains patients ne séjournent que quelques jours à quelques semaines dans un contexte de crise aiguë, d'autres peuvent rester des mois, voire plus d'un an, lorsqu'il s'agit de pathologies psychiatriques graves mal stabilisées. En 2003, la durée moyenne de séjour était de 34 jours à Marseille [33], 54 à Bordeaux [21], 75 à Toulouse [40], 80,5 à Fresnes [28] et 178 à Grenoble [29]. Pour ces 5 établissements, la durée moyenne de séjour était de 84,3 jours.

### La provenance des personnes « hospitalisées en SMPR »

Le recrutement régional des SMPR, déjà limité, régresse : le nombre total de transferts de personnes incarcérées vers leur SMPR de rattachement est ainsi passé de 579 en 1997, à 417 en 1998 et 317 en 1999 ; nombre très faible si on le rapproche du pourcentage de personnes incarcérées présentant des troubles mentaux dans les établissements dépourvus de SMPR. Certains SMPR essaient de jouer leur rôle d'accueil régional : ceux des Baumettes, de Lyon, de Caen ou de Fresnes accueillent ainsi des personnes incarcérées malades des maisons d'arrêt ou des centres de détention de la région, dans la limite de leurs possibilités. Mais celui de Bordeaux, par exemple, revendique le droit de ne pas accepter de malades mentaux venant d'autres établissements au motif de ne pas stresser davantage les malades en les coupant de leurs liens familiaux [12]. La part de la population prise en charge en hospitalisation en SMPR en provenance de l'établissement où se situe le SMPR est de 15,5 % en 2001 puis 30 % en 2002 au SMPR de Nantes [34], 44 % à Grenoble [29], 64 % à Marseille [33], 90 % à Dijon [26], 92 % à Bordeaux [21] en 2003. On peut penser que l'administration pénitentiaire affecte de façon dirigée dans les établissements pénitentiaires où se situent les SMPR des personnes incarcérées en grandes difficultés et cela afin qu'elles soient prises en charge par l'équipe du SMPR. Cela a été noté par le SMPR de Poitiers [38]. Dans les faits, les établissements dépourvus de SMPR se plaignent d'être peu aidés. Selon leurs responsables, le SMPR de rattachement de la maison centrale de Poissy, Bois-d'Arcy, n'a jamais assuré de prestations pour les malades mentaux de cet établissement ; le SMPR d'Amiens n'apporte pas d'aide à Château-Thierry ; le SMPR de Nice est trop éloigné de la maison d'arrêt de Borgo ou du centre de détention de Casabianda (Corse) pour leur apporter un réel soutien [12]. Les SMPR prennent d'abord en charge les personnes incarcérées malades de

leur établissement, aux dépens de celles des autres établissements.

### L'illusion de l'hospitalisation à temps complet

Le SMPR est une enclave dans la détention où se côtoient personnel soignant et personnel pénitentiaire et où se décline un projet de soins dans un régime de vie pénitentiaire, pour des détenus patients (détenus avant d'être patients) [3]. Les hospitalisations en SMPR ne sont pas des hospitalisations au sens sanitaire habituel du terme : il s'agit d'un hébergement spécifique dans des locaux individualisés au sein de la prison avec une prise en charge sanitaire effectuée par une équipe psychiatrique pluridisciplinaire présente à temps partiel, rarement à temps plein (Marseille et Fresnes) [20]. Les dites « chambres » sont analogues aux cellules de détention [35]. Il n'y a pas d'agent de service hospitalier [12]. Curieusement, le forfait hospitalier s'y appliquait encore il y a peu de temps, alors que l'administration pénitentiaire fournit chichement gîte et couvert. On comprendra facilement que les conditions matérielles et réglementaires pèsent lourdement sur la qualité et la nature de la prestation psychiatrique [3]. Les SMPR ne correspondent pas aux impératifs d'un soin intensif : surveillance clinique 24 heures sur 24, traitement médicamenteux intensif avec surveillance clinique rapprochée [46]. La permanence soignante de nuit n'existe que dans deux établissements, et encore, sans accès direct aux patients, et en journée les détenus passent la plus grande partie de leur temps en cellule en SMPR [14]. L'accès au détenu n'est pas constant en raison des charges qui incombent aux surveillants [46]. Il est indirect et suppose l'ouverture de la cellule par un surveillant pénitentiaire [20]. La gestion du risque suicidaire est donc peu compatible avec ce mode de prise en charge du fait de l'insuffisance de surveillances soignante et pénitentiaire la nuit et de l'isolement prolongé en cellule en journée [14]. La nuit, l'accès à un patient au SMPR en cas d'urgence demande 15 à 20 minutes au minimum, ce qui est un délai trop élevé en cas de détresse vitale [46]. Il nécessite l'intervention d'un surveillant « gradé » [3]. Devant l'augmentation du nombre de suicides en quelques années et la médiatisation qui en a découlé, le risque suicidaire est devenu une classique contre-indication à la prise en charge en « lits » de SMPR, du fait de l'impossibilité de garantir une surveillance constante. Le terme « d'hébergement spécifique » devrait plutôt être utilisé, l'effet thérapeutique résidant surtout dans l'isolement du reste de la détention et dans la possibilité de contacts plus fréquents et plus rapides avec l'équipe pluridisciplinaire. Ce bénéfice thérapeutique est cependant non négligeable, la détention classique restant particulièrement pathogène, notamment pour des sujets psychologiquement fragiles.

