COMMITTEE OF MINISTERS
COMITÉ DES MINISTRES

COUNCIL OF EUROPE
CONSEIL DE L'EUROPE

DÉLÉGUÉS DES MINISTRES Documents CM **CM(2023)3-add** 10 janvier 2023[1]

1456e réunion, 8 février 2023

10 Questions juridiques

10.2 Comité européen pour les problèmes criminels (CDPC)

b. Livre blanc du Conseil de l'Europe sur la gestion des personnes présentant des troubles de la santé mentale par les services pénitentiaires et de probation

Point pour examen par le GR-J lors de sa réunion du 31 janvier 2023

1. Contexte

Le Conseil de coopération pénologique (PC-CP), conformément à son mandat pour 2020-2021 (document CM(2019)131-addrev2), a examiné lors de huit réunions tenues en 2021 et 2022 la question de la gestion des personnes présentant des troubles de la santé mentale par les services pénitentiaires et de probation, passé en revue les problèmes auxquels le personnel pénitentiaire et de probation peut être confronté à cet égard et envisagé les différentes solutions et normes qu'il conviendrait éventuellement d'élaborer au niveau européen. Le présent livre blanc est le résultat de ces travaux.

Les membres élus du groupe de travail du PC-CP qui ont participé aux travaux sont : Martina BARIĆ (Croatie) (en 2021) ; Annie DEVOS (Belgique) ; Anna FERRARI (Italie) (en 2021) ; Robert FRIŠKOVEC (Slovénie) (en 2021) ; Vivian GEIRAN (Irlande) ; Manfred KOST (Allemagne) ; Dominik LEHNER (Suisse) (en 2022) ; Maria LINDSTRÖM (Suède) ; Laura NEGREDO LÓPEZ (Espagne) ; Nadya RADKOVSKA (Bulgarie) ; Paulina TALLROTH (Finlande) (en 2022) et Jorge MONTEIRO (Portugal) (en 2022 en tant que membre du PC-CP et en 2021 en tant qu'expert scientifique). Le PC-CP a bénéficié de l'aide de deux experts scientifiques : le Professeur Charlie Brooker, Royal Holloway, Université de Londres (Royaume-Uni), et Jorge Monteiro, Chef de service, Direction générale des services pénitentiaires et de probation (Portugal) (en 2021, puis en 2022 en tant que membre élu du PC-CP).

Des représentants de l'Organisation européenne de la probation (CEP), de l'Organisation européenne des services pénitentiaires et correctionnels (EuroPris) et de l'Association internationale des services correctionnels et pénitentiaires (ICPA) ont également participé aux travaux (en 2022 uniquement pour le représentant de l'ICPA), de même que Kresimir Kamber, du Greffe de la Cour européenne des droits de l'Homme et Hugh Chetwynd, du secrétariat du Comité européen pour la prévention de la torture (CPT).

Les membres du groupe de travail du PC-CP et les experts scientifiques ont estimé que les travaux devaient à ce stade donner lieu à un Livre blanc sur la gestion des personnes présentant des troubles de la santé mentale par les services pénitentiaires et de probation, dressant un état de la situation en Europe, donnant des exemples des problèmes qui se posent et des bonnes pratiques existantes et proposant une série de mesures que les États membres du Conseil de l'Europe pourraient prendre pour améliorer la prise en charge de ces personnes.

Un questionnaire[2] (figurant à la fin du document) a été envoyé aux services pénitentiaires et de probation des États membres du Conseil de l'Europe pour faire le point de la situation et recueillir des éléments à partir desquels formuler les principes fondamentaux et recommandations essentielles, s'adresse en premier lieu aux services pénitentiaires et de probation, mais aussi à d'autres acteurs du système de justice pénale tels que la police, les magistrats et les services de la justice pour mineurs.

[1] Ce document a été classé en diffusion restreinte jusqu'à la date de son examen par le Comité des Ministres.
[2] La définition des troubles de la santé mentale utilisée dans le questionnaire est celle de l'OMS, à savoir un ensemble de troubles comprenant « la dépression, les troubles affectifs bipolaires, la schizophrénie et autres psychoses, la démence [...] et les troubles du développement, y compris l'autisme ».

L'objectif de ce livre blanc est d'inciter les autorités des États membres du Conseil de l'Europe à accorder une plus grande attention aux nombreuses personnes ayant des troubles de la santé mentale qui sont prises en charge par les services pénitentiaires et de probation. On espère aussi qu'il sera l'occasion d'ouvrir le débat dans chaque État membre sur ce qu'il faut faire, au sein du système pénal et en dehors de celui-ci, en vue d'entreprendre les réformes nécessaires. Celles-ci devraient être élaborées à partir des priorités définies sur des périodes plus ou moins longues, et dans le cadre de cette démarche, les autorités nationales devraient également examiner dans quelle mesure le système de justice pénale en général et la privation de liberté en particulier apportent une réponse appropriée s'agissant des infractions commises par des personnes ayant des troubles de la santé mentale.

Le présent livre blanc devrait jeter les bases d'une recommandation du Comité des Ministres comprenant des lignes directrices sur lesquelles les autorités nationales des États membres du Conseil de l'Europe pourraient s'appuyer pour veiller à la mise en œuvre d'un certain nombre de principes fondamentaux et de normes essentielles par les services pénitentiaires et de probation qui gèrent des personnes ayant des troubles de la santé mentale.

2. Introduction

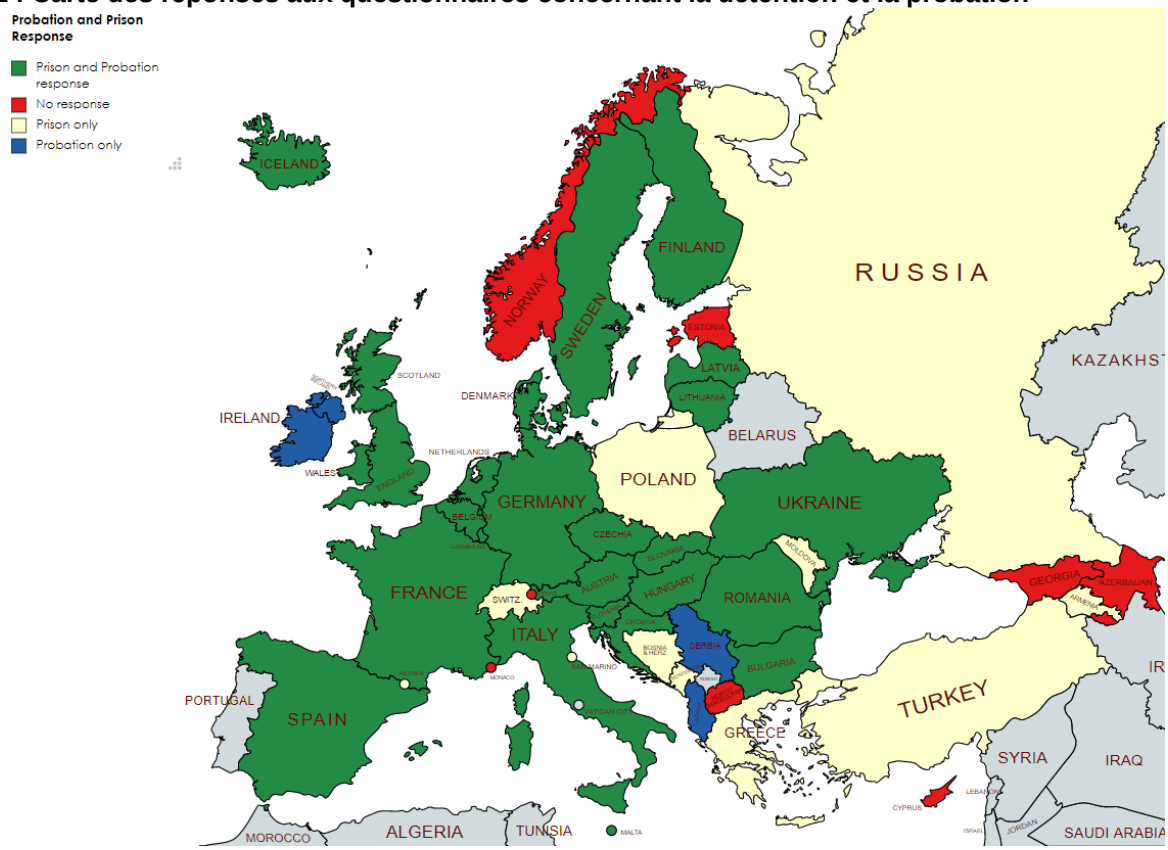
Le présent livre blanc porte sur toutes les personnes, condamnées ou non, susceptibles d'être prises en charge par les services pénitentiaires ou de probation.

La liste des services pénitentiaires et de probation a été dressée dans le cadre de l'enquête menée en 2021. La carte des réponses est présentée ci-après[3].

L'enquête de 2021 n'est pas présentée ici dans son intégralité. Les personnes qui souhaiteraient accéder à tous les éléments sont invitées à cliquer sur le lien Prisons et probation: Projet santé mentale Conseil de l'Europe/CEP ou peuvent se reporter à l'annexe 2 du présent rapport. Le résumé ci-après vise à mettre en évidence les questions dont le Conseil de l'Europe devrait se saisir.

L'annexe 3 présente quelques exemples de bonnes pratiques des services pénitentiaires et de probation, relevées dans le cadre de l'enquête.

Figure 1 : Carte des réponses aux questionnaires concernant la détention et la probation



[3] Les données ont été recueillies en 2021, lorsque la Fédération de Russie figurait encore au nombre des États membres. Elle a été exclue du Conseil de l'Europe le 16 mars 2022.

3. Les soins de santé mentale pour les personnes en détention ou sous probation

a) État des lieux

Il ressort de l'étude qu'à peine plus de la moitié (53%) des pays/juridictions disposent d'une politique nationale en matière de santé mentale des personnes sous probation. S'agissant des personnes détenues, en revanche, une telle politique existe dans presque tous les pays/juridictions (93%). Pour la probation, il y a donc de toute évidence des mesures à prendre au niveau national pour remédier à ce manque. Une disparité similaire existe concernant la sensibilisation et la formation aux questions de santé mentale : 74% du personnel pénitentiaire reçoit une forme ou une autre de formation, contre seulement 37% du personnel des services de probation ; dans 25 pays/juridictions, aucune formation spécifique sur les questions de santé mentale n'est dispensée aux agents de probation. Cela peut s'expliquer en partie par le fait que le personnel de probation a habituellement un diplôme universitaire, le plus souvent lié aux sciences sociales ou à la psychologie.

Sur la prévalence des troubles de la santé mentale, les estimations données pour les prisons (de 0% à 80%, médiane à 18%) font apparaître un écart important ; les chiffres pour la probation vont de 2% à 90% (médiane à 15%). Rappelons que tous les répondants devaient fonder leurs réponses sur la définition de l'OMS : *« Selon l'Organisation mondiale de la santé, "parmi les troubles mentaux figurent : la dépression, les troubles affectifs bipolaires, la schizophrénie et autres psychoses, la démence [...] et les troubles du développement, y compris l'autisme" »*[4].

Quatre juridictions seulement collectaient systématiquement des informations sur la prévalence s'agissant des personnes sous probation : l'Irlande du Nord (Royaume-Uni), la Catalogne (Espagne) et les *Länder* de Berlin et du Brandebourg (Allemagne).

En prison, la plupart des détenus font l'objet d'un dépistage à leur arrivée/admission dans l'établissement ainsi qu'au moment de la sortie. En ce qui concerne les services de probation, le dépistage a lieu le plus souvent au stade du tribunal et avant la sortie de prison (pour les services de probation qui s'occupent des détenus remis en liberté). Différents outils sont utilisés. Deux services de probation disposant d'équipes médicolégales de santé mentale internes, Malte et l'Irlande du Nord, utilisent : l'IDB (Inventaire de dépression de Beck) ; le STAX (pour évaluer les troubles de la personnalité) ; le GAD (échelle de dépistage de l'anxiété généralisée et de la dépression) et le PDE (examen du trouble de la personnalité). Parmi les autres outils d'évaluation auxquels ont recours d'autres services, citons : le test de psychopathie de Hare (Bulgarie) ; le questionnaire CAGE (Espagne) ; le mini-examen de l'état mental (MMSE) (Islande). Les services pénitentiaires enregistrent généralement les diagnostics réalisés dans une bases de données - l'Autriche, par exemple, utilise le Système intégré de gestion de l'exécution. Le plus souvent c'est le médecin généraliste de l'établissement pénitentiaire ou attaché au service de probation qui réalise le dépistage - à Malte et en Irlande du Nord, cependant, c'est le psychologue du service médicolégal de santé mentale qui s'en charge.

Un tiers des services de probation doivent appliquer des obligations de soins de santé mentale prononcées par la justice. Cela est le cas en Catalogne (Espagne), en Angleterre (Royaume-Uni), en France, dans les *Länder* de Berlin, du Mecklembourg-Poméranie-Occidentale et du Schleswig-Holstein (Allemagne)[5], en Irlande du Nord (Royaume-Uni), en Écosse (Royaume-Uni) et en Türkiye. Quant aux prisons, elles sont soumises dans 70 % des juridictions (Arménie, Autriche, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, République tchèque, Danemark, Finlande, France, Grèce, Italie, Lituanie, Lettonie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, République slovaque, Slovénie, Espagne - y compris la Catalogne - et Suède) à des obligations ou exigences spécifiques concernant la prise en charge dans l'établissement des troubles de la santé mentale.

En ce qui concerne les mesures de prévention du suicide, la situation est très différente selon que la personne est incarcérée ou fait l'objet d'une mesure appliquée dans la communauté. Dans la plupart des prisons (90 %) une forme ou une autre de prévention du suicide est en place, alors que des mesures spécifiques n'existent que dans une minorité (13 %) de services de probation[6].

[4] Veuillez noter que nous nous basons sur cette définition pour l'ensemble du livre blanc, sans tenir compte par conséquent des complexités spécifiques en matière de trouble de la santé mentale, comme le double diagnostic. Nous ne nous arrêtons pas non plus sur la question de la classification du trouble de la personnalité.

[5] Comme le prévoit le code pénal fédéral allemand (Strafgesetzbuch - StGB), le tribunal peut imposer des ordonnances de traitement de la santé mentale (article 56c, paragraphe 2, 59a, paragraphe 2, 68b, paragraphe 2). Dans tous les États fédéraux, les agents de probation sont tenus d'exécuter ces ordonnances (article 56d, paragraphe 3).

[6] Bertolote et Fleischmann (2002) estiment dans une étude qu'il y a dans 90 % de l'ensemble des suicides un trouble de santé mentale diagnosticable - dépression, psychose et abus de substances psychoactives le plus souvent (la dépression combinée à l'abus d'alcool est le plus fréquent).

L'enquête se penchait aussi sur les questions liées aux spécificités en rapport au genre, eu égard au fait que les femmes ne représentent qu'une très petite partie des personnes incarcérées ou sous probation (10 % environ)[7]. Près de la moitié (47 %) de l'ensemble des réponses concernant la détention mentionnent l'existence d'une approche tenant compte de la dimension de genre. Le chiffre concernant la probation est bien inférieur (24 %). Trois services de probation (Angleterre, Écosse et Irlande du Nord, tous au Royaume-Uni) indiquent qu'ils interviennent dans le cadre d'une approche tenant compte des traumatismes. En France, une équipe de Lille mène une étude sur la santé mentale en population carcérale sortante dont l'un des volets est consacré aux femmes sortant de détention. Nous évoquerons plus en détail d'autres bonnes pratiques dans la partie suivante.

b) Pourquoi les troubles de la santé mentale sont-ils présents de manière disproportionnée chez les personnes incarcérées ou sous probation ?

La surreprésentation parmi les personnes relevant de la justice pénale d'individus ayant des troubles de la santé mentale s'explique par un large éventail de facteurs croisés. Une publication récente (2020) du Centre de toxicomanie et de santé mentale (2020), au Canada, donne une bonne description de ces facteurs :

Les raisons pour lesquelles les personnes atteintes d'une maladie mentale se retrouvent aux prises avec le système de justice pénale sont nombreuses et liées entre elles. Les facteurs sociétaux tels que la stigmatisation, la pauvreté structurelle, le racisme (en particulier le racisme anti-noirs et anti-indigènes), le logement inadéquat et les traumatismes peuvent accroître le risque, tout comme les problèmes concomitants de santé mentale et d'abus de substances psychoactives. La politique en matière de maintien de l'ordre et la politique de justice pénale peuvent également entraîner une présence accrue dans le système de justice pénale. Dans certains cas aussi, les maladies mentales sont à l'origine de comportements qui donnent lieu à une intervention de la justice pénale. On désigne souvent la surreprésentation des personnes atteintes d'une maladie mentale dans le système de justice pénale par l'expression « criminalisation » de la maladie mentale. (page 5).

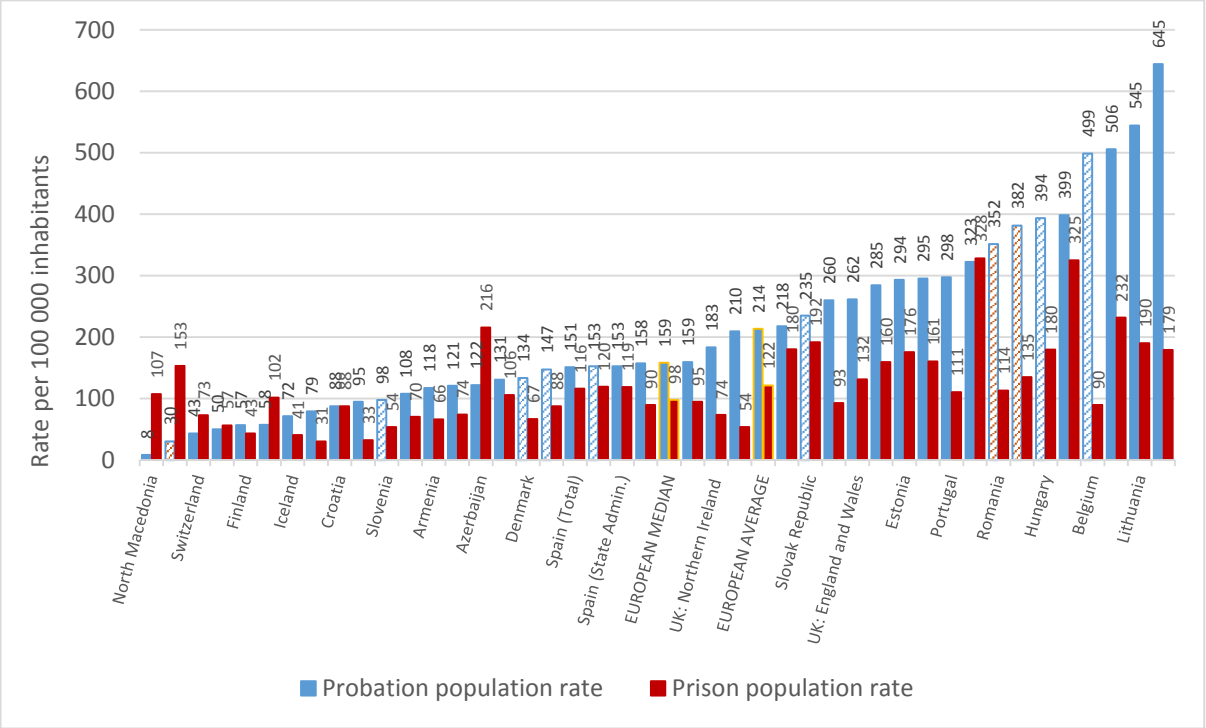
Certains font aussi valoir que les services de santé mentale ne répondent pas aux besoins du système de justice pénale. En Angleterre (Royaume-Uni), par exemple, le nombre de lits de soins de santé mentale aigus a diminué de manière importante et les dépenses pour la prise en charge en milieu ouvert ont été réduites (Criminal Justice Joint Inspection, 2021). L'OMS indique que les prisons sont utilisées comme des « dépotoirs » où aboutissent les personnes ayant des troubles mentaux graves qui n'arrivent pas à être admises dans un service de soins adapté (OMS/CRI, Feuille d'information, Santé mentale et prisons, 2005). L'Organisation décrit ensuite les effets délétères de la prison sur l'état de santé mentale lui-même.

c) Cartographie des services pénitentiaires et de probation : les données SPACE

La figure 2 ci-dessous présente en parallèle les taux de la population sous probation et ceux de la population carcérale. Cette comparaison montre notamment que dans 34 des 40 services pénitentiaires et de probation concernés, le taux de probation par habitant est supérieur au taux de la population carcérale. Les exceptions sont, par ordre d'importance, la Macédoine du Nord, la Serbie, la Suisse, la Norvège, la Bulgarie et l'Azerbaïdjan, où le nombre de détenus pour 100 000 habitants est supérieur au nombre de probationnaires.

