



Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques

Santé mentale et population pénale : 100 propositions pour sortir de l'impasse

Mme Josiane Corneloup et Mme Élise Leboucher
rapporteuses

La santé mentale est identifiée comme un des enjeux majeurs du XXI^e siècle, désignée grande cause nationale 2025. Nous avons ciblé nos travaux sur la prise en charge des troubles psychiques de la population pénale qu'elle soit détenue ou suivie en milieu ouvert (sous bracelet électronique, condamnée à un travail d'intérêt général ou mineure faisant l'objet d'une mesure éducative...).

Troubles psychiques et population pénale : une ampleur alarmante, une dynamique inquiétante

En milieu fermé une surreprésentation des troubles à tous les stades de la détention.

- › **À l'entrée**, des troubles psychiatriques trois fois plus représentés qu'en population générale, jusqu'à huit fois plus pour les addictions.
- › **À la sortie**, deux tiers des hommes et trois quarts des femmes présentent un trouble psychiatrique ou addictif.
- › Une population caractérisée par des **cumuls de troubles** psychiatriques, addictifs, neuro-développementaux (un quart des détenus serait concerné par les TDAH).
- › Une population marquée par des **carences éducatives** (plus d'une personne détenue sur deux a connu une mesure d'assistance éducative pendant l'enfance) et des **traumatismes subis pendant l'enfance** (75 % des hommes et 85 % des femmes).
- › Un parcours pénal marqué par la **récidive** et qui commence dès l'enfance.

Une dynamique d'aggravation en milieu fermé comme en milieu ouvert, une explosion des besoins de prise en charge.

En détention :

- › Un constat unanime d'augmentation des troubles.
- › De nombreux témoignages font état de troubles plus sévères, plus complexes.
- › Une alerte majeure : la présence en prison d'un nombre croissant de personnes qui n'y ont pas leur place.

En milieu ouvert :

- › Une explosion des besoins de prise en charge dont témoigne très partiellement celle du nombre de personnes concernées par des mesures de soins ordonnées par la justice, qui a plus que doublé en 10 ans passant de 35 000 en 2014 à plus de 73 500.
- › Une situation particulièrement alarmante des mineurs qui mérite une analyse spécifique.

La pénalisation de la maladie mentale, une dérive alimentée par la crise du soin, de la justice et de la prison

1. L'effondrement de la psychiatrie publique et la défaillance des prises en charge en amont du parcours judiciaire :

- › Des gens arrivent en prison parce qu'ils ne sont pas soignés dehors et y reviendront pour les mêmes raisons : un lien de causalité reconnu par tous.
- › L'effondrement des capacités de prise en charge psychiatrique dans un contexte d'explosion des besoins pénalise davantage les plus vulnérables.
- › Les spécialistes observent une forme de déplacement de l'hôpital psychiatrique vers la prison, "asile de substitution".

2. Les personnes souffrant de troubles se heurtent aussi à des facteurs défavorables lorsqu'elles sont confrontées à la justice

Des freins croissants au recours à l'irresponsabilité pénale :

- › Une proportion marginale : 0,5 % des deux millions de personnes orientées par la justice déclarées irresponsables en 2023.
- › Son champ a été restreint par deux interventions législatives.
- › Altération et abolition du discernement sont des catégories floues.
- › Son application est compromise par l'état critique de l'expertise.
- › La garde à vue est devenue un filtre particulièrement défaillant.

Des facteurs de surincarcération :

- › La détention provisoire est souvent l'antichambre de l'expertise.
- › Le principe d'atténuation de la peine en cas d'altération du discernement reste très mal appliqué.
- › Les procédures accélérées pénalisent les personnes malades.
- › La prison est perçue dans certains cas comme un lieu de soins par défaut.
- › L'accès aux aménagements de peine et aux suspensions de peine pour motif médical est entravé pour ces personnes.