Les SMPR de Bordeaux [21] et de Rouen [39] déplorent des difficultés en lien avec l'absence d'affectation de personnel de surveillance pénitentiaire. Les équipes de sur-

veillance fonctionnent en effectif réduit et peuvent être absentes à certains moments de la journée, la nuit et le week-end. De telles conditions ne garantissent plus la sécurité des détenus. À Bordeaux [21], les détenus admis pour une pathologie liée ou révélée par l'enfermement, ou peu compatible avec celui-ci, sont confinés dans leur cellule, faute d'espace approprié et pensé pour le soin. L'absence de cour de promenade, voire même de tour de promenade réservé pour les détenus admis dans le SMPR, renforce ce confinement.

Pour remédier à l'absence de continuité des soins 24 heures sur 24, les SMPR mettent en place une astreinte médicale réalisée par les psychiatres du service. L'effectif réduit de médecins rend difficile son application. Cette astreinte ne se substitue pas bien sûr à la prise en charge des urgences gérées par le service des urgences hospitalières, mais de nombreuses situations sont mieux prises en compte et apaisées par le déplacement du médecin déjà en charge des soins et qui reste juge de l'opportunité de l'intervention du service des urgences [32]. Au SMPR de Marseille [33], la permanence médicale psychiatrique pour l'unité d'hospitalisation est assurée de 8 h 30 à 18 h 30 du lundi au vendredi et de 8 h 30 à 13 heures le samedi par les médecins du service ; la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, par le dispositif de garde psychiatrique de l'hôpital local. Le personnel infirmier assure une permanence soignante auprès des patients hospitalisés 24 heures sur 24, 365 jours par an.

Pour un fonctionnement à temps complet de l'hospitalisation en SMPR, il faut repenser le soin aux personnes incarcérées [21] : augmenter la capacité d'accueil des lits d'hospitalisation pour répondre à la demande de l'ensemble de la région pénitentiaire dépendant du SMPR, renforcer l'équipe soignante avec une permanence infirmière constante, réaménager les locaux avec séparation du lieu d'hospitalisation et de celui de l'activité ambulatoire, ainsi qu'une adaptation des cellules à une prise en charge psychiatrique, imposer la nécessité de la présence de surveillants de l'administration pénitentiaire tous les jours de la semaine et la nuit, avec une amélioration de l'accès à la personne incarcérée en nocturne.

### La nécessité d'une organisation en unités

Alors que les plus anciens des SMPR ont atteint l'âge de raison et que certains sont encore dans les limbes, ils paraissent tous avoir leur originalité et leurs modalités propres d'exercice, liées aux demandes et traditions locales [13]. Selon le Code de la santé publique, l'organisation des SMPR devrait se développer en unités fonctionnelles. L'article L.6146-1 définit les unités fonctionnelles comme les structures élémentaires de prise en charge des malades par une équipe soignante ; elles sont identifiées par leur

fonction et leur organisation. Les services sont constitués d'unités fonctionnelles de même discipline, chaque unité possédant un responsable médical clairement nommé. Cependant, seuls 14 SMPR sont constitués en unités fonctionnelles en 2002 [6]. Parmi eux, des différences notables dans le nombre d'unités et le choix des fonctions existent. Pour certains, l'organisation reste simple. À Fresnes [28], elle se fait en 4 unités. Il en est de même à Bois-d'Arcy avec 4 unités, mais qui ont des fonctions différentes [23]. À Amiens, elle se complexifie avec 7 unités [22]. C'est au SMPR de Loos-lès-Lille que l'on retrouve l'organisation la plus complexe, où E. Archer a développé 8 unités fonctionnelles, elles-mêmes découpées en unités d'activité médicale (de 4 à 8) [30]. Chaque unité fonctionnelle est bien sûr dotée d'un responsable médical, chaque unité d'activité médicale l'est également.

Cette organisation en unités fonctionnelles s'impose naturellement du fait de la répartition des personnes prises en charge, des compétences particulières des professionnels en regard de la diversité des activités, mais aussi grâce aux structures administratives responsables notamment de l'origine des budgets et des cahiers des charges.