[7] Notamment la question de savoir si les prisons peuvent constituer un environnement thérapeutique pour les femmes. Voir OSF Preprints | *Trauma-Informed Care In Women's Prisons: A co-produced rapid literature review*.

Figure 2 : Taux de probation et taux d'incarcération (pour 100 000 habitants) au 31 janvier 2021 (N=41) (Aebi *et al*, 2021)[8]



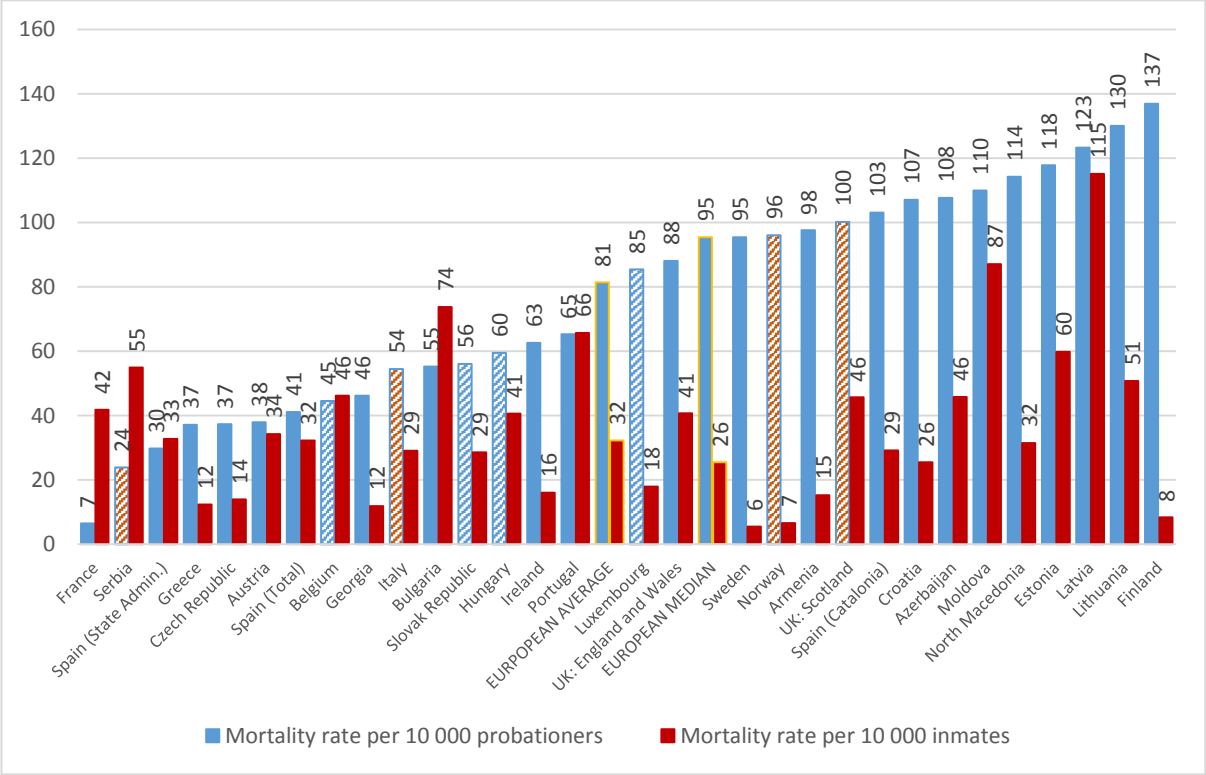
Remarque concernant la figure 2 : Les agences de probation qui n'utilisent pas *la personne* en tant qu'unité de calcul dans leurs statistiques sont présentées avec des rayés bleues tandis que les agences qui utilisent la personne en tant qu'unité de calcul que partiellement sont présentées avec des rayés oranges.

À partir des données présentées jusqu'à présent, on peut classer les pays/juridictions en fonction de leur population carcérale et de leur population sous probation. Cependant, il faut reconnaître certaines mises en garde dans toute classification, qui sont dues au fait que les pays/juridictions n'appliquent pas nécessairement les mêmes règles de comptage lors de l'établissement de leurs statistiques nationales sur les prisons et les périodes de probation (pour plus de détails, voir Aebi et coll., 2021).

La figure 3 compare la mortalité en prison et en probation (pour 10000 détenus et 10000 probationnaires respectivement). La figure montre que la mortalité est beaucoup plus élevée en probation qu'en prison.

[8] En Allemagne, le taux de population carcérale est de 66,6 (Rapport SPACE I 2021, p.32), le taux de population sous probation peut être estimé à environ 153,18 (en se basant sur le fait que le nombre de probationnaires représente environ 2,3 fois le nombre de détenus en 2020, voir Heinz, 2022, p 29 f)". Référence : Heinz, W (2022) 58 Jahre Bewährungshilfe im Spiegel der Bewährungshilfestatistik, Ein Überblick über die Entwicklung von 1963 bis 2020 im früheren Bundesgebiet, BewHi, p. 5-106.

Figure 3 : Morts en détention (pour 10 000 détenus) et morts en probation (pour 10 000 personnes sous probation) en 2020 (N = 29)



Remarque concernant la figure 3 : Les agences de probation qui n'utilisent pas la personne en tant qu'unité de calcul dans leurs statistiques sont présentées avec des rayés bleues tandis que les agences qui utilisent la personne en tant qu'unité de calcul que partiellement sont présentées avec des rayés oranges.

Pour expliquer les taux de mortalité beaucoup plus élevés chez les personnes sous probation, Aebi et ses collègues (2021) avancent les éléments suivants :

a) les contraintes liées à l'environnement carcéral réduisent le risque de comportement à risque ou d'accident mortel ;

b) les détenus souffrant de maladies graves ou en phase terminale sont souvent libérés de prison et placés sous probation.

Dans certains pays, le taux de mortalité s'explique en grande partie par le pourcentage de suicides[9], qui peut être plus élevé que dans la population générale.

Il semble que ce soit le cas en Angleterre et au Pays de Galles (Philips *et al.*, 2018), où le taux de suicide est de 118 pour 100 000 parmi les personnes sous probation, contre 83 pour 100 000 dans la population carcérale et 13,6 pour 100 000 dans la population générale. Le risque de suicide est ainsi neuf fois plus élevé pour les personnes sous probation que parmi la population générale (six fois plus pour les personnes incarcérées).

4. Organisation mondiale de la santé (OMS)[10]

L'OMS souligne que le taux disproportionné de personnes présentant des troubles de la santé mentale parmi la population carcérale s'explique par plusieurs facteurs : l'idée fausse très répandue selon laquelle toutes les personnes ayant des troubles mentaux représentent un danger pour la population ; le manque de tolérance à l'égard des comportements difficiles ou inquiétants, que l'on constate dans de nombreuse sociétés ; l'absence de mesures de prise en charge, de soins et de réadaptation, et, surtout, la pénurie de services de santé mentale, ou la difficulté d'y accéder, dans de nombreux pays. L'OMS précise que dans de nombreux cas les troubles sont présents avant l'entrée en prison et s'aggravent en raison du stress lié à l'incarcération, mais qu'il arrive aussi qu'ils apparaissent pendant celle-ci.

[9] En Allemagne, le taux de suicide dans les prisons est de 5,3 pour 10.000 détenus, p. 117, Rapport SPACE I 2021, https://wp.unil.ch/space/space-i/annual-reports/, (donc 53 pour 100.000), contre 10,18 pour 100.000 dans la population générale, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00122/default/table?lang=de.

[10] OMS/CIRC Fiche d'information « La santé mentale et les prisons », 2005

Les conclusions :

a. **Les prisons sont dangereuses pour la santé mentale :** la surpopulation, les diverses formes de violence, la solitude forcée ou, à l'inverse, le manque d'intimité, l'absence d'activités intéressantes, l'isolement de son environnement social, l'insécurité quant aux perspectives d'avenir (travail, relations, etc.) et l'insuffisance des services de santé, notamment de santé mentale, entre autres, sont des facteurs de risque.

b. **Les prisons sont bien souvent utilisées comme « dépotoir » où l'on abandonne les personnes ayant des troubles mentaux.**

c. **Les personnes ayant des troubles mentaux sont exposées à la stigmatisation et à la discrimination en prison.**

d. **Une prise en charge efficace est possible, mais les ressources disponibles sont trop souvent mal utilisées.** La construction d'hôpitaux psychiatriques pénitentiaires, en particulier, n'est pas rentable, car ces établissements sont très coûteux à gérer, ont une capacité limitée et se caractérisent par un faible taux de remise en liberté. En outre, un grand nombre d'entre eux fonctionnent en dehors du cadre des services de santé chargés de contrôler la qualité des interventions sanitaires, ce qui peut donner lieu à des violations des droits de l'homme.

Mesures à prendre :

a. ***Assurer la détection, la prévention et le traitement approprié des troubles mentaux*** et œuvrer en faveur d'une bonne santé mentale, autant d'éléments qui font partie des objectifs de santé publique en prison et sont essentiels à la bonne gestion des établissements pénitentiaires.

b. ***Orienter les personnes ayant des troubles mentaux vers le système de santé mentale à tous les stades de la procédure pénale (arrestation, poursuites, procès, incarcération).*** L'incarcération de personnes ayant des troubles mentaux en raison de l'absence de solution dans les services publics de santé mentale devrait être strictement interdite par la loi.

c. ***Veiller à ce que tous les détenus aient accès à une évaluation, une prise en charge et des soins de santé mentale appropriés.***

d. ***Veiller à ce que tous les détenus qui en ont besoin aient accès à des soins aigus de santé mentale dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux.***

e. ***Garantir l'accès à un accompagnement psychologique et à des médicaments psychotropes prescrits de manière rationnelle.***

f. ***Dispenser une formation sur les questions de santé mentale au personnel concerné,*** notamment les directeurs d'établissement pénitentiaires, les surveillants et les agents de santé travaillant dans les prisons. La formation devrait porter y compris sur la prise en considération et la prévention des suicides, la sensibilisation aux droits de l'homme et la promotion des mesures en faveur d'une bonne santé mentale du personnel et des détenus.

g. ***Donner aux détenus et à leur famille des informations/une formation sur les questions de santé mentale.***

h. ***Promouvoir l'application de normes élevées de gestion des prisons, pour le respect et la protection des droits de l'homme.***

i. ***Veiller à ce que les besoins des détenus soient pris en considération dans les politiques et plans nationaux de santé mentale.***

j. ***Défendre l'adoption d'une législation sur la santé mentale qui protège les droits de l'homme.***

k. ***Encourager la collaboration intersectorielle.***

5. La position du Conseil de l'Europe

Les Recommandations du Comité des Ministres

Les Règles pénitentiaires européennes [Rec(2006)2-rev]

Les Règles pénitentiaires européennes sont le corpus le plus complet et le plus connu de normes et principes fondamentaux en matière de gestion des prisons et de traitements des personnes incarcérées.

En vertu de la règle 12, les personnes souffrant de maladies mentales et dont l'état de santé mentale est incompatible avec la détention en prison, devraient être détenues dans un établissement spécialement conçu à cet effet. Il est précisé que si ces personnes sont néanmoins détenues dans une prison, leurs besoins spécifiques doivent être régis par des règles spéciales.

Au moment de l'admission en prison, les informations sur l'état de santé du détenu doivent être consignées par écrit (règle 15.1.*f*), puis (règle 16.*a*), être complétées sans délai par un examen médical. La règle 16.A préconise de recueillir régulièrement des informations sur le comportement et la conduite de chaque détenu, y compris le risque pour lui-même ou pour les autres, et de faire en sorte que les personnes concernées aient accès à leur dossier médical et autres dossiers.

La règle 40 prévoit que « les services médicaux de la prison doivent s'efforcer de dépister et de traiter les maladies physiques et mentales », et notamment poursuivre les traitements entamés avant l'admission en prison, et que des services psychiatriques doivent être fournis aux détenus.

En vertu de la règle 42.3 *h*, le personnel médical doit aussi accorder une attention particulière « à l'identification des problèmes de santé physique ou mentale qui pourraient faire obstacle à la réinsertion de l'intéressé après sa libération ».

Les Règles pénitentiaires européennes comprennent une partie spécifiquement consacrée à la « santé mentale », dans laquelle il est indiqué que « des établissements ou sections pénitentiaires spécialisées placées sous contrôle médical doivent être organisés pour l'observation et le traitement de détenus atteints d'affections ou de troubles mentaux qui ne relèvent pas nécessairement des dispositions de la règle 12 ». La nécessité de porter une attention particulière à la prévention du suicide est également soulignée.

Les règles 53 et 53A, qui traitent respectivement des mesures de haute sécurité ou de sûreté et de la séparation, prévoient que l'application de toute mesure de ce type doit tenir compte de l'état de santé de la personne concernée afin d'éviter les potentiels effets négatifs sur elle ; si l'on observe des effets négatifs sur la santé mentale ou physique de la personne, la mesure doit être suspendue ou remplacée par une mesure moins restrictive.

Recommandation n° Rec(98)7 du Comité des Ministres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire

Cette recommandation adoptée en 1998 contient des normes très détaillées concernant les soins de santé en prison. Elles énoncent les dispositions nécessaires pour que tous les détenus aient accès à un médecin et prévoient que les soins de santé dispensés devraient être équivalents à ceux dont bénéficie la population générale, que le consentement du patient au traitement devrait être obtenu et que le secret médical devrait être observé avec la même rigueur, que les médecins devraient exercer leur activité, prendre les décisions cliniques et donner les évaluations médicales en toute indépendance.

La recommandation comporte une section spéciale consacrée à la santé mentale (points 52 à 59), qui souligne la nécessité pour le personnel de santé mentale et le personnel pénitentiaire de travailler en étroite collaboration afin que les détenus puissent être aidés et conseillés aux mieux, et de favoriser leur adaptation. Il est recommandé que les personnes condamnées pour des infractions sexuelles bénéficient d'un examen psychiatrique et psychologique, que les détenus souffrant de graves troubles mentaux soient placés dans un établissement hospitalier doté de l'équipement adéquat et disposant d'un personnel qualifié, et que la décision d'admettre un détenu dans un hôpital public soit prise par un psychiatre. L'isolement cellulaire qui ne peut être évité, devrait être remplacé dès que possible par une surveillance infirmière permanente, et les mesures de contention physique applicables dans les situations d'urgence devraient être remplacées sans délai par l'administration de médicaments adéquats. Il est également nécessaire de prendre en considération les risques de suicide (qui devraient être appréciés en permanence par le personnel médical et pénitentiaire), et d'assurer la continuité des soins médicaux après la remise en liberté.

CM/Rec(2008)11 sur les Règles européennes pour les délinquants mineurs faisant l'objet de sanctions ou de mesures (REDMOSSM)

Les REDMOSSM contiennent seulement trois règles spéciales pour les mineurs dans les institutions de santé mentale (Règles 117-119). Tous les autres aspects sont couverts par les règles générales sur la privation de liberté (Règles 49-107). La Règle 117 souligne que « les délinquants mineurs placés dans des institutions de santé mentale doivent bénéficier du même traitement général que les autres mineurs placés dans ces institutions et des mêmes activités de régime que les autres mineurs privés de liberté. » La Règle 118 stipule que « le traitement des problèmes de santé mentale dans ces institutions doit être déterminé uniquement pour des raisons médicales, doit suivre les normes nationales reconnues et accréditées prescrites pour les institutions de santé mentale et doit être régi par les principes contenus dans les instruments internationaux pertinents » et la Règle 119 stipule que « dans les institutions de santé mentale, les normes de sûreté et de sécurité pour les délinquants mineurs doivent être déterminées principalement pour des raisons médicales ».

CM/Rec(2010)1 sur les Règles de probation du Conseil de l'Europe

Ces règles régissent le travail des services de probation et la gestion des auteurs d'infractions sous probation. La Recommandation insiste beaucoup sur la nécessité de partenariats avec d'autres organisations publiques ou privées et avec les communautés locales, ainsi que sur la nécessité d'un travail coordonné et complémentaire entre les agences et les disciplines, car les auteurs d'infractions ont souvent des besoins complexes et la sécurité de la communauté doit aussi être assurée (Règle 12). Dans le cas des auteurs d'infractions atteints de troubles mentaux, le respect de ces principes semble encore plus important.

La règle 2 des principes de base souligne que les agences de probation doivent respecter les droits de l'homme des auteurs d'infractions et que, lors de la planification et de l'exécution de leurs interventions, il convient de tenir dûment compte de la dignité, de la santé, de la sécurité et du bien-être des auteurs d'infractions.

Cour européenne des droits de l'homme

Prise en charge des détenus atteints de maladie mentale[11]

La Cour souligne que l'État doit s'assurer que les modalités de la détention ne soumettent pas le détenu à une détresse ou à une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention et que la santé et le bien-être de l'intéressé sont assurés de manière adéquate par l'administration des soins médicaux requis[12].

Le maintien en détention d'une personne sans surveillance ni prise en charge médicales appropriées constitue un traitement inhumain et dégradant et donc une violation de l'Article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et libertés fondamentales (ci-après la Convention). En particulier, l'état des détenus souffrant de graves troubles mentaux et présentant des risques suicidaires appelle des mesures spécifiques, quelle que soit la gravité de l'infraction pour laquelle ils ont été condamnés[13].

La Cour a reconnu que les détenus atteints de troubles mentaux sont plus vulnérables que les détenus ordinaires. Certains aspects de la vie carcérale les exposent davantage à un danger pour leur santé, renforcent le risque qu'ils se sentent en situation d'infériorité, et sont forcément source de stress et d'angoisse[14]. Par conséquent, lorsqu'elle apprécie le point de savoir si des conditions données de détention sont ou non compatibles avec les normes de la Convention, la Cour tient compte de la vulnérabilité des personnes concernées et de leur capacité ou incapacité à se plaindre de manière cohérente, voire à se plaindre tout court, du traitement qui leur est réservé[15].