3. Une détention de plus en plus pathogène et surpénalisante :

- › La prison concentre tous les facteurs connus pour dégrader la santé mentale : enfermement, perte de repères, promiscuité ou isolement, tensions et stress permanents, sous-activité ou inactivité contraintes, ruptures des liens sociaux et familiaux... Elle aggrave les troubles et en crée de nouveaux. Elle est addictogène, ne met pas à l'abri des consommations et expose à des pratiques de consommation dangereuses.
- › Ces facteurs s'amplifient avec l'augmentation spectaculaire de la surpopulation qui aggrave les conditions de détention, la sous-activité et fait flamber les violences (entre détenus : + 72 % en 4 ans ; les surveillants y sont de plus en plus exposés).
- › La détention surpénalise les personnes souffrant de troubles : souvent mises à l'isolement par mesure de protection en dépit de son impact délétère sur la santé mentale, leurs comportements inadaptés, symptôme de troubles, les exposent à des sanctions disciplinaires. Leur détention est émaillée d'incidents qui les prive notamment d'aménagements de peine.

En détention, un effet de ciseau dramatique : explosion des besoins et dégradation des capacités de prise en charge

Les grands principes de la prise en charge :

- › Depuis la loi fondatrice de 1994, l'hôpital se déplace vers la prison pour y assurer des soins selon un principe d'équivalence avec les soins réalisés à l'extérieur.
- › Les personnes détenues bénéficient des mêmes droits et garanties qu'à l'extérieur (protection du secret médical, principe du consentement aux soins).

Une architecture de soins incomplète et sous-dimensionnée :

Il existe en théorie 3 niveaux de prise en charge en fonction de l'intensité des besoins :

1. Les soins ambulatoires sont assurés par 179 unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), qui comportent en théorie une équipe chargée des soins psychiatriques ;
2. L'hospitalisation de jour est assurée à titre principal par 27 services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et par certaines unités sanitaires qui ont développé cette capacité ;
3. 9 unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour les personnes détenues ont été créées pour l'hospitalisation psychiatrique à temps complet.

Un parcours de soin hétérogène marqué par des carences et des ruptures :

Un accès aux soins ambulatoires inégal et appauvri

- › La consultation d'entrée, outil essentiel de repérage, est fragilisée par la pénurie de moyens et la surpopulation.
- › L'entrée dans le soin est dégradée et parfois absente.
- › Les prises en charge sont assurées de manière croissante par des professionnels non médicaux.
- › Les délais de consultation s'allongent. La prise en charge se concentre sur les situations d'urgence au détriment de suivis soutenus et réguliers.
- › Les pratiques de distribution des médicaments sont inadaptées et risquées, ce qui entraîne mésusages, détournements et trafics.
- › La prise en charge des troubles addictifs est morcelée, sous-dotée et mal articulée avec la psychiatrie.
- › L'accès aux traitements de substitution est difficile.

Une organisation mise à mal par un manque de moyens et des contraintes carcérales croissantes :

Une pénurie de moyens qui s'aggrave

- › Le financement des unités sanitaires, fondé sur la capacité théorique des établissements, est de plus en plus déconnecté des besoins.
- › La pénurie de soignants, en particulier de psychiatres, s'aggrave à tous les niveaux : les équipes sont en sous effectifs, fragiles et instables ; le déficit d'attractivité s'amplifie.

Des contraintes carcérales croissantes

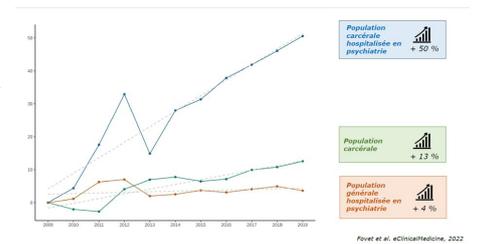
- › L'accès aux soins est de plus en plus entravé par la surpopulation et le manque de surveillants.
- › Les problèmes de locaux sont aggravés par la surpopulation.
- › Entre 30 et 40% des rendez-vous ne sont pas honorés, ce qui représente un gaspillage massif de ressources rares.
- › Les extractions médicales sont de plus en plus difficiles à obtenir.
- › Du côté des patients détenus, les motifs de refus de soin sont majorés en détention (peur de la stigmatisation, incapacité de se percevoir comme malade, crainte des ruptures engendrées par les hospitalisations). Parallèlement, les équipes soignantes sont confrontées à un afflux de demandes de consultations motivées par des motifs judiciaires (espoir de réduction et aménagement de peine).
- › Les contraintes carcérales, notamment sécuritaires, sur l'exercice du soin se sont considérablement accrues, pourtant, la sécurité est mise à mal par la pénurie de surveillants.