La diversité d'organisation s'explique par les choix de chaque chef de SMPR. Ces choix sont en lien avec les objectifs du dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral sur le plan national mais ils prennent aussi en compte les caractéristiques de la population carcérale locale de chaque établissement pénitentiaire et les possibilités en fonction des moyens de chaque équipe psychiatrique.

## La coordination régionale

Les SMPR doivent assurer un rôle de coordination régionale auprès des équipes de psychiatrie qui interviennent dans les établissements de leur région pénitentiaire [20]. Depuis 2000, les rapports nationaux sur les soins en santé mentale en milieu carcéral reprochent à certains de limiter leurs activités à leur établissement pénitentiaire d'implantation. Cela ne résulte pas, en général, d'un choix idéologique, d'un parti pris ou d'une négligence, mais de nécessités de fait, liées aux ressources disponibles. Le responsable du SMPR n'oublie jamais que le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire a pour vocation principale de coordonner les prestations de santé mentale dans les dispositifs de soins en psychiatrie du secteur, de promouvoir toute réflexion et d'animer toute réunion permettant de confronter les expériences, de participer aux actions de formation et de recherche auprès des dispositifs de soins en psychiatrie du secteur et d'exercer sa double mission de coordination et de conseil technique [30]. Ce travail de coordination régionale des prestations psychiatriques délivrées à la population pénale consiste en un rôle de conseiller technique auprès des équipes psychiatriques des établissements pénitentiaires de la région avec la tenue de réunions de travail périodiques, une participation active au

comité de liaison où siègent les instances locales de l'établissement pénitentiaire et de l'hôpital de rattachement, une participation active au comité de coordination, lorsqu'il existe, où siègent les instances locales, départementales et régionales [33]. Il s'agit généralement d'évoquer les difficultés rencontrées pour réfléchir à des solutions en concertation, d'aider les équipes psychiatriques à voir leurs moyens attribués et consolidés et d'harmoniser les pratiques avec l'idée d'optimiser l'accès aux soins. Cette coordination régionale devrait prendre la forme de temps de réflexion sur les pratiques soignantes en milieu carcéral, ainsi que de rencontres de travail avec les partenaires sociaux et judiciaires [38]. Le SMPR de Toulouse [40] remplit cette mission en organisant trois réunions par an entre les équipes des dispositifs de soins en psychiatrie de la région Midi-Pyrénées. Celui de Nantes organise aussi plusieurs réunions par an avec les différentes équipes des dispositifs de soins en psychiatrie. Ceux de Bordeaux [21] et de Rouen [41], en revanche, reconnaissent leur impossibilité à pouvoir remplir cette mission. Dans la pratique, l'action régionale des SMPR est surtout liée à l'hospitalisation des personnes incarcérées venant des établissements pénitentiaires de leur région pénitentiaire [38]. Même cette action est insuffisante. À Nantes, la prise en charge des personnes incarcérées en provenance d'établissements pénitentiaires répartis sur l'ensemble de la région Pays-de-Loire se fait dans un souci constant d'articulation avec les équipes psychiatriques intervenant dans ces établissements [16]. L'action de coordination et d'aide au développement du SMPR de Poitiers dans la région Poitou-Charentes et la région du Limousin est un exemple intéressant. Le SMPR de la petite maison d'arrêt de Poitiers s'est d'emblée affirmé comme ayant une vocation interrégionale. Sa compétence s'étend sur une dizaine d'établissements pénitentiaires [42]. Ses psychiatres y ont favorisé le développement des consultations dans les huit maisons d'arrêt. Très vite, les secteurs d'implantation de ces établissements ont été convaincus de la nécessité de développer leur propre équipe interdisciplinaire en application de l'article D.395 du Code de procédure pénale. C'est ainsi qu'en 1990 la plupart de ces établissements avaient établi des conventions avec les hôpitaux psychiatriques départementaux à l'instigation des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales de Poitiers et de Limoges, très impliquées dans un travail accompagné par les deux ministères de la Santé et de la Justice. De la même façon, des relations étroites se sont développées avec les centres de détention de Bédénac, Mauzac et Eysses et le centre pénitentiaire de Saint-Martin de Ré [43].

## Les interventions en milieu libre

Les psychiatres ont conscience de l'importance de la continuité des soins post-carcéraux et de la préparation à la sortie. L'expérience des différents dispositifs de soins en