[11] La Convention est un instrument vivant et la terminologie utilisée change au fil du temps (« trouble de la santé mentale », « maladie mentale », « trouble mental », « état d'aliénation », etc.), reflétant l'évolution de la société et les décisions de fond.
[12] *Kudla c. Pologne* [GC], 26 octobre 2000.
[13] *Rivière c. France*, 11 juillet 2006.
[14] *Rooman c. Belgique* [GC], requête n° 18052/11, 31 janvier 2019.
[15] *Murray c. Pays-Bas* [GC], requête n° 10511/10, 26 avril 2016.

En vertu de la Convention, les autorités sont tenues de prendre effectivement les mesures nécessaires pour garantir des conditions de détention appropriées aux personnes atteintes de troubles mentaux, et en particulier de leur fournir un traitement médical adéquat tenant compte de leur état de santé[16].

Par exemple, dans l'affaire d'un détenu souffrant d'épilepsie depuis sa petite enfance et pour lequel un diagnostic de schizophrénie et d'autres troubles mentaux graves avait également été rendu, la Cour a estimé que l'intéressé avait besoin d'un traitement spécialisé et de conditions de détention adaptées. Le détenu n'avait cependant pas été placé dans un établissement psychiatrique adapté ni dans un centre de détention doté d'un pavillon psychiatrique spécialisé, ce qui avait nui à sa santé et à son bien-être. La Cour a également considéré que les autorités devaient faire en sorte que le requérant soit transféré dans les plus brefs délais dans un établissement spécialisé apte à lui fournir le traitement psychiatrique nécessaire et un suivi médical constant[17].

À cet égard, les obligations découlant de l'Article 3 peuvent aller jusqu'à imposer à l'État de transférer des détenus vers des établissements adaptés afin qu'ils puissent bénéficier de soins appropriés et d'un suivi médical adéquat[18].

En outre, les conditions de soins d'une personne ayant des troubles de la santé mentale sont également importantes pour la « régularité » de la privation de liberté de cette personne au sens de l'Article 5 de la Convention. Selon la jurisprudence de la Cour, il existe un lien intrinsèque entre la régularité d'une privation de liberté et ses conditions d'exécution[19].

Les personnes ayant des troubles mentaux doivent par conséquent recevoir des soins dans un établissement « approprié ». L'analyse visant à déterminer si un établissement particulier est « approprié » comporte un examen des conditions spécifiques de détention qui y règnent, et notamment du traitement prodigué aux personnes ayant des troubles mentaux[20]. L'important pour la Cour n'est pas tant le but premier de l'établissement, mais plutôt la possibilité pour les personnes concernées de bénéficier d'un traitement. Ainsi, même si les hôpitaux psychiatriques sont par définition des institutions appropriées, la Cour a mis l'accent sur la nécessité d'accompagner le placement dans ces établissements de mesures thérapeutiques efficaces et cohérentes, qui dans certains cas peuvent aussi être dispensées en prison[21].

Pour déterminer si le traitement dispensé est « approprié », la Cour tient compte des avis des professionnels de la santé, des décisions rendues par les autorités internes et des conclusions plus générales des institutions au niveau national et international sur l'administration de soins de santé. En outre, la Cour examine dans chaque affaire s'il existe une prise en charge thérapeutique individualisée et spécialisée dans le traitement des troubles mentaux en question et si celle-ci vise à la réinsertion de la personne concernée dans la société[22].

La Cour a par ailleurs estimé qu'une question peut se poser au regard de la Convention si un détenu dont le comportement- concernant par exemple un risque d'automutilation ou de suicide - est dû à un trouble mental se voit infliger des sanctions disciplinaires, comme le placement en cellule disciplinaire, en l'absence d'une surveillance et d'un traitement adéquats[23].

On trouvera ci-après quelques exemples d'affaires concernant des troubles mentaux spécifiques qui ont été examinées par la Cour.

Dans une affaire concernant un auteur d'infraction sexuelle souffrant de maladie mentale qui n'avait pas été reconnu pénalement responsable de ses actes, qui avait été interné dans l'aile psychiatrique d'une prison ordinaire sans prise en charge médicale adéquate et pendant plus de quinze ans, la Cour a conclu à la violation de l'Article 3 de la Convention. Elle a estimé que le maintien du requérant en annexe psychiatrique sans espoir réaliste de changement, sans encadrement médical approprié et pendant une période significative constituait une épreuve particulièrement pénible l'ayant soumis à une détresse d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention[24].

[16] *Dybeku c. Albanie*, 18 décembre 2007.
[17] *Sławomir Musiał c. Pologne*, 20 janvier 2009.
[18] *Murray c. Pays-Bas* [GC], requête n° 10511/10, 26 avril 2016.
[19] *Ilnseher c. Allemagne* [GC], requêtes n° 10211/12 et 27505/14, 4 décembre 2018.
[20] *Rooman c. Belgique* [GC], requête n° 18052/11, 31 janvier 2019.
[21] *Ibid*.
[22] *Ibid* ; *Murray c. Pays-Bas* [GC], requête n° 10511/10, 26 avril 2016.
[23] *Renolde c. France*, 16 octobre 2008.
[24] *Claes c. Belgique*, 10 janvier 2013 ; *Lankester c. Belgique*, 9 janvier 2014.

La Cour a également conclu à des violations de la Convention dans plusieurs autres affaires concernant des auteurs d'infractions sexuelles en raison de la détention des intéressés pendant de longues années dans un environnement carcéral inadapté à leur état, sans qu'ils reçoivent des soins appropriés à leur état de santé mentale et sans qu'ils aient de perspective de réinsertion dans la société. Cette situation a rompu le lien requis entre le but de la détention et les conditions pratiques dans lesquelles elle a lieu, et le maintien en détention de ces personnes dans l'aile psychiatrique d'une prison est un défaut structurel d'alternative. La Cour a estimé qu'il existait un dysfonctionnement structurel propre au système belge d'internement psychiatrique et que la Belgique était tenue d'organiser son système d'internement psychiatrique des personnes délinquantes de telle sorte que la dignité des détenus soit respectée[25].

Dans une affaire concernant un détenu atteint du syndrome de Ganser (appelé aussi « psychose de prison »), la Cour a conclu à la violation de l'Article 3, estimant que le seuil de gravité pour qu'un traitement soit considéré comme dégradant au sens de cet article avait été dépassé. La nécessité d'un suivi psychologique avait été soulignée par toutes les expertises médicales, mais les transferts incessants du détenu avaient empêché un tel suivi[26].

Dans l'affaire d'un homme souffrant d'un trouble de la personnalité et d'un trouble bipolaire qui avait été maintenu en détention dans une prison ordinaire en dépit de décisions de tribunaux internes ordonnant son transfert dans un service psychiatrique pénitentiaire, la Cour a conclu à la violation de la Convention parce que le requérant se trouvait dans un état de santé mentale incompatible avec la détention en milieu pénitentiaire et qu'il n'avait bénéficié d'aucune stratégie thérapeutique globale de prise en charge de sa pathologie visant à porter remède à ses problèmes de santé ou à prévenir leur aggravation, et ce dans un contexte caractérisé par de mauvaises conditions de détention. La Cour a en outre indiqué que les autorités ont l'obligation, en l'absence de place dans une institution spécialisée, de trouver une autre solution appropriée[27].

Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT)

Le CPT a reconnu l'importance des soins psychiatriques en prison peu après avoir commencé ses visites, en 1990. Lorsqu'il a énoncé ses normes sur les soins de santé dans les prisons, il a précisé quelques règles fondamentales concernant les soins psychiatriques (voir les paragraphes 41-44 du 3e rapport général d'activités du CPT (https://rm.coe.int/1680696aa0).

Le CPT a exprimé à de nombreuses reprises dans ses rapports de visite son avis sur le traitement réservé aux personnes ayant des troubles mentaux qui sont privées de liberté, et formulé à chaque fois des recommandations visant à l'amélioration de ce traitement.

Dans son rapport général pour l'année 1992, le CPT a indiqué qu' « un détenu malade mental doit être pris en charge et traité dans un milieu hospitalier équipé de manière adéquate et doté d'un personnel qualifié. Cette structure pourrait être soit un hôpital psychiatrique civil, soit une unité psychiatrique spécialement équipée, établie au sein du système pénitentiaire »[28].

En effet, une maladie mentale non soignée dans un environnement carcéral conduit le personnel pénitentiaire à appliquer des mesures *ad hoc*, notamment la séparation, qui peuvent entraîner un traitement inhumain ou dégradant. Le CPT a recommandé la mise en œuvre dans tout le système pénitentiaire des mesures suivantes concernant les détenus ayant des troubles de la santé mentale[29] :

- former les membres du personnel médical et les psychologues travaillant dans les prisons à la détection des personnes ayant un trouble mental, et les encourager à participer activement à leur gestion ;

- administrer dans les prisons des soins spécialisés aux personnes ayant un trouble mental grâce à la désignation d'un psychiatre chargé de tenir des consultations régulières ;

- garantir la disponibilité de stocks adéquats de médicaments psychotropes appropriés ;

- veiller, quand nécessaire, à rendre possible des soins hospitaliers de plus long terme à composante psychosociale dynamique.

[25] *W.D. c. Belgique*, requête nº 73548/13, 6 septembre 2016 ; *Rooman c. Belgique* [GC], 31 janvier 2019 ; *Venken et autres c. Belgique*, 6 avril 2021.
[26] *Bamouhammad c. Belgique*, 17 novembre 2015.
[27] *Sy c. Italie*, 24 janvier 2022.
[28] Voir 3e rapport général d'activités du CPT, CPT/Inf (93)12, paragraphe 43.
[29] Visite du CPT en Turquie de 2004, CPT/Inf (2005) 18, paragraphe 83.

Dans de nombreux rapports portant sur les prisons, le CPT a mis l'accent sur la nécessité de former le personnel de sorte qu'il puisse repérer les personnes ayant des troubles de la santé mentale et qui risquent de commettre des actes d'automutilation ou des tentatives de suicide, et leur porter assistance.

Le CPT a également indiqué que la prise en charge et la surveillance des personnes placées en structure psychiatrique pénitentiaire devraient être basées sur le traitement et la réadaptation, tout en tenant compte des considérations de sécurité nécessaires. Cette approche devrait être reflétée dans les conditions de vie et les autres infrastructures destinées à cette population particulière de patients, comme dans le traitement qui leur est réservé et les activités qui leur sont proposées. De plus, ces établissements devraient disposer de personnel soignant formé de façon idoine capable de développer des relations positives avec les patients en entrant directement en contact avec eux[30]. Compte tenu en effet du nombre élevé de personnes incarcérées présentant des symptômes psychiatriques, un médecin qualifié en psychiatrie devrait être attaché au service de santé dans chaque prison, et certains infirmiers devraient avoir reçu une formation dans le domaine de la santé mentale[31].

De plus, le CPT estime qu'il est important de pouvoir proposer à tous les membres du personnel pénitentiaire un programme de formation continue et de cours de perfectionnement portant par exemple sur la santé mentale, la psychologie, la prévention des suicides, la lutte contre les brimades ou la sensibilisation culturelle[32]. Tous les membres du personnel pénitentiaire doivent être formés, dans le cadre de leur apprentissage initial, à la manière d'agir avec les détenus en situation de handicap ou ayant des troubles mentaux et de leur apporter une aide[33].

Autre recommandation importante formulée par le CPT, sauf dans une situation extrême où l'on ne peut l'éviter, il convient de ne pas faire appel à des détenus pour prêter assistance aux membres du personnel qui ont affaire à des personnes ayant des troubles de la santé mentale, car cela peut donner lieu à des traitements inhumains ou dégradants. Dans les cas exceptionnels où l'on a recours à des détenus pour aider les agents, il convient de veiller à ce qu'ils soient encadrés de manière permanente par un membre du personnel de santé qualifié. Le CPT a recommandé à de multiples reprises que des infirmiers qualifiés dans le domaine de la santé mentale soient recrutés dans les établissements pénitentiaires[34].

Le CPT a également recommandé aux autorités nationales compétentes de mettre en place des programmes appropriés de réadaptation psychosociale pour les détenus atteints de troubles mentaux[35].

Le CPT souligne en outre qu'il est essentiel d'assurer la protection des personnes ayant un trouble de la santé mentale contre les autres détenus, afin de les préserver de tout acte nuisible et de toute blessure, en assurant en permanence, y compris la nuit et le week-end, une présence adéquate du personnel. Plus généralement, le CPT considère qu'un détenu en phase psychotique floride ou qui manifeste des signes sérieux de comportement suicidaire ou (auto-)agressif, devrait faire l'objet d'un transfert immédiat vers une unité de soins de santé mentale aigus. En attendant que ce transfert soit effectué, il convient d'établir un plan de prise en charge de la personne, comprenant notamment une surveillance directe d'un infirmier psychiatrique (à raison d'un infirmier par détenu), la possibilité de faire de l'exercice à l'extérieur et de prendre des douches, et un accès renforcé à d'autres services, notamment une aide psychologique[36].

Le CPT a mis en évidence le fait qu'un long placement à l'isolement peut avoir des effets graves sur la santé mentale et compromettre fortement les chances de resocialisation. Concernant des cas où des personnes incarcérées étaient soumises à de longues périodes de mise à l'écart, le CPT a déploré l'insuffisance de l'aide psychosociale apportée ainsi que le manque de structure intermédiaire qui, eu égard aux effets négatifs qu'un isolement prolongé peut avoir sur le bien-être mental et physique d'une personne, aiderait les détenus à réintégrer la population carcérale ordinaire. Il a invité les autorités nationales concernées à examiner la possibilité d'investir davantage dans la création de petites unités thérapeutiques susceptibles de fournir un dispositif de soutien psychologique plus solide à ces détenus pour favoriser le processus de réinsertion[37].

[30] Voir le rapport sur la visite effectuée par le CPT en Espagne en 2003, CPT/Inf (2007) 28, paragraphe 111.
[31] Voir le rapport sur la visite effectuée par le CPT au Royaume-Uni (Écosse) en 2018, CPT/Inf (2019) 29, paragraphe 119.
[32] Visite du CPT au Royaume-Uni de 2008, paragraphe 75.
[33] Voir le rapport sur la visite effectuée par le CPT en Roumanie en 2021, CPT/Inf (2022) 06, paragraphe 67.
[34] Voir le rapport du CPT sur sa visite en Espagne en 2020, CPT/Inf (2021) 27, paragraphe 90.
[35] Visite du CPT en Serbie de 2021, CPT (2022) 03, paragraphe 89.
[36] Voir le rapport sur la visite du CPT en Irlande en 2019, CPT/Inf (2020) 37, paragraphes 63 et 64.
[37] Voir notamment les rapports sur les visites effectuées par le CPT au Royaume-Uni (Écosse) en 2018 et 2019, CPT/Inf (2019) 29, paragraphe 74 et CPT/Inf (2020) 28, paragraphes 9 et 26.

Le CPT recommande que le recours à des instruments de contention physique se fasse toujours sur ordre exprès d'un médecin et n'intervienne jamais à titre de punition. Il a fait part de préoccupations concernant l'utilisation de la contention mécanique par fixation à un lit, notamment s'agissant de la nécessité d'une telle mesure, de la consignation en bonne et due forme des informations concernant sa mise en œuvre et de la surveillance de celle-ci, et de son application à des détenus ayant une pathologie mentale ou à la suite d'un acte d'automutilation. Le CPT a en tout état de cause demandé que ce type de mesure ne soit plus appliqué en milieu carcéral, en raison des risques qu'elle donne lieu à des abus[38].

Comité directeur pour les droits de l'homme dans les domaines de la biomédecine et de la santé (CDBIO)

Principes pertinents de la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine

La Convention sur les droits de l'Homme et la biomédecine (Convention d'Oviedo, STE n°164) vise à protéger la dignité et l'identité de tous les êtres humains et à garantir à chacun, sans discrimination, le respect de son intégrité et de ses autres droits et libertés fondamentales à l'égard des applications de la biologie et de la médecine. Ses dispositions s'appliquent à la pratique médicale et aux soins de santé, y compris les soins de santé mentale en prison, ainsi qu'à des domaines spécifiques de la médecine qui peuvent également concerner les détenus et les personnes sous probation, comme la recherche impliquant une intervention sur des personnes. Ces dispositions sont développées et complétées dans des protocoles additionnels à la Convention d'Oviedo, notamment le Protocole additionnel relatif à la recherche biomédicale qui prévoit des dispositions spécifiques concernant les personnes privées de liberté.

Le **principe du consentement libre et éclairé**, Article 5, est un principe essentiel, énoncé dans la Convention d'Oviedo, qui concerne toute intervention dans le domaine de la santé. Il exige que toute intervention dans ce domaine ne soit effectuée qu'après que la personne concernée y ait donné son consentement libre et éclairé. Cela signifie que la personne doit recevoir au préalable une information appropriée sur le but et la nature de l'intervention, ainsi que sur ses conséquences et ses risques. En outre, le consentement est considéré comme étant libre s'il est donné en l'absence de toute pression de la part de quiconque.

La Convention prévoit une exception à ce principe, dans des circonstances spécifiques précisées dans ses Articles 7 et 8. L'Article 7 prévoit la possibilité de soumettre une personne atteinte d'un trouble mental grave et dont l'aptitude à prendre une décision est gravement altérée par ce même trouble mental, à une intervention visant à traiter ce trouble, lorsque l'absence de ce traitement risque d'être gravement préjudiciable à sa santé et sous réserve des conditions de protection prévues par la loi.

L'Article 8 de la Convention d'Oviedo traite des cas où, en raison d'une situation urgence, le consentement approprié ne peut être obtenu au moment de l'intervention. Dans ce cas, toute intervention médicale indispensable pourra être effectuée immédiatement pour le bénéfice de la santé de l'individu concerné.

Enfin, l'Article 26.1 de la Convention d'Oviedo précise que l'exercice des droits et des dispositions de protection contenus dans la Convention d'Oviedo, y compris dans son Article 5, ne peuvent faire l'objet d'autres restrictions, que celles prévues par la loi et qui sont des mesures nécessaires, dans une société démocratique, à la protection des intérêts à la protection des droits et libertés d'autrui. Il fait ainsi en partie écho aux dispositions de l'Article 8.2 de la Convention européenne des droits de l'Homme.

La notion de liberté en matière de consentement est particulièrement pertinente dans le contexte de la recherche dont les résultats ne sont pas susceptibles de produire un bénéfice direct pour la santé des participants. Le consentement à la participation à une recherche doit non seulement être libre et éclairé, mais aussi exprès et spécifique et être documenté : Article 16 de la Convention d'Oviedo. Il ne peut être soumis à aucune restriction conformément à l'Article 26.2 de la Convention d'Oviedo.

Les personnes dépendantes sont celles dont la décision de participer à un projet de recherche peut être influencée par le fait qu'elles s'en remettent à ceux qui peuvent leur offrir la possibilité de participer à la recherche. Cela peut être le cas des personnes privées de leur liberté. L'Article 20 du Protocole additionnel à la Convention d'Oviedo relatif à la recherche biomédicale énonce les conditions supplémentaires relatives à la recherche sur les personnes privées de liberté, y compris les prisonniers, lorsque cette recherche est autorisée par la loi.

[38] Voir notamment les rapports sur les visites effectuées par le CPT en Espagne en 2018 et 2020 : CPT/Inf (2020) 05, paragraphe 54, et CPT/Inf (2021) 27, paragraphe 85, ainsi que le rapport sur la visite effectuée par le CPT en Roumanie en 2021 : CPT/Inf (2022) 06, paragraphe 112.