Une hospitalisation encore difficile d'accès et souvent inadaptée :

La création de 9 UHSA a constitué une avancée majeure mais encore très loin de couvrir tous les besoins.

- ▶ Leur montée en charge est entravée par le manque de ressources médicales : des unités neuves restent fermées faute de moyens humains pour les faire fonctionner.
- ▶ Les délais d'admission sont incompatibles avec la gestion des urgences, l'accès y est inégal, parfois inexistant.
- ▶ Le retour en détention entraîne des ruptures de soins ; le parcours de soins est souvent une succession de tranches d'hospitalisation sans continuité.
- ▶ L'accès à l'hospitalisation de jour est très restreint et inégal.

Malgré l'arrivée des UHSA, l'hôpital de proximité reste en première ligne, notamment pour la gestion des urgences dans des conditions particulièrement dégradées sur le plan de la sécurité et du soin (placement quasi systématique en chambre d'isolement avec mesures fréquentes de contention dans le cadre d'hospitalisations aussi courtes que possible).



Une prise en charge très inégale, des angles morts :

- ▶ **La situation est hétérogène selon le régime de détention** : elle est moins dégradée dans les établissements pour peine que dans les maisons d'arrêt ; la semi-liberté apparaît comme une véritable zone de non-droit en matière d'accès aux soins ; la couverture médicale dans les structures d'accompagnement vers la sortie (SAS) est trop peu fournie ; la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel présente des carences importantes et son efficacité reste très incertaine.
- ▶ **La situation est particulièrement critique dans certains territoires**, en particulier les déserts médicaux et les Outre-mer.
- ▶ **Des publics plus vulnérables sont parfois encore plus éloignés du soin**, en particulier les femmes dont la santé mentale est beaucoup plus dégradée, les conditions d'incarcération plus difficiles et l'accès aux soins plus limité (créneaux spécifiques, exclusion de l'hôpital de jour).

La prévention, parent pauvre :

- ▶ **La prévention est une dimension résiduelle réduite à quelques actions ponctuelles menées à la marge**. Lorsqu'elles sont mises en oeuvre, elles se heurtent au manque d'adhésion ou d'assiduité de la population à laquelle elles s'adressent.
- ▶ **La réduction des risques et des dommages est encore très largement empêchée, plus de 10 ans après son inscription dans la loi**. Sans cadrage national ni véritable impulsion, la politique actuelle se résume à laisser les initiatives locales émerger ou non.
- ▶ **La prévention du suicide, sans prise sur les causes, est inefficace**. Selon les statistiques du Conseil de l'Europe, la France affichait en 2022 un taux de suicide de personnes détenues de 19,1 pour 10 000 personnes, taux très supérieur à une moyenne qui s'établit à 7,1 et troisième taux le plus élevé parmi les 47 pays étudiés. Les études montrent pourtant que les suicides ont lieu dans des contextes à risque identifiés en amont.

Entre carences et ruptures de soins, en milieu ouvert un parcours qui (re)-condamne ?

70 000 personnes sortent de prison chaque année. La sortie de prison est un moment charnière à haut risque qu'on ne peut plus ignorer :

- ▶ Il s'agit d'un moment de vulnérabilité accrue où le risque de rechute et de mortalité est majeur.
- ▶ La préparation de la sortie est pourtant notoirement insuffisante, compromise par la brièveté des séjours, les sorties dites "sèches" dont les soignants ne sont pas informés, la surpopulation et le manque criant de coordination entre acteurs (administration pénitentiaire, professionnels de santé, services sociaux). La consultation de sortie est très loin d'être systématique.
- ▶ Pour les personnes les plus malades et précaires, l'accès aux droits, condition de l'accès aux soins, peut être un véritable parcours du combattant semé d'embûches administratives insurmontables. L'absence de logement stable est un facteur majeur de rupture du soin. Les assistantes sociales, maillon essentiel pour aider à lever ces obstacles, se font très rares.
- ▶ À supposer que les droits puissent être rétablis pour éviter une rupture de traitement, l'offre de soins reste aussi absente qu'avant l'incarcération pour un public qui est mal accepté, voire rejeté par le circuit sanitaire.