santé mentale en milieu carcéral montre que l'on se heurte à des difficultés de suivi extérieur : est-ce lié à la confusion entre le système pénitentiaire et le milieu de soins, ou à l'authenticité de la demande ? [9] Il s'agit de poursuivre les soins, sans rupture préjudiciable, pour des personnes démunies, sans domicile légal, sans secteur psychiatrique, sans ancrage social [27]. Il s'agit également de répondre à la demande des services sociojudiciaires dans le cadre des obligations ou des injonctions de soins concernant les toxicomanes, les personnes alcoolodépendantes et les auteurs d'agressions sexuelles. Il semble important de développer la prise en charge des justiciables soumis à une obligation de soins, en coordination avec les magistrats de l'application des peines et le service pénitentiaire d'insertion et de probation ; des familles ou des couples pour lesquels des violences habituelles ou occasionnelles ont pu conduire l'un des protagonistes à être incarcéré, afin que la situation post-carcérale s'améliore avec une disparition des violences [23]. Plusieurs SMPR (Fresnes [28], Poitiers [38], Lyon [32], Amiens [22], Nantes [35], Bois d'Arcy [23], Marseille [33], Loos-lès-Lille [30]) ont développé une activité de consultations post-incarcération, soit dans des lieux spécifiques identifiés comme appartenant au SMPR, soit en utilisant les structures de CMP sectoriels ou intersectoriels. Ils généralisent une activité minimale de suivis post-carcéraux. Cependant, celle-ci doit rester limitée afin d'éviter une perte de moyens en personnel au détriment de l'activité intracarcérale. Elle a pour objectif de permettre obligatoirement le relais auprès du secteur de psychiatrie générale dont dépend la personne libérée.

## L'état actuel du travail en partenariat

Les SMPR ont une longue expérience du travail avec des partenaires en milieu carcéral. Une part très importante et essentielle du travail de l'équipe du SMPR consiste en des actions de coordination et de concertation avec les autorités pénitentiaires et avec les différents intervenants de l'établissement pénitentiaire. Elle se fait surtout par des réunions [10]. Bien que de nombreux points restent à régler pour arriver à une organisation institutionnelle tout à fait fonctionnelle, on peut considérer que les SMPR montrent une volonté d'améliorer et de clarifier les relations tant avec l'UCSA qu'avec l'administration pénitentiaire, dans le respect de la loi et des missions respectives, pour la meilleure prise en compte du soin des pathologies psychiatriques des personnes incarcérées et de leur souffrance psychique [24]. Les équipes des dispositifs de soins en santé mentale organisent des réunions de coordination avec l'UCSA, les secteurs de psychiatrie générale, les secteurs de psychiatrie infantojuvénile concernés, le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), le juge d'application des peines et d'autres intervenants en milieu pénitentiaire [35]. Elles participent aux réunions institutionnelles des établissements pénitentiaires. Les rencontres avec les UCSA peu-

vent être formelles et respecter un protocole ou, le plus souvent, informelles et quotidiennes du fait de la proximité habituelle des deux structures. Elles permettent des échanges à propos des signalements, des traitements et des modalités de prise en charge. De nombreux problèmes sont à traiter en matière de répartition des missions, des responsabilités et des soins [27]. Un important travail de réflexion peut permettre d'organiser la coordination des soins entre les deux équipes en respectant les prérogatives de chacune. Un protocole de fonctionnement coordonné est souvent élaboré. Ce protocole organise en particulier trois points complexes des soins [24] : l'examen des détenus entrants, la gestion des urgences et le soin des toxicomanes et la gestion des traitements. La mise en place effective de ce protocole permet d'apporter une vraie complémentarité dans l'intervention des équipes et une meilleure compréhension de leurs actions réciproques. Cela nécessite encore des ajustements fonctionnels de la part des deux équipes. Le partenariat avec les secteurs de psychiatrie est souvent difficile, compliqué par la gestion problématique des hospitalisations d'office. Dans l'ensemble, ce partenariat reste à améliorer. Le SMPR de Poitiers semble réaliser une exception puisqu'il travaille étroitement avec le centre hospitalier psychiatrique auquel il est rattaché [42]. Il est soutenu par la commission médicale d'établissement et par la direction de l'hôpital, remarquablement attentives et ouvertes tout au long du développement de son activité.

Les relations, déjà étroites, entre les dispositifs de soins en santé mentale et les services sociaux, tendent à se développer depuis la création des services pénitentiaires d'insertion et de probation. Des objectifs et des actions communes se dessinent, en particulier à propos de la préparation à la sortie des personnes incarcérées. Le point de discordance reste souvent la question du secret médical, dans certaines situations. Ces rencontres avec les services sociaux facilitent l'élaboration de projets pour les personnes incarcérées et apportent un éclairage sur la situation des patients suivis par les soignants [28].

Les réunions organisées avec l'administration pénitentiaire permettent une meilleure compréhension de l'action de chacun et un échange sur les difficultés inhérentes aux problématiques carcérales. La mise en place de protocoles d'action, de communication et de prise de décisions, est élaborée en coordination avec la direction de l'administration pénitentiaire. Ces protocoles permettent d'améliorer la prise en charge des personnes incarcérées. Incontestablement, la communication inter-institutionnelle s'en trouve grandement facilitée [24]. Les relations sont cordiales, témoignant d'une évidente estime mutuelle et d'intention d'échanges et de coopération réciproques [27].