Lorsqu'un détenu et/ou une personne sous probation est considéré, selon la loi, comme n'ayant pas la capacité de consentir en raison d'un handicap mental, la Convention d'Oviedo prévoit dans son Article 6 que l'intervention ne peut être effectuée que pour le bénéfice direct de la personne concernée, et avec l'autorisation de son représentant (c'est-à-dire une autorité ou d'une personne ou instance désignée par la loi). Une dérogation aux règles prévues à l'Article 6 n'est possible que dans deux cas, couverts par les Articles 17 et 20 de la Convention, à savoir la recherche médicale (sous certaines conditions strictes) et le prélèvement de tissus régénérables.

Le **principe de l'accès équitable à des soins de santé de qualité appropriée** : Article 3 de la Convention d'Oviedo et le **respect de la vie privée** à l'égard de toute information relative à la santé du participant (Article 10 de la Convention d'Oviedo) sont également des principes importants qui s'appliquent aux détenus et aux personnes sous probation.

Enfin, il convient de se référer à la Recommandation (2004)10 du Comité des Ministres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, qui prévoit, dans son Article 35, des dispositions spécifiques applicables aux personnes atteintes de troubles mentaux dans les établissements pénitentiaires. Il recommande que ces personnes ne fassent pas l'objet de discrimination dans les établissements pénitentiaires. En particulier, le principe de l'équivalence des soins devrait être respecté en ce qui concerne les soins nécessités par leur santé. Elles devraient être transférées de l'établissement pénitentiaire à un hôpital si leurs besoins de santé l'exigent. Des options thérapeutiques appropriées devraient être disponibles pour les personnes atteintes de troubles mentaux détenues dans les établissements pénitentiaires. Le traitement pour troubles mentaux ne devrait pas avoir lieu dans les établissements pénitentiaires, sauf dans des services hospitaliers ou médicaux adaptés au traitement des troubles mentaux. Un système indépendant devrait contrôler le traitement et les soins des personnes atteintes de troubles mentaux dans les établissements pénitentiaires.

6. Revue de la littérature spécialisée et des bonnes pratiques

6.1. Mini-revue des publications sur le thème de l'efficacité - interventions dont il est démontré qu'elles ont des effets bénéfiques en matière de santé mentale pour les personnes incarcérées ou sous probation

6.1.1. Probation

Trois revues systématiques ont été réalisées ces deux dernières années dans des domaines concernant la santé mentale des personnes sous probation : santé mentale en général (Brooker *et al.*, 2020), suicide (Sirdifield *et al.*, 2020) et usage de substances psychoactives (Sirdifield *et al.*, 2021).

Santé mentale - Cette revue systématique s'organise en une courte présentation de la méthodologie et un examen plus approfondi des résultats. Elle met en évidence le fait que très peu de publications ont été consacrées à des interventions efficaces dans le domaine de la santé mentale en probation. Quatre études seulement répondaient aux critères : une sur le programme mis en place en Angleterre pour les délinquants ayant un trouble de la personnalité, deux sur la santé mentale des personnes sous probation placées en structure agréée et leur recours aux services de santé mentale ; et une sur l'impact des « tribunaux de santé mentale » (dispositif de justice thérapeutique) concernant l'utilisation des services de santé mentale par les personnes concernées. D'autres travaux utiles, qui ne remplissaient pas le critère du thème de l'efficacité mais sont néanmoins intéressants, ont été mis en évidence, notamment des études sur les raisons pour lesquelles le recours à l'obligation de soins de santé mentale est si faible en Angleterre. Les résultats de l'analyse systématique sont examinés et les auteurs concluent que malgré la difficulté de mener des études de mesure d'efficacité dans le domaine de la probation, les travaux doivent se poursuivre.

Suicide - La prévention du suicide est un domaine prioritaire des politiques de la plupart des pays/juridictions. L'étude examine ce que les données de la recherche nous apprennent s'agissant du taux de suicide chez les personnes sous probation par rapport au taux de suicide dans le reste de la population. À partir des éléments mis en évidence dans le cadre d'une récente revue systématique, elle se penche sur les facteurs de risque, notamment dans le cadre de la probation, sur les grandes possibilités d'intervention qu'offre la probation et sur les connaissances actuelles concernant les approches visant à réduire le nombre de suicides parmi les personnes sous probation. Le manque d'études factuelles portant spécifiquement sur la probation est mis en évidence et quelques pistes sont lancées en vue de combler les lacunes actuelles de la littérature spécialisée.

Abus de substances psychoactives - Cette recension descriptive et systématique de la littérature spécialisée sur l'abus de substances psychoactives dans le cadre du suivi en milieu ouvert offre un aperçu de l'état actuel des connaissances quant aux besoins des personnes sous probation qui ont un problème d'abus de substances psychoactives. Elle se penche sur l'efficacité des différentes démarches de traitement s'agissant de la participation de la personne concernée, du maintien dans le traitement et des effets en matière de santé.

6.1.2. Prisons

L'analyse systématique réalisée par Fazel (2017) - des conclusions de 37 études sur « Les psychothérapies destinées aux détenus ayant des problèmes de santé mentale », menées dans sept pays (Chine, Inde, Iran, Norvège, Espagne, États-Unis et Royaume-Uni) et publiées entre 1979 et 2015, montre que les thérapies comportementales et cognitives (TCC) et les thérapies basées sur la pleine conscience ont une efficacité modérée pour traiter les symptômes dépressifs et anxieux chez les personnes incarcérées. Il apparaît en outre qu'il n'existe pas de différence marquée entre une thérapie individuelle et une thérapie de groupe.

Il ressort en outre de cette analyse que les thérapies basées sur la pleine conscience ont une taille d'effet plus élevée (amélioration plus importante) et peuvent améliorer les symptômes de la dépression, de l'anxiété et des troubles liés à des traumatismes subis. Ces éléments concordent avec une méta-analyse réalisée par Malik *et al.* (2021).

Les auteurs constatent pour conclure que les psychothérapies sont modérément efficaces dans le traitement des troubles de la santé mentale des personnes incarcérées et recommandent de dégager des moyens pour développer ce type d'intervention dans les prisons.

En conclusion, très peu d'interventions parmi celles examinées apparaissent comme étant susceptibles d'apporter une amélioration de l'état de santé mentale des personnes détenues. Parmi les nombreuses raisons expliquant cette absence d'éléments probants, citons : les difficultés liées à l'obtention de financements pour des recherches sur la santé mentale dans les services pénitentiaires et de probation, et les problèmes de méthodologie qui se posent pour la réalisation d'essais contrôlés randomisés dans le système de justice pénale. Il existe en revanche de nombreux travaux sur la prévalence des troubles de la santé mentale en prison - mais peu de véritables études sur les résultats des interventions.

6.2. Synthèse des bonnes pratiques

De réelles bonnes pratiques ont cours ou sont en train d'être instaurées dans la plupart des pays/juridictions du continent européen, à la fois dans les prisons et dans les services de probation (voir annexe 3). Pour la probation, deux modèles intéressants - caractérisés par l'emploi au sein même du service de probation de psychologues légaux chargés de répondre aux besoins des personnes ayant un trouble de la santé mentale - ont été présentés. D'autres pays (Angleterre, Espagne) sont particulièrement attentifs aux problèmes au moment du passage de la prison au régime probatoire. D'autres encore, comme la Bulgarie, sont en train d'élaborer une stratégie. Des initiatives intéressantes ont également été mises en place dans plusieurs *Länder* allemands : dans le Bade-Wurtemberg, par exemple, certains agents du service de probation reçoivent une formation spécialisée sur les questions de santé mentale et forment à leur tour leurs collègues des neuf bureaux de probation ; la Basse-Saxe, quant à elle, a mis en place des normes en matière de santé mentale des personnes sous probation.

Les exemples de bonnes pratiques mentionnés dans les réponses aux questionnaires ont été beaucoup plus nombreux pour les prisons que pour les services de probation.

La majorité des juridictions européennes ont mis en place des réglementations, procédures, lignes directrices internes et autres orientations écrites en matière de gestion des détenus présentant des troubles de la santé mentale. C'est notamment le cas de l'Autriche, de la Belgique, de l'Allemagne, de la Finlande, de l'Italie, du Monténégro, du Portugal, de la Roumanie, de l'Espagne et de la Suisse.

Les exemples ci-après ne sont donnés qu'à titre indicatif et de nombreux autres pays auraient pu être cités. L'Autriche et l'Islande ont mis en place des équipes pluridisciplinaires dans le domaine de la santé mentale. Il existe en Angleterre et au Pays de Galles un programme axé exclusivement sur les personnes ayant un trouble de la personnalité, le « Parcours pour les délinquants ayant un trouble de la personnalité » (*Offender Personality Disorder Pathway*), ainsi qu'un programme d'accompagnement pour les sortants de prison baptisé RECONNECT. Le nombre de suicides en prison est recensé tous les ans en Belgique, au Danemark, en Finlande, en Allemagne, en Italie, en Slovénie et en Espagne (ainsi que dans de nombreuses autres juridictions). La plupart des pays dispensent au personnel pénitentiaire concerné une formation sur le suicide et la santé mentale. En Arménie c'est le Conseil de l'Europe qui finance la formation (voir les vidéos ici). La continuité des soins fait partie des questions essentielles aux yeux de la plupart des pays/juridictions, et le problème est pris en compte à un niveau structurel au Danemark et dans le *Land* de Bavière (Allemagne). Toujours en Allemagne, Le *Land* de Rhénanie-du-Nord-Westphalie a lancé à titre expérimental un programme de télémédecine dans les prisons.

Au nombre des bonnes pratiques figurent aussi les partenariats mis en place par les autorités pénitentiaires avec des experts universitaires pour l'analyse, l'évaluation et la recherche sur les troubles de la santé mentale. Plusieurs pays ont publié des études sur la prévalence des troubles de la santé mentale dans la population carcérale, parmi lesquels : les Pays-Bas (The prevalence of mental disorders and patterns of comorbidity within a large sample of mentally ill prisoners: A network analysis | European Psychiatry | Cambridge Core) ; l'Espagne (Spanish survey on health and drug use among prisoners, ESDIP 2016) ; et l'Angleterre, qui a publié récemment une étude sur la prévalence des troubles de la santé mentale (https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-019-01690-1). En France, des travaux d'envergure sont menés. Une recherche longitudinale baptisée PRISME (« Prisons et santé mentale : état de santé mentale et facteurs associés à son évolution en milieu carcéral ») a été lancée en 2021 pour étudier la santé mentale des personnes détenues tout au long de leur incarcération. Une évaluation de la politique de prévention des suicides en milieu carcéral est par ailleurs en cours. En Belgique, enfin, on examine les facteurs associés au suicide en milieu carcéral (Distinguishing prisoners who think about suicide from those who attempt suicide)[39].

7. Principes directeurs et recommandations

7.1. Principes directeurs

a) Accord au niveau politique/décisionnel

Au niveau politique/décisionnel, toutes les parties prenantes devraient s'accorder pour inscrire au rang des priorités la garantie d'un niveau de service élevé dans le domaine de la santé mentale, y compris pour les personnes placées sous la responsabilité des services pénitentiaires et de probation. Une politique de gestion des personnes incarcérées ou sous probation présentant des troubles de la santé mentale devrait être mise au point dans le cadre d'une stratégie plus globale en matière de santé mentale. Cette politique devrait prévoir des interventions fondées sur des données probantes, réalisées par des équipes pluridisciplinaires, tenant compte des spécificités du genre et menées avec la participation des usagers.

b) Mise en place d'équipes pluridisciplinaires

Des groupes de travail, notamment des équipes pluridisciplinaires composées de membres du personnel pénitentiaire et des services de probation (agents pénitentiaires, psychologues, agents chargés du suivi des dossiers, travailleurs sociaux), de professionnels de la santé (médecins, infirmiers, psychiatres) et de bénévoles(le cas échéant) intervenant dans tous les secteurs (prison, probation, santé mentale), devraient être constitués et réunis régulièrement dans le cadre d'une collaboration systématique.

c) Système unifié de collecte des données et d'enregistrement des informations de santé mentale

Un système unifié de collecte des données et d'enregistrement de données de santé mentale intégrant différents outils (dépistage, évaluations), les résultats de diagnostic et les dossiers de suivi du traitement devrait être conçu et mis en place, à un niveau approprié couplé avec une recherche scientifique. Les données collectées, anonymisées et traitées, devraient éclairer les décideurs sur la situation en cours et les mesures à prendre. Les services pénitentiaires et les services de probation devraient collecter de façon systématique des données sur les risques et les besoins des personnes ayant des troubles mentaux qui relèvent d'eux. Cela permettrait d'identifier les besoins et de planifier les services requis.

d) Détection précoce des troubles de la santé mentale

Il appartient à l'ensemble des principaux organes de la justice pénale (tribunaux, ministère public, police, prison, services de probation et services de la justice pour mineurs) de mettre en œuvre ce principe essentiel de détection précoce des troubles de la santé mentale. La détection précoce des troubles de la santé mentale, au moment du premier contact avec le système de justice pénale et par la suite, doit être un objectif essentiel, car c'est de cette manière que la personne concernée, plutôt que d'être incarcérée, peut être orientée au moment utile vers un régime de probation ou vers un service de santé mentale approprié. En prison, la détection précoce d'un trouble de la santé mentale réduit le risque de suicide et peut déterminer un transfert vers un service approprié à l'extérieur de la prison ou une prise en charge dans l'établissement par les professionnels de santé mentale. Les informations relatives à l'état de santé mentale de la personne doivent être partagées - dans le respect des règles en vigueur en matière de protection des données - de sorte qu'une prise en charge et des soins appropriés soient mis en place.

[39] Plus d'information et tous les articles publiés dans les journaux médicaux, et psychiatriques psychologiques peuvent être trouvés à l'adresse suivante : dr. Louis Favril (ugent.be).

e) Information sur les risques de suicide

Les facteurs de risque suicidaire et certains facteurs démographiques et cliniques associés devraient faire l'objet d'une surveillance systématique afin de prévenir les suicides. Il est souvent très difficile pour le personnel et les proches de détecter les indicateurs d'un risque de suicide. C'est pourquoi les services pénitentiaires et les services de probation devraient élaborer et mettre en place des protocoles et des procédures de communication - conformes aux règles en matière de protection des données - pour le partage des informations concernant les risques de suicide et d'éventuelles tentatives antérieures. La communication permanente des informations sur les facteurs de risque revêt ici une importance cruciale, tout comme la coopération entre les parties prenantes. C'est ainsi que la personne à risque peut être repérée dès le départ et être orientée vers le service médical approprié, dans l'établissement pénitentiaire ou à l'extérieur.

Le personnel devrait être formé à la détection des signes de risque. Dans la majorité des cas, avant une tentative de suicide, il existe des symptômes ou des signes précurseurs et si cette information est partagée à temps, les passages à l'acte pourraient être évités.

f) Formation professionnelle continue et soutien au personnel

Les compétences du personnel de surveillance et du personnel des services de probation en matière de santé mentale sont très variables. Il semble qu'une telle formation en continu est beaucoup plus souvent dispensée aux agents pénitentiaires qu'au personnel de probation. Dans la plupart des juridictions, un diplôme de travail social ou de psychologie est nécessaire pour devenir agent de probation et le niveau de compétences dans le domaine de la santé mentale exigé est probablement plus élevé. Probablement, c'est la raison pour laquelle très peu de services de probation définissent expressément le rôle des agents en matière de détection et de gestion des personnes ayant des troubles de la santé mentale. Sauf lorsque des dispositions existent au niveau national, il semble que, le plus souvent, aucun programme de formation spécialisé ne soit élaboré et dispensé pour le personnel de probation. Il est fortement recommandé d'organiser une telle formation.

g) Des partenariats clairement définis et à l'écoute des usagers

L'articulation du travail entre les services pénitentiaires et de probation et les services de santé est parfois un exercice très compliqué. Il existe des partenariats complexes où interviennent les services sociaux, les services de santé mentale, les services de santé pénitentiaires et les services de santé de proximité classiques (accès à un médecin généraliste par exemple). Il n'est pas rare que ces partenariats, là où ils existent, s'arrêtent à la porte de la prison, lorsqu'un détenu est remis en liberté. Il est nécessaire que les commanditaires de ces services soient impliqués dans leur financement ainsi que dans l'évaluation de leur efficacité. Les usagers et les membres de leur famille devraient également participer à de telles discussions.

Il est de plus en plus question dans certains pays d'associer dans tous les domaines de l'administration des soins de santé (évaluation du personnel, planification, recherche et évaluation) les personnes ayant une expérience directe de ces services.

h) Processus d'amélioration permanente dans le cadre de la certification et/ou de l'utilisation de normes, d'indicateurs de qualité et de systèmes d'information sanitaire

Il existe de nombreux modèles de certification et d'application des normes en matière de soins de santé mentale dispensés aux détenus. Aucune juridiction en Europe ne dispose d'un système normalisé pour la santé mentale en probation. Il convient de mettre en place des systèmes au niveau national, de sorte que tous les services puissent se situer les uns par rapport aux autres (voir par exemple prisons-standards-4th-edition.pdf (rcpsych.ac.uk)). Tous les services pénitentiaires et de probation doivent assurer un niveau de service et une qualité de soins répondant à des normes équivalentes à celles qui s'appliquent pour les services et les soins dispensés à la population générale.

i) Moyens pour la recherche et l'évaluation afin d'adapter le financement et garantir une prestation de soins accessible et fondée sur des données factuelles

Il existe peu d'éléments de fond confirmant l'utilité des interventions en faveur des personnes ayant des troubles mentaux qui sont incarcérées ou sous probation. Il est donc essentiel que ces interventions continuent d'être évaluées et de faire l'objet de recherches répondant à des critères élevés (voir par exemple Sirdifield and Denney, 2022). La simple attribution d'un financement pour des recherches dans le domaine de la santé mentale dans le système de justice pénale est secondaire pour de nombreux organismes de financement. Les chercheurs devraient nouer des relations dans toute l'Europe de sorte que des études comparatives puissent être réalisées.

7.2. Recommandations

7.2.1. Prisons et probation

- Des normes pour gérer des personnes ayant des troubles de la santé mentale devraient être établies, de sorte que tous les services d'une juridiction donnée puissent être évalués.

- Les missions du personnel en ce qui concerne, d'une part la détection des troubles de la santé mentale, d'autre part les interventions à réaliser et l'accès à des soins de santé mentale, devraient être définies, de sorte qu'une formation appropriée puisse être mise en place.

- Des méthodes de collecte des données sur les troubles de la santé mentale devraient être mises au point, dans le respect des règles en matière de protection des données en vigueur en Europe. L'utilisation d'outils d'évaluation structurés faciliterait ce processus.

- Des données - anonymisées - sur le suicide devraient être collectées de façon systématique par les services compétents pendant des périodes précises (3-5 ans), de sorte que des tendances se dégagent et que des actions de prévention puissent éventuellement être envisagées.

- Des fonds de recherche suffisants doivent être mis à disposition pour évaluer la mise en œuvre des politiques et pratiques en matière de santé mentale et leur impact sur la santé et la récidive.

- Les interventions devraient reposer sur des données factuelles, être réalisées par des équipes pluridisciplinaires et tenir compte de la dimension du genre. Les usagers devraient être associés à la mise en place de ces interventions (dans les prisons pour femmes, par exemple, prise en charge adaptée pour les détenues ayant subi des traumatismes).