Inflation d'obligations, recul du soin : la crise des soins pénalement ordonnés.

- › Les soins ordonnés par la justice explosent : ils concernent 60 à 80% de la population pénale suivie dans certaines zones.
- › Pourtant la pertinence clinique comme judiciaire de ces mesures est de plus en plus contestée. Leur champ est jugé trop large et inadéquat.
- › Leur mise en oeuvre est défaillante. À défaut de contrôle réel, les obligations de soins peuvent être mises en oeuvre de manière très superficielle et faire l'objet de contournements. Surtout elles se heurtent à la pénurie de soins, submergent des structures de soins déjà saturées et suscitent un rejet croissant. Dépriorisées, voire refusées par certaines structures, elles restent souvent des coquilles vides.

Les mineurs : à besoins plus criants, réponses plus insuffisantes

Chez les jeunes sous protection judiciaire de la jeunesse :

- › **Des troubles plus fréquents, plus sévères, plus complexes, des addictions plus diversifiées, presque généralisées.**
- › **Une double faillite en amont : aide sociale à l'enfance et pédopsychiatrie sinistrées.**

Des chiffres sans appel :

- Un enfant sur deux pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) souffre d'au moins un trouble psychique ;
- Près d'un jeune de 18 à 25 ans sur deux sans abri est passé par l'aide sociale à l'enfance ;
- Plus d'une personne incarcérée sur deux a fait l'objet d'une mesure d'assistance éducative ou d'un placement au cours de l'enfance ;
- Près d'une personne incarcérée sur deux a fait l'objet d'une mesure pénale pendant l'enfance ;
- En dépit de besoins criants, les jeunes accompagnés par l'ASE et la PJJ accèdent plus difficilement aux soins : ils consultent moins dans le circuit classique et davantage aux urgences, en situation de crise.

Des difficultés accrues d'accès à des soins coordonnés et adaptés

- › Une prise en charge hétérogène des mineurs privés de liberté : un accès moins dégradé en établissement pénitentiaire pour mineurs ; des besoins spécifiques non pris en compte dans les quartiers pour mineurs ; une prise en charge psychiatrique erratique en centre éducatif fermé ; un accès plus difficile à des soins en addictologie et à une hospitalisation adaptée ; de graves carences dans l'accès à l'éducation (moins de 5 h de cours par semaine en centre éducatif fermé).
- › En milieu ouvert, une prise en charge très lacunaire et inégale qui repose sur des partenariats fragiles, un fossé qui se creuse entre l'offre et la demande de soins.
- › Des freins qui s'additionnent : les parcours sont faits de successions de ruptures, les jeunes sont difficiles à mobiliser et souvent plus éloignés du soin ; les psychologues de la PJJ sont en perte de capacité d'action et les structures de la PJJ font l'objet de contrôles singulièrement insuffisants.

Une gouvernance à décloisonner, un pilotage à refonder

Une politique publique minée par le cloisonnement et les incompréhensions :

- › L'articulation entre santé et pénitentiaire reste insuffisante à tous les niveaux ;
- › Un dialogue reste à structurer entre justice et psychiatrie ;
- › Un décloisonnement est nécessaire au sein même du champ sanitaire ;
- › Une concertation interinstitutionnelle sur l'avenir de la prison est nécessaire en intégrant la question de la régulation carcérale.
- › Il faut structurer le développement d'alternatives à l'incarcération fondées sur une approche intégrée .

Un pilotage à refonder :

- › Il est urgent de sortir d'un pilotage aveugle dépourvu de données sans aucune culture de l'évaluation.
- › Un effort de formation massif doit être déployé en privilégiant les formations communes et croisées.

100 préconisations pour sortir de cette impasse sanitaire et sécuritaire :

- › Agir sur les facteurs de pénalisation de la maladie mentale,
- › Améliorer la prise en charge en détention,
- › Préparer et accompagner la sortie,
- › Redonner sens aux soins ordonnés par la justice,
- › Placer les jeunes au cœur des priorités,
- › Décloisonner la gouvernance et refonder le pilotage.



Lire l'intégralité du rapport sur le site de l'Assemblée nationale :

<https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/organes/delegations-comites-offices/cec>