Les relations avec les juges d'application des peines varient par contre d'un dispositif à l'autre selon les positions des psychiatres et des juges. Au SMPR de Fresnes, les relations avec le juge d'application des peines sont excellentes : le personnel soignant participe au projet de sortie

ou d'alternative à l'incarcération [28]. Lorsqu'il n'y a pas d'échange possible, c'est le plus souvent à cause d'une position intolérante et rigide de l'un des deux ou des deux partenaires. Les SMPR de Rouen [39] et de Nantes [35] n'ont pas de relation avec le juge d'application des peines. Pourtant, les problématiques à prendre en charge nécessitent de plus en plus des réunions où l'ensemble des partenaires doit être présent. En 2003, au SMPR de Marseille, a été posé le principe d'instaurer des commissions santé dans chaque bâtiment de détention, avec le SMPR, l'UCSA, le SPIP et l'administration pénitentiaire, qui intègrent les stratégies de prévention du suicide mais ne s'y limitent pas [33].

Les SMPR interviennent dans la formation professionnelle de nombreux partenaires pour informer sur les soins en santé mentale en milieu carcéral : les instituts de formation spécialisée en soins infirmiers, le personnel surveillant pénitentiaire, les conseillers de probation, l'école de la magistrature, la faculté de médecine, l'université de psychologie, l'école nationale de l'administration pénitentiaire et les secteurs de psychiatrie adulte et infantojuvénile.

## Les inadaptations des SMPR

Ces cinq dernières années, de nombreux rapports ont souligné l'ampleur des besoins et l'inadaptation de la réponse psychiatrique en milieu carcéral [20]. Le choix de l'implantation des SMPR s'est fait au détriment des établissements pour peine et des petites maisons d'arrêt. Le caractère régional du fonctionnement des SMPR, qui pouvait compenser ces faiblesses, régresse [12]. La saturation des SMPR limite trop souvent leur action au seul établissement pénitentiaire de leur implantation [44]. Il existe une grande disparité des moyens psychiatriques affectés à des établissements de même catégorie sans que cela soit corrélé à une disparité des besoins [12]. Les régions les plus dotées sont la Bourgogne et le Rhône-Alpes. Les plus démunies sont la Guyane, la Corse, l'Auvergne, le Centre et la Champagne-Ardenne. Par ailleurs, les modes de fonctionnement d'un SMPR à l'autre sont différents, selon la personnalité et les méthodes des responsables, l'entente des équipes, le partage du travail à l'intérieur du service et avec l'UCSA, la fréquence des réunions internes, la présence effective et le temps de travail des professionnels (parfois très restreint). Il faut aujourd'hui différencier trois situations : les établissements dotés d'un SMPR, les établissements pénitentiaires où les prestations psychiatriques sont effectuées par un dispositif de soins en psychiatrie (60 % de la population carcérale) et les établissements où existe uniquement une consultation psychiatrique sporadique et irrégulière. La situation actuelle est caractérisée par sa disparité car les moyens de la psychiatrie sont extrêmement différents dans

les trois cas. La situation des SMPR est préoccupante avec de nombreuses équipes réduites au strict minimum, même dans de grandes agglomérations [45]. Les SMPR peuvent souffrir de problèmes de locaux inadaptés comme celui de Poitiers [38] où, malgré la signature du protocole entre le centre hospitalier et la maison d'arrêt, les locaux ne répondent aucunement aux normes hospitalières en matière d'hygiène et de sécurité sanitaire et où on attend toujours la mise en œuvre de travaux de mise en conformité. De nombreux établissements sont surpeuplés, vétustes au point que la maintenance la plus élémentaire devient délicate et critique et que les projets thérapeutiques ne peuvent s'y épanouir, d'autant que les inadaptations structurelles sont très coûteuses en temps de personnel soignant [32].

Il existe une augmentation de la demande de soins en santé mentale en prison, à laquelle les SMPR ne sont pas en mesure de répondre, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur [12]. La montée du nombre d'incarcérations pour divers petits délits (mais parfois pour des crimes commis sous l'emprise de l'alcool d'une population très désocialisée) chez des personnes vivant dans un état de très grand dénuement relationnel et social, met très régulièrement les équipes de soins psychiatriques en situation d'intervention pour des soins qui sont aux confins de l'hygiène et de la réhabilitation somatique et identitaire [32]. Pour prendre en charge des personnes qui sont dans une telle fragilité et définir avec elles un projet de soins, il faut que les équipes psychiatriques soient nettement renforcées [15]. Par ailleurs, les SMPR ne sont pas équipés pour gérer des psychoses graves ou des décompensations aiguës. Les prisons ne sont pas faites pour accueillir et soigner ces personnes [5]. Malgré la diversification des modalités d'accueil et de soins proposées aux détenus, l'amélioration des outils de travail et de l'organisation, la capacité des SMPR reste en dessous de ce qu'il faudrait proposer au vu de la population rencontrée [19]. Tout concourt alors à déborder la capacité d'accueil soignante [3].