7.2.2. Probation

- Un modèle normalisé d'interventions auprès des personnes en probation atteintes de troubles de la santé mentale devrait être élaboré.

- La continuité des soins pour les troubles de la santé mentale devrait être assurée après la sortie de prison et le transfert vers le régime de probation, et une fois terminée la période de probation.

- Un réseau de chercheurs dédiés et des experts dans le domaine de la santé mentale, travaillant dans le contexte de la probation devrait être mis en place.

- Tous les services de probation devraient être conscients et mettre à jour les moyens et les critères d'accès aux services de santé mentale et autres services spécialisés (traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme par exemple), et être régulièrement informés des évolutions en la matière.

7.2.3. Prisons

- Toutes les juridictions devraient être dotées d'une politique de gestion des personnes incarcérées qui ont des troubles de la santé mentale, s'inscrivant dans le cadre plus général d'une stratégie en matière de santé mentale de la population dans son ensemble. Cette politique devrait tendre à l'équivalence avec la population générale en ce qui concerne tant la qualité des services que les effectifs et le niveau d'expertise du personnel médical qui assure la prise en charge dans les prisons.

- Conformément à la règle 12 des Règles pénitentiaires européennes, les personnes souffrant de maladies mentales et dont l'état de santé mentale est incompatible avec la détention en prison sont orientées vers un établissement spécialement conçu à cet effet. Si ces personnes sont néanmoins exceptionnellement détenues dans une prison, leur situation et leurs besoins doivent être régis par des règles spéciales.

- Conformément aux règles 15.1.*f*, 16.*a* et 42 des Règles pénitentiaires européennes, tous les services pénitentiaires devraient soumettre les nouveaux détenus à un examen de dépistage lors de leur admission, sous réserve des impératifs relatifs au secret médical, et consigner toute information significative pour leur bien-être physique et mental. Ces informations devraient être complétées dès que possible par un examen médical.

- Conformément aux règles 39 à 48 des Règles pénitentiaires européennes, tous les services pénitentiaires doivent garantir à tous les détenus un accès adéquat à des traitements et à des soins afin d'atténuer les effets négatifs de l'incarcération sur leur santé, y compris leur santé mentale.

- Les administrations pénitentiaires devraient se montrer vigilantes et suivre des procédures spécifiques écrites pour détecter les signes précoces de trouble mental ou de souffrance psychique, ainsi que les indicateurs de risques potentiels de tentatives de suicide, car l'admission et le séjour en prison peut être une expérience traumatisante.

- Une évaluation pluridisciplinaire normalisée devrait être mise en place et utilisée de façon systématique dans l'ensemble du système pénitentiaire. Le bilan initial et les évaluations successives devraient être réalisés par des professionnels aptes à identifier les besoins individuels des personnes incarcérées ayant des troubles mentaux.

- Toutes les prisons devraient élaborer et mettre en œuvre des programmes intégrés et spécifiques permettant de diagnostiquer, orienter et prendre en charge dès que possible les personnes ayant des troubles mentaux ; ces programmes devraient si possible être accompagnés de lignes directrices et de procédures écrites à suivre au moment de l'admission et ultérieurement.

- Le personnel pénitentiaire devrait être formé à différents éléments de connaissance et aux techniques d'intervention, y compris éventuellement aux approches réparatrices. « Au minimum, la formation initiale à la prévention du suicide devrait comprendre, sans toutefois s'y limiter, les éléments suivants : les raisons pour lesquelles l'environnement pénitentiaire favorise les comportements suicidaires, l'attitude du personnel face au suicide, les facteurs de prédisposition au suicide, les périodes à haut risque de suicide, les signes et symptômes précurseurs, les suicides et/ou tentatives sérieuses de suicide récents dans l'établissement/le service, et les composantes de la politique de prévention dans l'établissement/le service40. »

- Une formation de base de sensibilisation à la santé mentale devrait être régulièrement dispensée à l'ensemble du personnel pénitentiaire. Cette formation devrait être spécifiquement orientée vers la détection des signes et symptômes précoces de troubles de la santé mentale et/ou de risque de suicide, afin que l'on puisse intervenir de la façon qui convient dans ce type de situation.

- Les personnes incarcérées ayant des troubles de la santé mentale ne devraient pas être exclues de la participation à des activités significatives, ainsi que des thérapies cognitives et des activités thérapeutiques spécifiques, car celles-ci réduisent les effets négatifs de l'incarcération sur leur santé mentale.

- Les détenus ayant des troubles de la santé mentale, en particulier pendant la période initiale de leur incarcération, devraient avoir accès aux informations nécessaires sur l'aide qu'ils peuvent obtenir en cas de besoin ainsi que sur les personnes à qui s'adresser et la façon de procéder pour cela. Toutes les informations concernant les aspects importants de la vie en prison (emploi du temps quotidien, accès aux services de santé, procédures de visite, accès au téléphone) devraient être rendues facilement accessibles et compréhensibles par les détenus souffrant de troubles mentaux.

- Les détenus souffrant de troubles de la santé mentale doivent faire l'objet d'une sanction ou d'une mesure disciplinaire suite à leur comportement inapproprié ou dangereux uniquement si ce comportement n'est pas le résultat de leur trouble de santé mentale. Conformément aux à la règle 53A.i des Règles pénitentiaires européennes, lorsque la séparation utilisée comme mesure spéciale de haute sécurité ou de sûreté affecte négativement la santé physique ou mentale d'un détenu, elle doit être suspendue ou remplacée par une mesure moins restrictive.

- Les prisons devraient faciliter les contacts entre les détenus et leur réseau social positif car il joue un rôle potentiellement important dans l'évolution de l'état de santé mentale de la personne incarcérée.

- Les infrastructures pénitentiaires devraient être conçues de manière à répondre aux besoins croissants de soins des personnes ayant des troubles de la santé mentale. Il devrait être tenu compte à cet égard de la nécessaire mise en place de programmes spécifiques de traitement et de réadaptation, en particulier pour les personnes ayant un comportement suicidaire ou autodestructeur.

- L'orientation des personnes ayant des troubles de la santé mentale vers des services externes qui peuvent dispenser des soins après la remise en liberté devrait se faire conformément à des protocoles écrits et dans le cadre d'accords de partenariat, dans un souci de responsabilité partagée. Il est essentiel que les services de santé pénitentiaires (en particulier les hôpitaux de psychiatrie légale) travaillent en coopération avec les services locaux des soins de santé mentale pour garantir la poursuite du traitement après la libération des détenus ayant des troubles de la santé mentale.

[40] OMS, Preventing Suicide in Jails and Prisons, 2007.

8. Bibliographie

Aebi, M., Hashimoto, Y. et Tiago, M. (2020), *Probation and Prisons in Europe, 2020: Key Findings of the SPACE reports*, Université de Lausanne, Suisse, https://wp.unil.ch/space/files/2021/06/KeyFindings_Probation-and-Prisons-in-Europe-2020_210527.pdf (consulté le 19 décembre 2021)

Brooker, C. et Monteiro, J. (2021), The European survey of Mental Health in Prisons and Probation (figure à l'annexe 2).

Brooker, C., Sirdifield, C. et Marples, R. (2020), « Mental health and probation: a systematic review of the literature », in *Forensic Science International: Mind and Law,* vol. 1, novembre doi.org/10.1016/j.fsiml.2019.100003.

Conseil de l'Europe (2021), *Compendium des conventions, recommandations et résolutions relatives aux questions pénitentiaires et aux sanctions et mesures appliquées dans la communauté*.

Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) (1993), *Services de santé dans les prisons* https://rm.coe.int/16806ce944 (consulté le 19 décembre 2021).

Royal College of Psychiatrists (2018), *Standards for Prison Mental Health Services - Fourth Edition - Quality Network for Prison Mental Health Services* www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/prison-quality-network-prison/prison-qn-standards/prisons-standards-4th-edition.pdf?sfvrsn=465c58de_2 (consulté le 20 décembre 2021).

Sirdifield, C., Brooker, C. et Marples, R. (2020), « Suicide and probation: A systematic review of the literature », in *Forensic Science International: Mind and Law,* vol. 1, novembre https://doi.org/10.1016/j.fsiml.2020.100012.

Sirdifield, C., Brooker, C. et Marples, R. (2020), « Substance misuse and community supervision: A systematic review of the literature », in *Forensic Science International: Mind and Law,* vol. 1, novembre https://doi.org/10.1016/j.fsiml.2020.100031.

Yoon, I. A., Slade, K. et Fazel, S. (2017). « Outcomes of Psychological Therapies for Prisoners With Mental Health Problems: A Systematic Review and Meta-Analysis », in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(8), 783-802, juin http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000214.

Annexe I

Politiques des gouvernements

Les pays suivants ont répondu aux questions concernant la politique gouvernementale :

Albanie : aucune politique n'est en place concernant les personnes sous probation qui ont des troubles mentaux, principalement parce que ces personnes sont prises en charge à l'hôpital.

Autriche : L'aide à la réadaptation des auteurs d'infraction en Autriche comprend l'assistance dans le cadre d'une mesure probatoire prononcée à titre de sanction judiciaire à la place d'une peine d'emprisonnement ou pour faire suite à l'incarcération, mais aussi l'assistance dans le cadre d'une libération intervenant sans mesure de suivi probatoire (assistance à la demande du détenu lors de la préparation à la remise en liberté). L'organisation NEUSTART intervient pour le compte du ministère de la Justice et fournit ces services et ce soutien dans toute l'Autriche. Outre l'aide aux auteurs et aux victimes d'infractions, elle mène aussi des actions de prévention.

Service de probation : la mesure de probation peut être ordonnée par la justice en lieu et place d'une peine d'emprisonnement ou en cas de libération anticipée. L'objectif est de contribuer à ce que la personne concernée mette en place un mode de vie dans lequel elle ne commettra pas de nouvelles infractions. Les agents de probation aident les personnes suivies à faire face à leurs problèmes personnels et aux difficultés quotidiennes. Le travail consiste avant tout à couvrir les besoins élémentaires - trouver un logement ou un hébergement, trouver un travail. L'aide apportée dans le cadre du suivi probatoire permet d'établir des bases solides sur lesquelles commencer une nouvelle vie.

Autres services : un autre élément important de l'aide à la réadaptation est le suivi des personnes à leur sortie de prison. Tous les détenus sont informés par le service social de l'établissement pénitentiaire qu'ils peuvent bénéficier du soutien de NEUSTART pour préparer leur remise en liberté. Aux côtés de l'assistance sociale à proprement parler - recherche d'un logement et d'un travail, problèmes d'emploi ou d'assurance, règlement des dettes, etc., la mise en place de stratégies personnelles face au risque de récidive est un aspect essentiel du travail.

Les détenus qui ne font pas l'objet d'une mesure de suivi probatoire ordonnée par la justice peuvent bénéficier des services et du soutien proposés dans le cadre de l'assistance pour la remise en liberté ou bien demander à bénéficier de l'assistance offerte dans le cadre du suivi probatoire/de l'assistance probatoire.

L'organisation NEUSTART est présente dans tous les Länder du pays. Aux côtés de son travail d'assistance aux détenus remis en liberté, elle mène des activités de communication et de formation, de médiation, de conseil dans le domaine de la consommation de drogues, de soutien aux familles, d'accompagnement social dans les établissements scolaires, de protection de la jeunesse et d'aide aux victimes d'infractions.

Détenus ayant un trouble ou un handicap mental : lorsqu'une personne ayant un trouble ou un handicap mental est suivie par le service de probation dans le cadre d'une sanction judiciaire prononcée à la place ou à la suite d'une peine d'emprisonnement ou parce qu'elle a sollicité ce soutien dans le cadre de l'accompagnement à la remise en liberté, tous les professionnels concernés (personnel pénitentiaire, institutions, service de probation, etc.) unissent généralement leurs efforts pour collecter des informations sur la personne ainsi que sur ses besoins et ses risques spécifiques. Au fil de ce travail, le lien est établi si nécessaire avec des services institutionnels ou ambulatoires (psychiatrie, traitements ambulatoires, organismes de soins et de prise en charge, psychologues, psychiatres, etc.). Le principal objectif est d'apporter à la personne le soutien d'une vie stable et choisie, et de lui donner des informations générales et personnalisées sur les organismes qu'elle peut solliciter en cas de besoin.

Placement en détention sans consentement (« Maßnahmenvollzug gem. § 21 StGB ») : fondamentalement, on distingue l'exécution des mesures prises contre les auteurs d'infraction atteints d'aliénation mentale qui ne sont pas pénalement responsables (§ 21/1 StGB) et l'exécution des mesures prises contre les auteurs d'infraction atteints d'aliénation mentale qui sont pénalement responsables (§ 21/2 StGB).

Le placement en institution d'un auteur d'infraction vise à empêcher l'intéressé de commettre une infraction parce qu'il se trouve dans un état d'aliénation mentale ou psychique. Il a pour but d'améliorer l'état du détenu de telle sorte qu'il ne risque plus de commettre des actes passibles de sanctions pénales, et d'aider l'intéressé à adopter un comportement approprié et adapté aux exigences de la vie dans la collectivité.

En règle générale, tous les auteurs d'infraction atteints d'aliénation mentale qui sont remis en liberté font l'objet d'une mesure de suivi probatoire prononcée par la justice. En ce qui concerne la préparation en vue d'une remise en liberté (mesure facultative), un protocole très strict a été élaboré par le ministère de la Justice et NEUSTART. Le principal objectif est de garantir une gestion des risques individuels bien programmée ainsi qu'une prise en charge et un soutien étendu dans la dernière phase de l'incarcération, pour préparer la remise en liberté. Il est essentiel que tous les acteurs concernés (agent chargé du dossier, autres membres du personnel pénitentiaire, service de probation/conseiller de probation affecté, magistrats et autres institutions) travaillent en étroite collaboration et de manière très coordonnée pour garantir un retour en milieu social adapté aux exigences spécifiques. Les besoins de la personne et le soutien dont elle doit bénéficier sont établis dans le cadre de conférences de cas et grâce à des évaluations des risques, pour faciliter la transition entre la vie carcérale et la vie à l'extérieur.

Belgique :

Belgique francophone : Nous ne disposons pas de rapports concernant cette problématique. Il n'y a pas de lien statistique entre les personnes sous probation et le trouble/handicap mental car il s'agit de compétences gérées par deux entités différentes et qui ne sont documentées spécifiquement dans aucune de ces entités. La probation est gérée par la justice (au niveau des décisions judiciaires) et par les communautés (au niveau du suivi et du contrôle) mais la prise en charge des troubles mentaux et des handicaps est de la compétence de la santé publique. Le ministère de la Justice dispose d'informations plus précises concernant les personnes qui font l'objet d'une décision d'internement en raison d'un trouble mental mais elles ne font pas partie du scope du présent questionnaire.

Belgique néerlandophone : la Plateforme flamande de concertation en santé mentale (Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid - VLOGG) est à l'origine d'un rapport sur l'accompagnement et la prise en charge des personnes sous probation non détenues qui ont une vulnérabilité psychologique (description, évaluation et vision commune).

Vision commune = les parties prenantes sont les services de santé mentale, les services sociaux généraux et les maisons de justice (services de probation).

Personnes sous probation non-détenues = en Belgique, cela correspond à toutes les formes de sanctions pénales exécutées en milieu ouvert (pour les personnes de plus de 18 ans) : service d'intérêt général, peine avec sursis probatoire, libération anticipée, surveillance électronique…

Le rapport est un document de base en vue de la mise en place d'actions visant à améliorer la continuité de l'aide et des soins et à faciliter l'accès à ces services. Une attention particulière est accordée à la collaboration entre le travailleur social / prestataire de services de santé mentale et l'agent de probation (nécessité de protocoles de coopération et de structures de concertation).

L'agence flamande Soins et Santé (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid) a élaboré un cadre de soins médicolégaux de santé mentale. Le gouvernement souhaite, grâce à cet instrument, améliorer la qualité des soins de santé mentale destiné aux personnes sous probation non détenues. Le cadre prévoit des normes de qualité spécifiques et des protections supplémentaires pour ce groupe particulier de personnes sous probation. Il doit faire l'objet d'une évaluation menée en collaboration avec les partenaires concernés et sera adapté et modifié si cela s'avère nécessaire.

République tchèque : MANUEL POUR LE TRAVAIL AVEC LES PERSONNES DÉPENDANTES (thèmes abordés)

Partie théorique - phase de la dépendance, cycle du changement, services proposés aux personnes dépendantes.

Partie pratique - sécurité de la personne qui travaille avec des toxicomanes, sécurité au centre du Service de probation et de médiation, manipulation du testeur, sécurité pour le travail sur le terrain, travail avec les auteurs d'infraction souffrant d'addiction ou dépendants à l'alcool, cartographie de la situation des auteurs d'infraction, communication avec les auteurs d'infraction souffrant de dépendance.

Finlande : l'agent chargé du suivi a l'obligation d'orienter la personne vers les services sociaux compétents s'il apparaît qu'elle a besoin d'une aide et de services. Il est aussi tenu d'informer les services sociaux si la personne est dans l'incapacité de se prendre en charge ou si l'intérêt de l'enfant est en jeu (Article 35 loi sur la protection sociale).

➔ Les services sociaux :
https://stm.fi/en/social-services

OU

➔ Un médecin généraliste / un infirmier psychiatrique du service public de santé https://stm.fi/en/mental-health-services

France : les semi-libres relèvent du droit commun et sont donc en mesure d'accéder à une prise en charge sanitaire de droit commun. Il en va de même pour toutes les personnes suivies par les services pénitentiaires d'insertion et de probation en milieu ouvert.

En outre, l'axe 5 de la Feuille de route santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022 s'intitulant « Organiser la continuité de la prise en charge lors des sorties de détention et des levées de mesures de justice » a pour enjeu la continuité des soins et traitements des personnes détenues, notamment entre le milieu fermé et le milieu ouvert.

Allemagne :

Bade-Württemberg : La *Bewährungs und Gerichtshilfe Baden-Württemberg* (BGBW) a mis en place un système de spécialités. Des spécialistes de différents domaines (notamment celui des « personnes sous probation ayant des troubles mentaux ») travaillent dans chacun de nos neuf centres. Ces experts disposent des dernières connaissances dans leur domaine et ont également des compétences méthodologiques et pédagogiques. Ils sont notamment chargés de dispenser formation et conseils aux agents de probation, de faire au besoin des analyses de cas, d'intervenir dans les situations de crise et d'apporter un soutien dans les cas difficiles. Ils organisent également des journées spécialisées, des cours de formation, des séminaires et des réunions de mise en réseau, et proposent des discussions de cas et des permanences de consultation. Dans le cadre du renforcement permanent des connaissances, ils disposent de cinq jours de formation chaque année. À des fins d'assurance qualité, le service social central de la BGBW tient tous les ans une réunion avec tous les spécialistes.

Bavière : il n'existe pas en Bavière de programme, recommandation ou autre procédure spécifique. Le service de probation de la Bavière applique les normes de qualité en vigueur, que l'on trouvera sur le site du ministère bavarois de l'Intérieur à l'adresse suivante :

www.justiz.bayern.de/gerichte-und-behoerden/oberlandesgerichte/muenchen/bewaehrungshilfe.php

Basse-Saxe : les services sociaux judiciaires en milieu ouvert de la Basse-Saxe appliquent des normes de qualité. On trouvera en annexe le manuel en anglais.

Schleswig-Holstein : à notre connaissance, il n'existe pas dans le *Land* de programme ou procédure spécifique de prise en charge des personnes suivies par les services de probation qui ont une maladie mentale, pour ce qui est des soins de santé. Le dispositif d'aide à ces personnes s'inscrit dans une démarche d'accès de tous à l'ensemble des soins et de refus de la stigmatisation, et vise à faire en sorte qu'elles puissent bénéficier des services médicaux et thérapeutiques auxquels a accès l'ensemble de la population.

Globalement, la prise en charge des maladies mentales/troubles psychiatriques est organisée de façon décentralisée et intervient dans le cadre de services de proximité autant que faire se peut. Dans le Schleswig-Holstein, les personnes souffrant de maladie mentale bénéficient de services ambulatoires ainsi que de services de soins de jours ou de prise en charge en institution, qui sont également accessibles aux auteurs d'infraction. Les agents de probation connaissent les services d'aide au niveau régional et orientent vers :

- les services de conseil à seuil d'accès facile mis en place au niveau régional par les organismes d'État et des organisations non gouvernementales ;

- les psychothérapeutes de ville, qui doivent, en vertu des lignes directrices sur la psychothérapie, proposer des consultations dans des créneaux horaires accessibles et dispenser des soins aigus si nécessaire ;

- les spécialistes (neurologues, psychiatres, addictologue) exerçant en secteur libéral ;

- les services d'urgences des cliniques ou hôpitaux psychiatriques (en cas de crise psychiatrique ou psychotique aiguë), ainsi que les cliniques de jour et les services de soins ambulatoires ;

- les cliniques spécialisées et de réadaptation ;

- les services socio-psychiatriques des autorités sanitaires ;

- les services de soutien en addictologie accessibles aux personnes sous probation ayant des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (CIM-10 chapitre F10-F19) ;

- les services spécifiques pour les délinquants sexuels et les délinquants violents, qui sont également ouverts aux personnes sous probation ayant des troubles mentaux.

Les personnes sous probation présentant des troubles en lien avec à la délinquance peuvent bénéficier des programmes suivants :

- « Ne deviens pas délinquant » - service à bas seuil de conseil et de prise en charge des personnes présentant un trouble de la préférence sexuelle pour les enfants.

- Cliniques médicolégales de soins ambulatoires spécialisés - pour la prise en charge des personnes ayant un trouble de la préférence sexuelle, généralement dans le cadre d'une mesure d'obligation de soins prononcée en application du Code pénal.

- Suspension de l'exécution de la peine en vertu des § 35 et 36 de la loi sur les stupéfiants (*Betäubungsmittelgesetzes*) et application d'une mesure de traitement de l'addiction, le plus souvent en ambulatoire.[41]

Berlin, Brandebourg, Hesse, Mecklembourg-Poméranie-Occidentale, Rhénanie-du-Nord-Westphalie, Sarre, Thuringe : il n'existe pas dans ces *Länder* de programmes, recommandations, rapports ou documents similaires spécifiques.[42]

Islande : une équipe interdisciplinaire de santé mentale a été instaurée en 2020 au sein du système pénitentiaire. Elle rassemble des psychologues, un psychiatre et des infirmiers psychiatriques, et l'on peut espérer qu'elle disposera des ressources nécessaires pour intégrer d'autres professionnels en fonction des besoins. Son travail s'appuie sur les normes reconnues au niveau international, une méthodologie fondée sur des données probantes et des lignes directrices en matière de traitement clinique. L'équipe intervient sur place (dans les prisons) ou en utilisant des équipements de visioconférence lorsque cela est nécessaire ou plus approprié. Elle travaille en lien étroit avec les agents du service pénitentiaire, les services de santé mentale de proximité, les organismes de soins et autres prestataires afin d'assurer la continuité des services après la sortie de prison.

Italie : la loi nº 180 de 1978 (ou loi Basaglia, du nom du psychiatre à l'origine de cette réforme) a redonné de la dignité et des droits aux personnes souffrant de graves troubles psychiatriques ; elle a aboli les asiles mentaux, institutions totales dans lesquelles les patients se sentaient dépossédés de leur identité, et défini le territoire comme le niveau d'intervention le plus approprié pour la protection de la santé mentale.

Les « hôpitaux psychiatriques judiciaires » - ainsi qu'on les désignait depuis 1975 (« OPG » en italien) -, où étaient placés les délinquants souffrant de problèmes psychiatriques, sont néanmoins restés en activité. Dans ces établissements placés sous la tutelle de l'administration pénitentiaire, les questions de surveillance primaient sur les besoins en matière de traitement.

Par la loi nº 81/2014 entrée en vigueur le 31 mars 2015, le parlement italien a voté la fermeture des OPG. Dans le cadre de cette réforme historique, ils ont été remplacés par les résidences pour l'exécution des mesures de sécurité (REMS), des structures gérées par les régions et chargées de fournir accompagnement et soins selon les principes de la désinstitutionalisation et de l'inclusion sociale.

Depuis lors, les auteurs d'infractions pénales qui sont acquittés pour cause d'aliénation mentale font donc l'objet soit d'une mesure de sécurité non privative de liberté (probation) soit d'une mesure de sécurité privative de liberté (REMS), conformément à la loi nº 81/2014.

Jusqu'à 2019, cependant, aucune protection de ce type n'existait pour les personnes qui n'avaient pas été reconnues comme aliénées mentales (ni donc acquittées pour ce motif) au stade du procès, ni pour celles dont la maladie avait débuté pendant l'exécution de la peine (et qui de ce fait n'étaient pas soumises à une mesure de sécurité).

[41] Ceci est également prévu par la loi fédérale et valable pour tous les États fédéraux.
[42] Il peut y avoir une compréhension différente du « service de probation » : dans l'interprétation du Conseil de l'Europe, elle semble plus large, incluant tous les types de services qui offrent un soutien et une supervision pendant la période de probation, tandis que l'interprétation allemande semble se concentrer sur la "Bewährungshilfe" proprement dite, qui est un service spécifique pour le soutien et la supervision des probationnaires, mais exclut notamment les services ambulatoires de médecine légale, les services de protection de la jeunesse et d'autres services professionnels et bénévoles pour le soutien des condamnés en probation.

Par son arrêt nº 99 de 2019, la Cour constitutionnelle a sanctionné en vertu de l'Article 3 de la Constitution l'inégalité de traitement entre les personnes qui souffrent d'une grave infirmité physique et celles qui souffrent d'une pathologie mentale, ce qui a ouvert la voie à la mise en œuvre de mesures alternatives y compris pour les cas de maladie mentale grave apparue dans un deuxième temps.

Aujourd'hui, les juges peuvent donc prononcer une série de mesures garantissant un traitement égal à toutes les personnes ayant des problèmes mentaux qui entrent dans le processus pénal, qu'elles soient identifiées au préalable et fassent l'objet en toute logique de mesures de sécurité ou que leur pathologie soit apparue alors qu'elles étaient déjà placées en détention. Lorsqu'une maladie mentale grave se déclare pendant l'incarcération, le juge peut ordonner la prise en charge du délinquant à l'extérieur de la prison. La mesure alternative de détention à domicile peut être accordée, comme c'est déjà le cas pour les personnes ayant une maladie physique grave, même lorsque la durée de la peine à purger est supérieure à quatre ans. Une mesure de probation peut aussi être prononcée, qui permet à l'auteur de l'infraction, sous la supervision du service social de secteur, de poursuivre ou d'entreprendre un accompagnement thérapeutique et psychiatrique. L'application de la mesure est contrôlée par les services de probation du ministère de la Justice, qui travaillent en étroite collaboration avec le service de la santé mentale de la région.

Lettonie : il n'y a pas pour l'instant de collecte de données sur la santé mentale des personnes sous probation, mais il est prévu de le faire à l'avenir.

Lituanie : Loi sur les soins de santé mentale ; Stratégie en matière de santé 2014-2025 ; Stratégie en matière de santé mentale.

Malte : nous n'avons pas de lignes directrices spécifiques concernant la probation, mais une stratégie nationale en matière de santé mentale sur dix ans (2020-2030) a été lancée récemment. https://deputyprimeminister.gov.mt/en/Documents/National-Health-Strategies/Mental_Health_Strategy_EN.pdf

Monténégro : il n'y a pas de document national récent (politique, procédure, document d'orientation ou rapport) relatif au traitement des personnes suivies par les services de probation qui ont un trouble ou un handicap mental.

Portugal : Rapport « Gestion des cas : analyse des besoins et propositions de lignes directrices » (Direction générale des services de réinsertion et des services pénitentiaires, novembre 2016) : 42 % des mesures appliquées dans la communauté sont assorties d'une mesure judiciaire d'obligation de soins de santé mentale, notamment de soins addictologiques ; cette obligation est présente en particulier s'agissant des mesures de probation (entre 52 et 58 % des cas), mais on la retrouve dans 12 % des libérations conditionnelles (le plus souvent pour des soins addictologiques). L'obligation de soins de santé mentale est très fréquemment imposée dans les affaires de violence domestique (50 %), de vol (58 %), d'infraction routière (41 %), d'infraction à la législation sur les stupéfiants (37 %) et d'infractions sexuelles (33 %). On la retrouve très fréquemment aussi dans les affaires d'incendie volontaire (48,2 %).

Rapport « Interventions de probation dans le cadre de mesures de sécurité concernant les auteurs d'infraction pénalement irresponsables » (Direction générale des services de réinsertion et des services pénitentiaires, octobre 2018) : la législation prévoit que tous les auteurs d'infraction font l'objet d'une obligation de soins de santé mentale ; les troubles les plus fréquents sont la déficience intellectuelle (37,8 %), la psychose/schizophrénie (32,4 %), le trouble de la personnalité/du contrôle des impulsions (13,5 %) et la maladie bipolaire (10,8 %).

Rapport « Probation et services de santé mentale de proximité » (Direction générale des services de réinsertion et des services pénitentiaires, novembre 2019) : la majorité des services de santé mentale de proximité qui travaillent en collaboration avec les services de probation sont des ONG (32 %) ; viennent ensuite les hôpitaux (29,5 %), les structures qui s'occupent du traitement des addictions (23 %) et les unités de soins de santé primaires (13 %).

Recommandations sur la collaboration entre les services de probation et les services de santé mentale de proximité et pour l'orientation des personnes sous probation (en cours d'élaboration) : la Direction générale des services de réinsertion et des services pénitentiaires (ministère de la Justice) et le Programme national de santé mentale (ministère de la Santé) préparent actuellement des recommandations communes en vue de définir des procédures pour l'orientation des personnes sous probation et des personnes en liberté conditionnelle et soumises à une mesure d'obligation de soins de santé mentale ou ayant des problèmes de santé mentale. De telles procédures doivent être établies pour remédier à certaines difficultés constatées lors des demandes d'intervention et aplanir des problèmes de communication entre les différentes institutions.

Roumanie : La gestion des questions de santé mentale reste un défi pour le système roumain de probation eu égard aux difficultés rencontrées dans le travail avec les personnes ayant des troubles mentaux et au fait que les conseillers de probation ne bénéficient pas d'une formation spécialisée dans ce domaine. Il convient tout d'abord de préciser que le suivi probatoire en Roumanie est orienté tant sur le contrôle de la personne concernée que sur l'aide et le soutien à lui apporter pour répondre à ses besoins sociaux et criminogènes et diminuer le risque de récidive. Le travail de suivi s'organise autour de ces deux axes, y compris pour les personnes sous probation ayant des troubles de la santé mentale. L'équilibre entre contrôle et accompagnement est délicat à trouver lorsque l'on a affaire à des personnes ayant des troubles de la santé mentale, compte tenu du fait que ceux-ci ne sont la plupart du temps pas diagnostiqués médicalement (avec un certificat) et que le conseiller de probation ne dispose que de quelques indices recueillis alors qu'il observe les changements de comportement de la personne (actes violents et agressifs, impulsivité, consommation excessive de drogues ou d'alcool, refus de coopérer, excitation, et autres signes). Il est essentiel que le conseiller de probation détecte les signes et les symptômes qui pourraient conduire à un diagnostic médical de trouble de la santé mentale. Le Manuel du conseiller de probation, dont un chapitre est consacré aux aspects concernant les troubles de la santé mentale des personnes sous probation et à certains points spécifiques du travail en matière de santé mentale, contient quelques orientations à cet égard.

Les principales activités des services de probation roumains sont liées aux différentes étapes de la procédure pénale :

- avant le procès, pendant la phase de poursuites - (pour les mineurs) les rapports préparés à ce stade permettent d'évaluer le risque de récidive et les facteurs de risque ;

- pendant le procès, avant le prononcé de la peine - (pour les mineurs et les adultes) les rapports établis à la demande du tribunal permettent, comme précédemment, d'évaluer les risques ;

- après le procès et après la remise en liberté - exécution des peines appliquées dans la communauté (suivi des mesures éducatives non privatives de liberté imposées aux mineurs, suivi en cas d'ajournement de la peine, de peine avec sursis assortie d'une mise à l'épreuve et de libération conditionnelle).

1) Les principes du système roumain de probation

Il est utile de présenter les grands principes qui guident le travail des services de probation en Roumanie afin de brosser un tableau clair du système. Le principe essentiel établi conformément aux dispositions légales et aux normes en matière de probation est celui d'un fonctionnement selon un modèle de gestion des cas, qui implique la coordination des étapes suivantes : évaluation de la personne suivie, planification de l'intervention, encadrement et suivi des mesures de contrôle et du programme d'aide, exécution effective de la peine ou simple coordination des structures de proximité impliquées à ce stade. Ce principe s'applique y compris s'agissant du travail auprès des personnes sous probation ayant des troubles de la santé mentale (conduite de l'évaluation, planification de l'intervention dans la communauté et suivi par l'agent de probation chargé du dossier, et collaboration avec les unités de soins médicaux afin de mettre en place le cadre adéquat pour une intervention spécialisée).

Un autre point essentiel est celui de la proportionnalité de l'intervention dans le cadre du suivi. La portée des mesures de contrôle et de l'intervention doit être déterminée en fonction du niveau de risque et des besoins criminogènes. Les signes de la maladie mentale sont examinés lors des réunions de suivi avec l'agent chargé du dossier et pris en compte de la façon qui convient au sein du service de probation ou des structures de proximité, en particulier par les spécialistes des établissements de soins médicaux.

Enfin, lorsque des troubles de la santé mentale sont détectés chez une personne sous probation, une intervention pluridisciplinaire est mise en place. La personne est orientée dans un premier temps vers des structures de proximité pouvant lui apporter le soutien spécifique dont elle a besoin (accompagnement social, psychothérapie, soutien psychologique et, au besoin, traitement médical prescrit par un psychiatre).

2) Évaluation de la situation des prévenus ayant des problèmes de santé mentale

Les rapports établis sur la situation des prévenus sont des éléments très utiles pour aider les tribunaux à déterminer une sanction pénale appropriée en fonction de la personne concernée et de l'infraction commise. Dans la plupart des affaires, d'ailleurs, le tribunal reprend les conclusions des rapports d'évaluation pour prononcer et motiver la peine. L'évaluation réalisée dans le cadre de l'établissement du rapport préalable au procès et du rapport préalable à la détermination de la peine, pour les adultes et pour les mineurs, comporte les éléments suivants : analyse complète du comportement criminel, du casier judiciaire, des informations concernant le milieu social et familial - l'accent étant mis sur le soutien, les ressources, les valeurs et principes - du niveau d'éducation et d'instruction, de la situation professionnelle, de l'expérience

professionnelle, des compétences, de l'intention de modifier le comportement qui pose problème, de l'état de santé physique et psychologique et de la présence d'éventuelles addictions, ainsi que toute autre information concernant le comportement du prévenu dans la collectivité. Tous ces éléments permettent au conseiller de probation d'évaluer le risque de récidive et d'apprécier les facteurs pouvant accroître le niveau de risque ou au contraire le réduire, et de proposer au tribunal une mesure ou sanction adéquate, y compris certaines obligations spécifiques en fonction des besoins sociaux et criminogènes de la personne concernée. Comme nous l'avons indiqué ci-dessus, l'évaluation réalisée avant le procès porte avant tout sur l'état de santé général de la personne concernée et sur les éventuels problèmes médicaux ou psychologiques, et le conseiller de probation peut à cet égard travailler en collaboration avec des spécialistes (psychologues et psychiatres) afin de traiter correctement les questions de santé mentale et d'obtenir les informations utiles pour le rapport. Les conclusions du rapport d'évaluation prennent en considération les problèmes de santé mentale détectés et préconisent s'il y a lieu un traitement médical et psychologique dans le cadre de la sanction, privative de liberté ou non, imposée par le tribunal. Par ailleurs, la détection précoce des signes de maladie mentale est essentielle pour la mise en place d'un plan adéquat permettant de déterminer les mesures et l'intervention appropriées.

3) Travail auprès des personnes sous probation

En ce qui concerne la façon dont nous abordons spécifiquement les questions de santé mentale, il est utile en premier lieu de décrire certaines composantes du suivi tel qu'il est conçu et mis en œuvre dans le cadre du système de probation roumain. Le premier rendez-vous entre le conseiller de probation et la personne suivie permet de jeter les bases de la relation, d'instaurer la confiance, d'établir le respect et de communiquer toutes les informations nécessaires à propos de la sanction et du processus de suivi. Les étapes suivantes sont celles de l'évaluation des risques et des besoins, de la mise en place du plan d'exécution de la peine et de la conduite de l'intervention elle-même (ou simplement du suivi de cette intervention si elle est réalisée par un autre spécialiste). À la fin, un bilan du suivi est dressé. Comme indiqué plus haut, le plan d'exécution de la peine et l'intervention elle-même peuvent être établis à la lumière de l'évaluation sociale des besoins criminogènes réalisée pour déterminer le risque de récidive. Les premiers rendez-vous entre le conseiller de probation et la personne suivie permettent de détecter d'éventuels signes de maladie mentale, et d'en discuter. À l'issue de la période d'évaluation initiale, l'agent chargé du dossier dispose des éléments nécessaires pour décider s'il y a lieu d'orienter la personne suivie vers une autre structure de proximité en vue d'une prise en charge médicale, d'une psychothérapie, d'un accompagnement psychologique ou d'un traitement médical. Si le conseiller de probation a des doutes concernant les signes d'une maladie mentale, il peut s'adresser à des spécialistes qui l'aideront à éclaircir certains points et à avoir une vision précise de la situation. Dans ce cas de figure, il est bien souvent difficile d'obtenir que la personne (qui est parfois dans le déni) consente à suivre un programme de traitement si le tribunal n'a pas imposé de mesure spécifique.

En vertu des dispositions du code pénal roumain, cette mesure peut être une obligation de traitement et de soins de santé - pour les problèmes d'addiction à l'alcool ou aux drogues et pour d'autres problèmes médicaux. Cette obligation spécifique peut être établie par le tribunal lorsqu'il prononce une sanction applicable en milieu ouvert ou être décidée pendant la période de suivi probatoire à la demande du conseiller de probation. Celui-ci dispose d'un levier important et utile, à savoir la possibilité de modifier le contenu des obligations imposées par le tribunal en fonction des besoins criminogènes et du risque de récidive. Il peut ainsi demander au tribunal d'imposer une obligation de soins s'il l'estime nécessaire. En cas de non-respect de l'obligation, la sanction prononcée peut être révoquée et la personne concernée peut alors être amenée à purger sa peine en prison.