La réponse à ces problèmes n'est pas simple et interfère avec de nombreuses données institutionnelles et sociales : des incompatibilités entre la législation, les habitudes de la psychiatrie civile, les contraintes budgétaires et la démographie médicale. Face à toutes ces difficultés, les équipes soignantes doivent poursuivre la mise en œuvre des normes hospitalières dans l'esprit de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, à savoir l'établissement du dossier standardisé d'hospitalisation et de soins, l'amélioration de la transmission des données cliniques psychiatriques accessibles aux autres spécialités et notamment aux UCSA, l'amélioration du passage de relais avec le secteur ou les structures sociales à la sortie. La démarche d'accréditation, voire bientôt de certification hospitalière par la Haute autorité de santé, devrait, à terme, marquer ces nouvelles exigences dues à la société, à l'institution et aux personnes incarcérées.

## Le devenir des SMPR

L'évolution des SMPR vers un fonctionnement semblable à celui des CMP n'est pas reconnue comme une priorité par les psychiatres exerçant en milieu carcéral ; pourtant cette évolution semble incontournable face aux constatations du fonctionnement actuel des SMPR, qui ont démontré, avec les spécificités locales de chacun, que l'on pouvait parler de thérapeutique en prison. Pratiquement toutes les formes de thérapies librement consenties par les personnes incarcérées sont possibles [20]. Avec le développement des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) se pose la question du devenir des SMPR. Ces derniers devront s'adapter à un nouveau schéma de la prise en charge de la santé mentale de la population carcérale.

### La disparition de l'hospitalisation à temps complet

Du fait de la création des UHSA, l'administration pénitentiaire estime qu'il n'y a plus lieu de maintenir un lieu d'hébergement doté d'un statut spécifique, dans la mesure où elle souhaite éviter un regroupement systématique de personnes atteintes de troubles mentaux. La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et la Direction de l'administration pénitentiaire souhaitent une réelle évolution du fonctionnement des SMPR [18]. Selon l'Igas et l'IGSJ [12], les SMPR ne devraient plus réaliser d'hospitalisation complète. Au cas où une personne incarcérée malade d'un autre établissement pénitentiaire aurait besoin d'un type de soins non dispensé dans son établissement, elle pourrait être transférée dans l'établissement où siège le SMPR. En revanche, une personne incarcérée malade ayant besoin d'une surveillance médicale constante serait adressée à l'hôpital, pour une hospitalisation complète.

### L'évolution vers un renforcement des moyens pour la prise en charge en hôpital de jour

Plusieurs SMPR ont déjà fait le choix d'organiser leur fonctionnement en centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, dans lesquels les activités de groupes sont centrales, se rapprochant d'une organisation de centre médicopsychologique (CMP) classique. Des SMPR comme Marseille [33], Loos-lès-Lille [30], Amiens [22] fonctionnent correctement et proposent de nombreuses activités, avec, par exemple, à Marseille, ateliers vidéo, jeux d'échec, carnet de voyages, jardinage, jeux de cartes, d'ergothérapie, d'éducation pour la santé, théâtre, poterie, jeune majeur. Les soignants augmentent l'efficacité des prises en charge de groupes en développant des thérapeutiques adaptées à des populations présentant des problématiques spécifiques : la problématique alcoolique, la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles, les patients psychotiques déficitaires, présentant un stress en lien avec le milieu carcéral ou une problématique liée à la violence, les mineurs et jeunes majeurs délinquants.

Les SMPR seront progressivement recentrés sur les soins ambulatoires diversifiés, incluant les hospitalisations de jour et davantage d'activités et d'ateliers thérapeutiques [19]. L'intensification et la diversification des soins dans l'ensemble des établissements pénitentiaires sont nécessaires. À côté des consultations, il convient de poursuivre le développement des activités du type de celles réalisées dans les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel [20]. L'objectif est, comme pour la population générale, d'éviter l'hospitalisation chaque fois que possible. Les cellules du SMPR n'accueilleraient des détenus que pendant les activités de soins. La personne incarcérée rentrerait en détention à la fermeture de l'hôpital de jour ou à la fin de son entretien [12]. Pour des raisons fonctionnelles, afin de limiter les déplacements à l'intérieur de la détention, des cellules à proximité immédiate du SMPR pourraient être réservées à l'hébergement des personnes incarcérées qui sont hospitalisées de jour, à l'instar de ce qui est prévu pour la surveillance médicale renforcée par l'UCSA de certains patients incarcérés, selon l'article D.370 du Code de procédure pénale. L'affectation dans ces cellules se ferait sur la base d'un accord entre les médecins responsables du SMPR et le directeur de l'établissement pénitentiaire [18]. En tout état de cause, la capacité d'accueil en hospitalisation de jour de chaque SMPR doit être étudiée au cas par cas à l'occasion de l'ouverture de l'UHSA correspondante.