Une personne suivie peut aussi se voir imposer l'obligation de suivre un programme de réinsertion sociale, à savoir, selon les normes relatives à la probation :

- programmes d'intervention axés sur les thérapies cognitives et comportementales ;
- programmes d'intervention tels que ceux reposant sur la méthode Goldstein ou la méthode Moreno ;
- psychothérapie ;
- traitement psychiatrique ;
- ergothérapie ;
- programmes d'intervention dans les domaines de l'éducation et de la prévention, programmes courts d'intervention ;
- programmes d'information, notamment sur les questions juridiques ;
- soutien psychologique ;
- orientation professionnelle ;
- accompagnement ;
- soutien relationnel ;
- soutien à la motivation ;
- et tout autre type d'activités de soutien et de conseil visant à répondre de façon appropriée aux besoins criminogènes identifiés.

Des difficultés existent concernant l'accès aux prestataires de soins de santé mentale. Faire en sorte que les personnes puissent bénéficier de ce type de soins permettrait d'améliorer la qualité de vie des personnes qui en ont besoin, renforcerait la sécurité dans la société et faciliterait le processus de réinsertion entamé dans le cadre du suivi probatoire. Pour de nombreuses personnes, l'accès aux soins permet de réduire considérablement, voire d'éliminer, le risque de suicide, d'éclaircir les problèmes juridiques, de résoudre les conflits familiaux, d'aborder les difficultés liées au travail et de s'attaquer aux problèmes d'abus de substances psychoactives et autres problèmes de santé physique et mentale. Il est essentiel que le service de probation, qui certes doit agir sur de multiples fronts, comprenne bien comment fonctionne l'accès aux services de santé mentale, de sorte que la personne concernée puisse bénéficier de ces services pendant la période de probation. La collaboration interinstitutionnelle dans le cadre de la gestion des cas est également très importante.

Un autre élément essentiel en vue de l'amélioration de l'intervention sociale pendant la période de suivi est la formation du personnel de probation, qui doit être en mesure d'identifier les problèmes de santé mentale pendant le processus d'évaluation des risques et des besoins et savoir comment gérer les personnes sous probation ayant des troubles de la santé mentale.

Le nombre croissant de personnes sous probation qui souffrent de maladie mentale met à l'épreuve les conseillers de probation, et plus généralement la société dans son ensemble. Il n'existe pas dans notre dispositif d'interventions conçues spécifiquement pour ce type de problème et le personnel de probation ne reçoit pas de formation spécialisée, mais le soutien mis en place dans le cadre de la relation entre le conseiller de probation et la personne ayant une maladie mentale revêt une importance non négligeable. Le système de probation roumain devrait remédier à l'absence de programmes et d'interventions spécifiques dans le domaine de la santé mentale des personnes sous probation, élaborer des mesures et des actions à cet égard et les mettre en œuvre.

Les aspects liés à la santé mentale sont abordés dans le cadre de la formation initiale au sein du système roumain de probation ; néanmoins, la nécessité de mettre en place des approches spécifiques en vue de faire reculer les attitudes stigmatisantes au sein du personnel et de renforcer les connaissances des agents sur les maladies mentales est reconnue, et fixée comme objectif.

République slovaque : il n'existe pas en Slovaquie de politique ou d'orientations spécifiques concernant les personnes suivies par les services de probation qui présentent un trouble ou un handicap mental.

Espagne : Nous souhaitons tout d'abord préciser que nous considérons comme étant « sous probation » les auteurs d'infraction qui purgent une peine de substitution à la prison et les auteurs d'infraction en libération conditionnelle // En ce qui concerne les personnes qui purgent une peine de substitution, deux cas de figure se présentent. Dans certains cas la décision du tribunal est assortie d'une obligation de participer à un programme de soins de santé mentale. L'agent de probation oriente alors l'auteur de l'infraction vers une structure publique, effectue un suivi du cas et rend compte périodiquement au tribunal. // Lorsqu'un auteur d'infraction ayant un trouble mental est condamné à une sanction alternative ordinaire (travail d'intérêt général ou peine avec sursis) parce qu'aucun trouble mental n'a été détecté au stade de la comparution, le service de probation peut l'orienter vers le Programme Pont étendu (PPE). L'objectif principal du programme est d'identifier ces cas et de mettre en lien les auteurs d'infraction avec les ressources de proximité existantes (pour les problèmes sociaux et de santé), pour améliorer leur état de santé et prévenir de nouvelles poursuites et incarcérations. Si l'agent de probation se rend compte qu'un auteur d'infraction condamné à une peine de travail d'intérêt général a un grave trouble de la santé mentale, il peut ainsi proposer au juge que l'intéressé purge sa peine en participant au PPE. Cela évitera les manquements aux obligations imposées et contribuera à une meilleure réadaptation de l'auteur d'infraction. // Le Programme intégré concerne quant à lui les auteurs d'infraction ayant une déficience intellectuelle. Il a pour objectif principal la détection précoce de la déficience mentale, l'amélioration de l'état de santé des personnes concernées et la mise en relation avec les structures sociales et sanitaires appropriées dans la collectivité. Ce programme est dans sa phase expérimentale. // Les interventions de ce type doivent normalement se poursuivre une fois que l'auteur d'infraction a purgé sa peine. // Les auteurs d'infraction en liberté conditionnelle peuvent bénéficier du Programme Pont, conçu pour faciliter et renforcer le processus de réinsertion dans la société des personnes ayant des troubles mentaux qui se trouvent en milieu ouvert dans le cadre de l'exécution d'une mesure, y compris les personnes en liberté conditionnelle. Différentes sortes d'interventions sont réalisées : accompagnement psychosocial, soutien à la réadaptation psychiatrique et psychosociale, médiation pour les questions de santé, conseils juridiques, placement en famille d'accueil et soutien familial, programmes de perfectionnement professionnel.

Suède : En Suède, les personnes qui purgent une peine en milieu ouvert sont intégrées au système de santé général - c'est le « principe de normalisation ». Le Service suédois des prisons et de la probation n'applique aucune autre politique nationale que les politiques générales des services de santé nationaux. Pour des raisons de sécurité, des politiques spéciales sont parfois en place dans les prisons.

Türkiye : des plans et programmes individuels sont mis en place pour les personnes sous probation qui présentent un trouble ou un handicap mental.

Entretien individuel approfondi

L'évaluation des risques et des besoins permet de déterminer le risque de suicide chez la personne concernée. Les facteurs tels que les antécédents de violence, un comportement autodestructeur ou la demande d'un accompagnement renforcé sont pris en considération. L'entretien met en évidence les différents facteurs.

Entretiens individuels dans le cadre de l'intervention (entretien individuel de longue durée)

Pour différentes raisons liées par exemple à des problèmes physiologiques ou psychologiques ou aux antécédents criminels des personnes concernées, il n'est pas mené de travail de groupe. Le travail individuel mené dans l'objectif de modifier le comportement de la personne apparaît plus adapté.

Royaume-Uni :

A. **Angleterre :** le gouvernement prend la santé mentale très au sérieux et considère qu'il est essentiel de réaliser des interventions appropriées au bon moment si l'on veut améliorer la situation des personnes ayant des besoins en la matière. Les auteurs d'infraction ont souvent des besoins de soins et de santé complexes et leur santé physique et mentale est souvent moins bonne que celle de l'ensemble de la population. Pour obtenir de meilleurs résultats sanitaires et traiter les causes profondes de la délinquance, nous devons impérativement mettre en œuvre une approche globale de la fourniture de soins de santé aux personnes relevant de la justice pénale.

Le système national de santé en Angleterre (NHSE/I) a commencé à mettre en œuvre un nouveau dispositif, le *Community Mental Health Framework for Adults*, dans lequel le soutien, les soins et les traitements de santé mentale sont organisés au niveau local et de façon intégrée, et dispensés dans le cadre de services de proximité.

- Cette nouvelle stratégie devrait favoriser l'évolution de services de santé mentale de proximité difficilement accessibles et qui travaillent de façon cloisonnée vers une prise en charge coordonnée réalisée dans le cadre d'une approche prenant en compte d'une part la population dans son ensemble et d'autre part la personne dans sa globalité.

- Les services offerts dans ce cadre devraient comprendre : accès à des psychothérapies, renforcement de l'offre de soins de santé physique, aide à l'emploi, soins adaptés à la personne et tenant compte des traumatismes subis, aide à la gestion des médicaments, soutien dans les cas de comportements autodestructeurs et pour les problèmes liés à l'usage abusif de substance psychoactives.

- L'un des objectifs du cadre est de renforcer la continuité des soins et de faire en sorte que le passage à un système souple fonctionnant de manière proactive pour répondre aux besoins de soins ne produise pas d'« effet falaise » en termes de perte de soins et de soutien.

Système de soins intégré

Dans un récent livre blanc intitulé Working together to improve health and social care for all, le gouvernement a fait part de son objectif de voir l'ensemble du territoire de l'Angleterre couvert par un système de soins intégré (*Integrated Care System*, ICS). Le passage à l'ICS, qui s'appuie sur le travail réalisé dans le cadre du plan à long terme de la NHS, permettra aux différentes composantes du système de soins de santé de coopérer de façon plus efficace, de remédier aux inégalités et d'améliorer les résultats, y compris s'agissant des personnes sous probation.

Le programme d'obligation de soins dans le cadre de peines appliquées en milieu ouvert

Les acteurs des secteurs de la santé et de la justice travaillant dans le cadre du programme d'obligation de soins en milieu ouvert *Community Sentence Treatment Requirement* (CSTR) s'efforcent de promouvoir l'utilisation des mesures d'obligation de soins de santé mentale. Il s'agit de détecter les personnes ayant des besoins liés à leur état de santé mentale ou à l'usage abusif de substances psychoactives et aux vulnérabilités qui en découlent et d'effectuer un bilan de leur situation, l'objectif étant que davantage de mesures d'obligation de soins de santé mentale en milieu ouvert soient prononcées, en lieu et place de peines privatives de liberté.

Services de liaison et de déjudiciarisation

Le programme de liaison et de déjudiciarisation a été créé en 2010 à la suite de la publication, en 2009, du rapport Bradley. La totalité du territoire anglais est désormais couverte. Des professionnels de la santé sont détachés dans les commissariats de police et les tribunaux, réalisent des évaluations et orientent les personnes concernées, y compris celles ayant des besoins en matière de santé mentale, vers les structures de soin et de soutien. Avec l'accord de l'intéressé, les informations peuvent alors être communiquées à la police et à la justice, pour éclairer les décisions des magistrats. Les auteurs d'infraction peuvent faire l'objet d'une mesure de déjudiciarisation complète (sortie complète du système pénal) ou d'une peine non privative de liberté, notamment une peine appliquée en milieu ouvert avec obligation de soins.

RECONNECT et *Enhanced RECONNECT* : le NHSE est en train de mettre en place le programme *RECONNECT*, destiné aux sortants de prison. L'objectif est d'aider les personnes sortant de détention à s'orienter dans la complexité de l'offre de soins et de protection sociale afin de préserver le bénéfice des progrès réalisés pendant la détention, et, ce faisant, d'améliorer l'état de santé des personnes et réduire le risque de récidive.

Financé par le ministère de la Santé et élaboré conjointement avec le ministère de la Justice, le service *Enhanced RECONNECT* est en phase d'expérimentation. L'objectif est de réduire la récidive des sortants de prison dont les besoins en matière de santé sont complexes et liés à leur comportement criminel, et qui présentent un risque élevé de s'en prendre à eux-mêmes ou à autrui. Ce service est axé sur les cas les plus complexes, impliquant les personnes présentant les risques les plus élevés. L'intervention est prévue sur une période de 12 mois après la remise en liberté, pour garantir, au-delà de l'engagement initial, une fréquentation dans la durée des services de santé et de soutien.

Le programme OPD

Le « Parcours pour les délinquants ayant un trouble de la personnalité » (*Offender Personality Disorder Pathway*, OPD) est un programme de changement élaboré, financé et mis en place à l'échelle interministérielle, qui comprend un ensemble coordonné de services destinés aux personnes à risque relevant du système de justice pénale et susceptibles d'être diagnostiquées comme ayant un « trouble de la personnalité ». Il est placé sous la tutelle commune du NHS-Angleterre et des services pénitentiaires et de probation du Royaume-Uni (*Her Majesty's Prison and Probation Service*). Il offre diverses prestations et interventions, y compris un examen du cas, un service de conseil de psychologues pour les conseillers chargés du suivi des auteurs d'infractions, ainsi que des services de traitement et de suivi pour les personnes incarcérées, placées dans un service de santé mentale sécurisé ou sous probation. Le programme comprend plusieurs interventions agréées par l'organisme compétent (CSAAP), comme le modèle des Communautés thérapeutiques démocratiques (*Democratic Therapeutic Communities*) ou la Thérapie basée sur la mentalisation (*Mentalisation Based Therapy*, MBT). Le parcours doit permettre de gérer de façon plus efficace le risque d'infraction dangereuse, de réduire la récidive pour les infractions dangereuses, d'améliorer l'état de santé psychologique et le bien-être des personnes concernées et de renforcer les compétences, la confiance et les attitudes des professionnels qui travaillent avec des auteurs d'infraction ayant des besoins complexes, sans perdre de vue l'objectif de renforcer l'efficacité générale et optimiser l'utilisation des ressources.

B. **Irlande du Nord :** Le Bureau de probation pour l'Irlande du Nord (PBNI) emploie plusieurs psychologues légistes et praticiens qui assurent un service spécialisé dans toute la province. Ils sont y compris chargés de dispenser régulièrement à l'ensemble du personnel une formation de sensibilisation à la santé mentale. Il s'agit de connaître les différents types de troubles mentaux et les comportements qui leur sont associés, et d'apprendre à détecter les symptômes et les signes évocateurs d'une maladie mentale et des troubles liés à celle-ci. La formation comporte aussi un volet sur la vaste gamme de médicaments prescrits aux usagers ainsi que leurs potentiels effets secondaires, une présentation des services accessibles au sein et en dehors du PNBI dans toute la région - services de santé mentale, services de proximité, services du secteur associatif par exemple. Elle revêt aussi une dimension pratique, avec des études de cas et des conseils concrets sur les méthodes à utiliser dans le travail avec des usagers susceptibles d'avoir des problèmes de santé mentale, des idées suicidaires ou des comportements autodestructeurs.

C. **Écosse :** destiné aux services sociaux de la justice, le guide pratique sur les peines et mesures appliquées dans la communauté intitulé *Community Payback Order Practice Guidance* décrit le fonctionnement de l'obligation de soins de santé mentale prononcée dans le cadre d'une mesure appliquée dans la communauté, et met en évidence les bonnes pratiques dans ce domaine.

Le Mémorandum sur la procédure concernant les patient soumis à une mesure de restriction (Memorandum of Procedure on Restricted Patients) est le document de référence pour les personnes qui, dans le cadre d'un suivi ou de soins, s'occupent de patients faisant l'objet d'une obligation de traitement assortie d'une mesure de restriction, d'internement ou de transfert en vue d'un traitement, à savoir les patients soumis à une mesure de restriction. Il est destiné aux professionnels des services de santé mentale médicolégale. À l'exception des nombreuses formations à une approche tenant compte des traumatismes subis destinées aux services sociaux de la justice, il n'existe pas d'autres politiques ou orientations spécifiques.

Annexe II

Résultats complets de l'enquête (volet « Prison » et volet « Probation »)

Méthode

Conception

Deux questionnaires élaborés par le PC-CP ont été envoyés aux États membres du Conseil de l'Europe et à leurs différentes juridictions (voir annexes A et B). Il s'agissait d'obtenir des informations sur les politiques officielles et les approches pratiques en matière de troubles de la santé mentale mises en œuvre par les services pénitentiaires et de probation. La partie « enquête de terrain » a duré une dizaine de semaines et plusieurs rappels ont été envoyés aux interlocuteurs qui n'avaient pas répondu. Compte tenu de la pandémie de covid-19 et du travail supplémentaire qu'elle a entraîné, le taux de réponse de 63 % pour le volet « Prison » et 66 % pour le volet « Probation » est satisfaisant (voir tableau 1 et figure 1).

Tableau 1 - Réponses

	Prison	**Probation**
Nombre total de réponses	NB : l'Allemagne a envoyé 10 réponses distinctes (sur 16 possibles), et l'Espagne 2 Il y avait donc potentiellement 67 « unités de réponse » 42 unités de réponse sur 67 ont communiqué des informations	NB : l'Allemagne a envoyé 11 réponses distinctes (sur 16 possibles), la Belgique 3, l'Espagne 2 et le Royaume-Uni 3 (sur 4 possibles). Il y avait donc potentiellement 67 « unités de réponse » 46 unités de réponse sur 67 ont communiqué des informations
Taux de réponse global	63 %	66 %

Les informations ont été entrées dans des tableaux Excel. L'intégralité des réponses est disponible sur le site web du Conseil de l'Europe à l'adresse : Mental Illness in Offenders on Probation: Draft Preliminary Survey (coe.int).

Analyse

Une simple analyse quantitative a été réalisée, dont nous avons dégagé essentiellement des valeurs en pourcentage, ainsi que quelques valeurs médianes. Les informations qualitatives ont été analysées en fonction des différents thèmes qui sont ressortis. Nous nous sommes par ailleurs efforcés de creuser les exemples de bonnes pratiques. Des précisions supplémentaires ont dans certains cas été demandées aux répondants.

Résultats

Quand cela est possible, les informations concernant les prisons et celles concernant la probation sont présentées ensemble, ce qui permet une comparaison aisée entre les deux secteurs.

Un premier point portait sur la présence ou non de politiques gouvernementales (voir le tableau 2 ci-dessous). En ce qui concerne la probation, le nombre de pays/juridictions disposant d'une politique gouvernementale était à peu près équivalent au nombre de pays/juridictions n'en possédant pas. S'agissant des prisons, les réponses montrent que presque tous les pays/juridictions disposent de politiques établies au niveau du gouvernement pour encadrer le traitement des détenus ayant des troubles de la santé mentale.

Toutes les informations concernant cette question sont données dans l'annexe C.

Tableau 2 - Présence de politiques gouvernementales en matière de traitement des personnes en détention ou sous probation ayant des troubles de la santé mentale

	Prison**	Probation*
Oui, il existe une politique	39/42 (92,8 %)	17/32 (53 %)
Non, il n'existe pas de politique (s.o.)	3/42 (8,2 %)	15/32 (47 %)

*Les pays/juridictions où une politique gouvernementale est en place pour les personnes sous probation sont : Autriche, Belgique néerlandophone, République tchèque, Finlande, Albanie, Bade-Wurtemberg (Allemagne), Basse-Saxe (Allemagne), Malte, Islande, Italie, Lituanie, Irlande du Nord, Portugal, Roumanie, Espagne, Türkiye, Angleterre, Écosse

** Les pays/juridictions où une politique gouvernementale est en place pour les personnes en détention sont : Andorre, Autriche, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Allemagne (toutes les réponses), Grèce, Islande, Italie, Lituanie, Lettonie, Luxembourg, Malte, Monténégro, Pays-Bas, Portugal, Roumanie, Saint-Marin, République slovaque, Espagne, Catalogne, Suède, Suisse

On trouvera la description des politiques gouvernementales à l'annexe 1.