Les SMPR demeureront les services de référence pour des suivis ambulatoires intensifs et/ou spécialisés.

### Le développement des liens UHSA-SMPR

Il paraît logique que chaque UHSA soit rattachée à un SMPR en tant qu'unité fonctionnelle, compte tenu de l'expérience et du savoir-faire des équipes de ces services et de leurs rôles de coordination régionale et d'animation du réseau de soins psychiatriques au bénéfice des personnes incarcérées, en lien avec le dispositif général de soins psychiatriques. Les SMPR devront s'engager à jouer véritablement leurs rôles. Ils pourront rester un lieu de recours, d'une part pour l'observation et l'évaluation clinique d'une personne détenue en cas de doute sur l'indication d'une hospitalisation et, d'autre part, à la sortie de l'UHSA lorsqu'une prise en charge particulièrement intensive en ambulatoire est encore nécessaire.

### Le développement d'équipes à vocation régionale

J.-L. Senon soutient l'idée de la nécessité de renforcer la mission régionale des SMPR en développant des équipes à vocation régionale pour assurer des prises en charge spécifiques et en investissant une position d'expert, de porte-parole et de conseil [45]. Leurs missions de coordination et surtout de supervision de la formation demandent à être massivement investies. Les dispositifs de soins en psychiatrie, qui vont encore plus souffrir à l'avenir de la pénurie en personnel, seront eux aussi en attente à l'égard des engagements des SMPR.

## Conclusion

Durant ces dix dernières années, les soins psychiatriques délivrés par les SMPR aux personnes détenues se sont très nettement améliorés, mais insuffisamment en regard de l'ampleur des besoins [20]. L'étude des rapports d'activité des différentes structures de soins apporte un éclairage intéressant. Dans chaque établissement, les structures psychiatriques consolident leur présence dans le temps et l'espace. Les soignants psychiatriques offrent une permanence des soins et interviennent en établissement pénitentiaire dans un lieu identifié comme lieu de soins psychiatriques. La composition des équipes de soins des SMPR est proche de la composition de celles des CMP « classiques ». Cependant, elle est marquée par le manque de stabilité du personnel et par une proportion de postes vacants plus importante que dans les secteurs de psychiatrie générale. Les actions principales des SMPR pourraient se synthétiser en deux : le dépistage de la pathologie psychiatrique et psychologique, le développement et l'adaptation de soins aux spécificités de la population carcérale et du milieu d'intervention. Les soignants psychiatriques, conscients de ces spécificités, cherchent à développer dans les structures des soins répondant aux besoins de cette population et compatibles avec les moyens qui leur sont alloués. De nombreux SMPR fonctionnent déjà comme des CMP en proposant des prises en charge de groupes thérapeutiques, très variées et en évoluant vers une adaptation à des pathologies spécifiques. Les entretiens individuels restent la prise en charge prédominante en milieu carcéral. Les SMPR ne répondront pas aux exigences d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Ils doivent, par contre, assumer leur mission de coordination régionale actuellement clairement insuffisante et prendre une position de référence à l'égard des futures UHSA. L'évolution structurelle des soins en SMPR ne pourra se faire que vers l'hospitalisation de jour, intensifiant celle-ci en adéquation avec les UHSA et les dispositifs de soins en psychiatrie des établissements pénitentiaires de leur région. Devant l'intérêt porté à la psychiatrie en milieu carcéral, nous espérons que l'élaboration des SROS de troisième génération et l'application du plan en Santé Mentale 2005-2008 participeront à l'évolution des SMPR.

## Références

1. ARCHER E, RAVIART JF. Le service médicopsychologique régional de Loos. *Soins Psychiatr* 1990 ; 116-117 : 25-7.
2. BARON-LAFORÊT S, BRAHMY B. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie* 1998 ; 37-953-A-10.
3. BELONCLE M, DEMEILLERS T, GARNIER G, GIRON O. L'hospitalisation psychiatrique des patients détenus : historique, enjeux et perspectives. *L'Information Psychiatrique* 2004 ; 80 : 281-4.
4. BÉNÉZECH M, LAMOTHE P, SENON JL Psychiatrie en milieu carcéral. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie* 1990 ; 37-889-A-10,11.
5. CANETTI C. Vers la pénalisation de la maladie mentale. In : *Dedans/Dehors : prison asile : le dépotoir de la psychiatrie*. Observatoire international des prisons, section française, 2002 : 24-5.
6. COLDEFY M, FAURE P, PRIETO N. Rapport de la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques Drees sur la santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus, accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. 2002.
7. DAVID M. La place des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) dans le dispositif de soins aux détenus : leur application en Guadeloupe. *L'Information Psychiatrique* 2004 ; 80 : 295-301.
8. DIRECTION DE LA RECHERCHE DES ETUDES DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, Drees. *Résultats de l'enquête nationale en santé mentale*. Drees, SMPR de Nantes, 2002.
9. GALINIER A. Les services médico-psychologiques régionaux : soins psychiatriques au détenu et milieu pénitentiaire. *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale* 1991 ; 3 : 19-23.
10. HUCK F, RÉMY A. Le service médico-psychologique régional de Strasbourg. *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale* 1992 ; 3 : 28-30.
11. HUMBERT T. Hospitalisation sous contrainte en milieu carcéral. *Synapse* 2003 ; 192 : 25-9.
12. INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SANITAIRES (IGAS) ET INSPECTION GÉNÉRALE DES SERVICES JUDICIAIRES (IGSJ), L'organisation des soins aux détenus : rapport d'évaluation 2001.
13. LAMOTHE P. A propos de l'institution idéale pour aliéné délinquant. *L'Information Psychiatrique* 1983 ; 59 : 169-72.
14. LAURENT M. Soins psychiatriques en prison ; dispositifs et bilans. *Pratique en Santé Mentale* 2003 ; 4 : 7-10.
15. LEMAIRE ML. Quelle prison pour demain? In : *Quelle prison pour demain?*. La documentation française, 2002.
16. LETANG E. Allées et venues au service médico-psychologique régional de Nantes. *Pratique en santé mentale* 2001 ; 2 : 61-3.
17. MICHAUD P. Traitement des malades mentaux dans les prisons françaises. *Revue de Neuropsychiatrie de l'Ouest* 1993 ; 113 : 35-6.
18. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, Rapport du groupe de travail interministériel relatif à la mise en œuvre de l'article 48 de la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice portant création des unités spécialement aménagées destinées à l'hospitalisation pour troubles mentaux des personnes détenues 2003.
19. OTHILY G. Justice : Administration pénitentiaire. Sénat, N°73, tome V, session Ordinaire de 2002-2003.

20. PAULET C. Bilan et perspectives de l'organisation des soins psychiatriques aux personnes détenues, en particulier de l'hospitalisation. *L'Information Psychiatrique* 2004 ; 80 : 307-12.
21. Projet médical concernant le SMPR de la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan, 2003.
22. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt d'Amiens, 2003.
23. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Bois-d'Arcy, 2003.
24. Rapport d'activité du SMPR du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan, 2002.
25. Rapport d'activité du SMPR du centre pénitentiaire de Châteauroux, et de l'antenne SMPR de la maison centrale de Saint Maur, 2003.
26. Rapport du SMPR de la maison d'arrêt de Dijon, 2003.
27. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Fresnes, 2002.
28. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Fresnes, 2003.
29. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Grenoble-Varces, 2003.
30. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Loos-lès-Lille, et de l'antenne SMPR du centre de détention de Loos-lès-Lille, 2003.
31. Rapport d'activité du DSP de la maison d'arrêt de Luynes et du centre de détention de Salon 2002.
32. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Lyon-Saint-Paul, de l'antenne SMPR de la maison d'arrêt de Lyon-Montluc, 2003.
33. Rapport d'activité du SMPR du centre pénitentiaire de Marseille, 2003.
34. Rapport d'activité du SMPR du centre pénitentiaire de Nantes, 2001-2002.
35. Rapport d'activité du SMPR du centre pénitentiaire de Nantes, 2003.
36. Rapport d'activité du DSP du centre pénitentiaire de Nouméa, 2003.
37. Rapport d'activité du SMPR de centre pénitentiaire de Perpignan-Thuir, 2003.
38. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Poitiers, 2002.
39. Rapport d'activité du SMPR de la maison d'arrêt de Rouen, 2003.
40. Rapport du SMPR de la maison d'arrêt de Toulouse, 2003.
41. Rapport d'activité de l'antenne du SMPR du centre de détention national du Val-de-Reuil, 2003.
42. SENON JL, BAUDER G, PARRY P. Le SMPR de Poitiers ; dix ans après. *Soins Psychiatr* 1990 ; 116-117 : 32-5.
43. SENON JL. Histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, de Pinel à la loi du 18 janvier 1994. *Ann Med Psychol (Paris)* 1998 ; 3 : 161-77.
44. SENON JL. Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. *Ann Med Psychol (Paris)* 2004 ; 162 : 646-52.
45. SENON JL. Conclusion : dix ans après et un siècle et demi après Baillarger. *Ann Med Psychol (Paris)* 2004 ; 162 : 682-4.
46. TERRA JL. Prévention du suicide des personnes détenues : évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention. *Rapport de mission à la demande du Garde des Sceaux, Ministre de la Justice et Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées* 2003.

JUAN F, CHOCARD AS, DAVID M. État des lieux des services médicopsychologiques régionaux. *L'Information Psychiatrique* 2005 ; 81 : 609-19