Formation et sensibilisation à la santé mentale dans les services de probation

Le tableau 3 ci-dessous montre que la proportion du personnel de probation recevant une formation sur les questions de santé mentale est inférieure de moitié à la proportion du personnel pénitentiaire pareillement sensibilisé ou formé (37 % contre 74 %). Plusieurs pays/juridictions ont indiqué qu'il n'était pas nécessaire de prévoir ce type d'activités car la formation requise pour devenir agent de probation comprenait les questions de santé mentale. Le *Land* de Berlin (Allemagne) a ainsi indiqué :

« […] le service de probation emploie uniquement des travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés et psychologues agréés par l'État, qui, du fait de leur formation, sont déjà sensibilisés aux questions de santé mentale et disposent des connaissances nécessaires en la matière. Une formation systématique n'est donc pas nécessaire. »

L'analyse des données qualitatives de cette partie met en évidence un autre thème, à savoir le caractère « non obligatoire » de la formation proposée après la validation des compétences nécessaires pour devenir agent de probation (Danemark, Brandebourg (Allemagne), Hesse (Allemagne), Rhénanie-du-Nord-Westphalie (Allemagne), Schleswig-Holstein (Allemagne), Écosse et France). Dans d'autres pays/juridictions (Autriche, Angleterre, Malte, Irlande du Nord, Roumanie et Espagne), la formation est soit obligatoire soit intégrée à la formation initiale pour devenir agent de probation. Certains pays/juridictions ont précisé le contenu de la formation, mais seules l'Angleterre et la France ont cité « la prévention du suicide » comme étant un domaine essentiel à traiter. La République tchèque met l'accent sur la toxicomanie. La plupart des pays/juridictions ont recours à des formateurs, à l'exception du Bade-Wurtemberg (Allemagne), qui fait appel à des membres du personnel de probation ayant reçu une formation spécialisée sur les questions de santé mentale :

« Le personnel de probation suit des formations en interne ou dispensées à l'extérieur. En interne, nous dispensons une formation continue sur les « Clients ayant des troubles mentaux ». Par ailleurs, les agents de probation ont la possibilité d'être suivis individuellement dans le cadre d'une supervision. Dans chacun de nos neuf bureaux de probation il y a un agent disposant de compétences spécifiques en la matière. Cet agent spécialisé peut conseiller ses collègues et organiser des formations. »

Enfin, plusieurs pays/juridictions (Belgique et Irlande du Nord) ont indiqué qu'il était important de dispenser une formation sur les médicaments psychotropes couramment prescrits et leurs effets secondaires.

Tableau 3 - Sensibilisation et formation à la santé mentale

	Prison	Probation
Formation dispensée	31	14
Nombre de réponses valides	42	39
% de « Oui »	74 %	36 %
Contenu	s.o.	s.o.

Budget alloué à l'offre de soins de santé mentale pour les personnes sous probation

Très peu de pays/juridictions ont été en mesure de fournir des informations précises sur le budget alloué à l'offre de soins de santé mentale pour les personnes sous probation (voir le tableau 4). La très grande majorité des répondants ont indiqué que les soins de santé mentale étaient dispensés par des organismes extérieurs (organismes de santé et secteur associatif) et qu'ils ne connaissaient donc pas les coûts. La réponse de l'Irlande du Nord, où des psychologues légistes sont directement employés par le service de probation sur son propre budget, est intéressante :

« Il n'y a pas de budget spécifique alloué à l'offre de soins de santé mentale pour les personnes sous probation en Irlande du Nord. Le PNBI a recruté au fil des années ses propres psychologues légistes/praticiens, qui travaillent directement et en partenariat avec le personnel de probation pour la gestion de ce groupe complexe de personnes. Les psychologues travaillent en lien très étroit avec les services locaux de santé, les équipes médicolégales locales de santé mentale et l'unité régionale sécurisée de psychiatrie pour faire en sorte que les usagers aient accès aux services de proximité dispensant les soins de santé mentale dont ils ont besoin. »

Tableau 4 - Budget total pour la santé mentale pour les personnes en détention/sous probation

	Prison	**Probation**
Réponses valides	4	30 (2 réponses valides) 27 = ne sait pas
Budget indiqué par les pays/juridictions ayant répondu	450 000 euros (Islande) 1,5 million euros (Malte) 15,5 millions euros (Pays-Bas) 20 millions euros (Finlande)	1. Hesse (Allemagne) : 668 000 euros 2. Islande : 450 000 euros

Prévalence des troubles de la santé mentale chez les personnes sous probation

La question sur la prévalence des troubles de la santé mentale chez les personnes incarcérées et les personnes sous probation a suscité des réponses très différentes (voir le tableau 5). La fourchette était de 0 % à 80 % pour la détention et de 2 % à 90 % pour la probation, en dépit du fait que nous avions tenté dans le questionnaire de préciser la notion de « troubles de la santé mentale » en donnant la définition suivante :

« Selon l'Organisation mondiale de la santé, "parmi les troubles mentaux figurent : la dépression, les troubles affectifs bipolaires, la schizophrénie et autres psychoses, la démence [...] et les troubles du développement, y compris l'autisme" ».

Une étude approfondie réalisée à partir d'échantillons aléatoires indique que 40 % des personnes suivies par les services de probation présentent un trouble de la santé mentale. La valeur médiane relevée dans la présente enquête, à savoir 15 %, est manifestement en-dessous de la réalité. Pour ce qui est des personnes en détention, un écart similaire a été constaté entre la plus basse et la plus haute valeur fournie, et la valeur médiane calculée est de 18 %. Nous avons demandé aux pays/juridictions de nous préciser les éléments sur lesquels l'estimation de la prévalence avait été calculée. En ce qui concerne la probation, certains pays/juridictions (Irlande, Finlande et Suède) se sont appuyés sur des études tandis que d'autres (Belgique, Angleterre, la majorité des *Länder* allemands, Hongrie, Malte, Irlande du Nord, Portugal, Écosse, Slovénie et Türkiye) ont déclaré que le personnel des services de probation réalisait des évaluations dont les données étaient regroupées avec les données de l'administration au niveau national. Quatre services de probation seulement recueillent des données de façon systématique (Catalogne, Irlande du Nord et les *Länder* allemands de Berlin et du Brandebourg).

Prévalence des troubles de la santé mentale chez les personnes en détention

Les 26 réponses qui ont été analysées mettent en évidence une large fourchette. La valeur médiane est de 18 %.

Tableau 5 - Estimation de la prévalence des troubles de la santé mentale chez les personnes en détention et les personnes sous probation

	Prison	**Probation**	**Données recueillies systématiquement ?**
Réponses valides	26 (61,9 %)	22 (52 %)	3 = oui
Chiffre par pays/ juridiction	Andorre- 20 % ; Arménie- 12 % ; Bulgarie- 0,36 % ; Croatie- 10/80 % ; République tchèque- 60 % ; Finlande- 65 % ; France- 6/24 % ; Grèce- 9 % ; Islande- 15 % ; Lituanie- 10 % ; Lettonie- 38 % ; Luxembourg- 15 % ; Malte- 20 % ; Monténégro- 65 % ; Portugal- 2 % ; Roumanie- 16 % ; Saint-Marin- 0 % ; Slovénie- 5-13 % ; Espagne- 4 % ; Espagne-Catalogne- 19 % ; Suède- 46 % ; Allemagne-Basse-Saxe- 30 % ; Allemagne-Schleswig-Hostein- 20 % ; Angleterre- 78 %	Autriche : 2,5 % ont fait l'objet d'une décision medicolégale Belgique francophone : 30 % Belgique germanophone : 8 % Catalogne : 7 % République tchèque : 11,6 % Danemark : 50 % Angleterre : 11 % Brandebourg (Allemagne) : 50-60 % Hesse (Allemagne) : 15 % Basse-Saxe (Allemagne) : 20 % Rhénanie-du-Nord-Westphalie (Allemagne) : 13 % Hongrie : 13,55 % Islande : 15 % Irlande : 40 % Irlande du Nord : 65 % Portugal : 50-60 % Schleswig-Holstein (Allemagne) : 15-25 % Thuringe (Allemagne) : 10 % Écosse : 70-90 % Slovaquie : 2 % (établi par un certificat) Slovénie : 15 %	oui oui oui
Fourchette	0 %-80 % (médiane 18 %)	2-90 % (médiane 15 %)	

Qui assure la prise en charge et le traitement des troubles de la santé mentale des personnes en détention ou sous probation ?

En dehors des services de santé et du secteur associatif, très peu d'organisations interviennent pour l'administration des soins de santé mentale aux personnes sous probation (voir les tableaux 6a et 6b). Sauf en Irlande du Nord et à Malte, les services de probation s'adressent le plus souvent à des prestataires de services extérieurs. En ce qui concerne les prisons, la fourniture des soins de santé mentale dans les établissements pénitentiaires est du ressort du ministère de la Justice dans la plupart des pays - et dans certains cas aussi du ministère de la Santé.

Tableau 6a - Organisations dispensant des soins de santé mentale dans les prisons et les services de probation

	Prison	**Probation (n=37 réponses valides)**
Ministère de la Justice	a) 42,8 % b) 73,8 %	7 (19 %)
Services de santé	a) 14,3 %) b) 21 (50 %)	32 (86 %)
Secteur associatif	b) 4 (9,5 %)	10 (28 %)
Autre	a) 8 (19 %) ; b) 2,3 %	8 (22 %)

a) Seule institution à dispenser des soins de santé mentale
b) Avec une autre institution

Pour plus d'informations sur la rubrique « Autre », voir A5

Tableau 6b - Quel est le rôle des services pénitentiaires/de probation dans l'administration des soins de santé mentale ?

	Prison	**Probation**
Réponses valides		37
Dispensent eux-mêmes les interventions/traitements	35 (83,3 %)	5 (14 %)
Invitent des services externes à intervenir sur place	27 (64,2 %)	4 (11 %)
Orientent les personnes vers des services externes	26 (61,2 %)	31 (84 %)
Plusieurs possibilités parmi les précédentes	23 (54,7 %)	7 (19 %)

Outils de dépistage - probation

Le tableau 7 montre que le dépistage intervient principalement au stade du tribunal, ainsi qu'un peu avant la sortie de prison. Les outils de dépistage sont très différents d'un pays/juridiction à l'autre et sont généralement mis en œuvre par les experts avant la comparution devant le tribunal. Il existe cependant deux services - disposant l'un et l'autre d'une équipe interne de psychologues - qui utilisent des outils de dépistage structurés. Le service de probation de Malte a notamment recours au GAD (pour le trouble anxieux généralisé) et le STAXI (pour l'évaluation du trouble de la personnalité). En Irlande du Nord, le service de probation a recours à l'IDB (Inventaire de dépression de Beck) et au PDE (Examen des troubles de la personnalité). En Bulgarie, on utilise le test de psychopathie de Hare, une grille d'évaluation du risque de suicide en prison (PSRAC) et des outils structurés d'évaluation du niveau de consommation de drogues et d'alcool. En Islande, on pratique le Mini-examen de l'état mental pour identifier les symptômes de troubles de la santé mentale. L'Espagne peut utiliser le questionnaire CAGE (consommation d'alcool) et le questionnaire GHQ-28 (anxiété et dépression). Les autres services de probation ne procèdent pas eux-mêmes à des examens spécifiques en vue du dépistage des troubles de la santé mentale des personnes qu'ils suivent - mais dans la plupart d'entre eux la description de l'état de santé mentale de la personne suivie et le point sur d'éventuels contacts antérieurs avec des services de santé mentale figurent au nombre des informations collectées systématiquement pour évaluer les risques. Le tableau 8 ci-dessous montre que le dépistage a lieu le plus souvent au stade de la comparution devant le tribunal ou avant la sortie de prison.

Tableau 7 - Quand un dépistage a-t-il lieu pour les personnes sous probation ?

	Probation
Réponses valides	36
Arrestation	15 (42 %)
Tribunal	34 (94 %)
Prison	31 (86 %)
Probation	16 (44 %)

Il apparaît en outre que dans une majorité de cas ce sont les médecins généralistes qui réalisent l'examen en vue du dépistage (voir tableau 8).

Tableau 8 - Qui examine généralement les personnes détenues ou sous probation pour dépister des troubles de la santé mentale ?

	Prison	**Probation**
Réponses valides	42	36
Personnel pénitentiaire	12 (28,5 %)	
Personnel de probation		11 (32 %)
Autre personnel de la justice pénale	5 (11,9 %)	2 (6 %)
Infirmier	16 (38 %)	3 (8 %)
Médecin généraliste	32 (76,2 %)	11 (31 %)

Dépistage - prisons

En ce qui concerne les prisons, les outils d'évaluation structurés sont appliqués le plus souvent dans la phase initiale de la détention (arrivée et admission), puis au moins une fois par an, soit sur instruction d'un médecin soit à la demande de la personne détenue.

Le dépistage est généralement réalisé par un psychiatre ou un psychologue.

Tableau 9 - Quand le dépistage des problèmes de santé mentale a-t-il lieu en détention ?

	Prison
Arrivée	30 (71,4 %)
Admission	34 (80,9 %)
Préparation à la libération	12 (28,5 %)
Probation	

Tableau 10 - Fréquence du dépistage des problèmes de santé mentale

	Fréquence du dépistage des problèmes de santé mentale chez les détenus
À la demande du détenu	28 (66,6 %)
Sur instruction d'un médecin	28 (66,6 %)
Une fois par an ou moins	24 (57,1 %)
Tous les deux ans ou plus	28 (66,6 %)

Psychiatre	33 (78,5 %)	22 (61 %)
Psychologue	35 (83,3 %)	22 (61 %)
Travailleur social	17 (40,4 %)	9 (25 %)
Autre*	1 (2,3 %)	7 (19 %)

***Autres intervenants cités :** sociologue, enseignant, éducateur, expert mandaté par les tribunaux et les autorités judiciaires, équipe de santé mentale intervenant en milieu carcéral ou pour les services de probation, personne travaillant dans les services de santé

Tableau 11 - Les services pénitentiaires de votre pays/juridiction sont-ils dotés d'unités spéciales pour fournir un traitement aux détenus ayant des troubles de la santé mentale ?

	Prison
Nombre de réponses valides	**42**
« Oui »	29 (69 %)

N.B. Les personnes interrogées étaient invitées à donner des exemples précis.

L'obligation de traitement pour les personnes sous probation

Le tableau 12 ci-dessous montre qu'un tiers des services de probation peuvent obtenir une obligation de soins de santé mentale pour les personnes qu'ils suivent. C'est notamment le cas en Catalogne, en Angleterre, en France, à Berlin (Allemagne), dans le Mecklenbourg-Poméranie-Occidentale (Allemagne), en Irlande du Nord, dans le Schleswig-Holstein (Allemagne), en Écosse et en Türkiye.

Plus de la moitié des pays/juridictions indiquent qu'il existe des unités spéciales dotées de ressources spécifiques (y compris d'installations) adaptées aux besoins des détenus ayant des troubles de la santé mentale, par exemple l'Arménie, l'Autriche, la Belgique, la Bosnie-Herzégovine, la Bulgarie, la Croatie, la République tchèque, le Danemark, la Finlande, la France, la Grèce, l'Italie, la Lituanie, la Lettonie, le Luxembourg, Malte, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la Roumanie, la République slovaque, la Slovénie, l'Espagne, la Catalogne, la Suède.

Tableau 12 - Le service pénitentiaire/de probation travaille-il dans le cadre d'obligations de soins ou de contraintes spécifiques pour les personnes ayant des troubles de la santé mentale ?

	Prison	**Probation**
Réponses valides	42	38
« Oui »*	26 (61,9 %)	12 (32 %)

Suivi de la situation en matière de suicide - probation

La Bulgarie, la France, l'Irlande et l'Irlande du Nord déclarent effectuer un suivi de la situation mais ne fournissent pas d'éléments sur les tendances. L'Angleterre recueille des données au niveau national et renvoie vers un site web (voir le tableau 13 ci-dessous) : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/981212/Probation_Q4_2020.ods.

Suivi de la situation en matière de suicide - prison

Le taux de réponses positives concernant l'existence d'une stratégie de prévention du suicide en prison (tableau 14) est très élevé (90 %), de même que celui lié à la collecte systématique de données sur le nombre de suicide en établissement carcéral (tableau 13).

Tableau 13 - Le nombre de décès par suicide est-il recensé à l'échelle nationale ?

	Prison	**Probation**
Réponses valides	42	38
« Oui »*	38 (90 %)	5 (13 %)

Tableau 14 - Existe-t-il dans votre pays/juridiction un programme de réduction des suicides en prison ?

	Prison
Réponses valides	42
« Oui »	37 (89 %)

Coopération des services pénitentiaires avec le milieu ouvert

Près de 90% des pays travaillent en coopération avec des structures en milieu ouvert (tableau 15) en vue de la réinsertion des auteurs d'infractions, et certains travaillent y compris avec les familles (45,2 % - tableau 16).

Tableau 15 - Votre structure travaille-t-elle sur des programmes de réinsertion en collaboration avec des intervenant en milieu ouvert ?

	Prison
Réponses valides	42
« Oui »	37 (88 %)

Travail avec les familles - prison et probation

Cinq pays/juridictions (France, Italie, Espagne, Türkiye, Irlande du Nord) indiquent s'efforcer de travailler avec les familles lorsqu'il y a lieu (voir tableau 16).

Tableau 16 - Un travail spécifique est-il mené avec les familles ?

	Prison	**Probation**
Réponses valides	42	38
« Oui »	19 (45,2 %)	5 sur 38 (13 %)

Approches sensibles au genre - prison et probation

Le tableau 17 ci-dessous montre que 27 % des services mettent en œuvre une approche sensible au genre. Trois services de probation - ceux de l'Écosse, de l'Angleterre et de l'Irlande du Nord - indiquent tenir compte des traumatismes subis dans leur travail auprès des femmes ayant des troubles de la santé mentale. En Angleterre, par exemple, le programme d'obligation de soins en milieu ouvert *Community Sentence Treatment Requirement* (CSTR) met en œuvre cette approche spécifique pour les soins primaires de santé mentale (voir Community Sentence Treatment Requirements | London City Hall). En Écosse, des services sociaux dépendant des collectivités locales mettent en place des services spécifiquement destinés aux femmes qui ont affaire à la justice pénale. En Irlande du Nord, la question des traumatismes subis est systématiquement au centre des approches spécifiques, de sorte que des évaluations correctes soient réalisées et que des interventions et traitements appropriés soient décidés.

En France, une équipe de Lille mène une recherche sur la « santé mentale de la population carcérale sortante (SPCS) », dont un volet est consacré à la santé mentale des femmes. Les six autres pays/juridictions qui ont répondu à cette question l'ont fait sur un plan général, indiquant que la dimension du genre revêtait une grande importance et qu'il en était tenu compte au sein de leurs services.

Tableau 17 - Y a-t-il une approche sensible au genre ?

	Prison	**Probation**
Réponses valides	42	38
« Oui »	20 (47 %)	10 sur 38 (26 %) Belgique germanophone ; Berlin, Brandebourg, Hesse (Allemagne) ; Islande ; Italie ; Türkiye ; Irlande du Nord ; Angleterre ; Écosse

Près de la moitié (47 %) des services pénitentiaires indiquent appliquer une approche tenant compte des spécificités liées au genre. Vingt services pénitentiaires font savoir qu'ils s'attachent à développer leur approche spécifique des femmes relevant de la justice pénale qui présentent des troubles de la santé mentale, et que les besoins spécifiques des personnes détenues, indépendamment de leur sexe, sont pris en compte au moment du placement dans un établissement pénitentiaire.

En Finlande, par exemple, plusieurs établissements pénitentiaires mettent en œuvre une évaluation et une approche individualisées. Au Portugal, un « Manuel de bonnes pratiques » est en cours d'élaboration en vue d'établir des procédures d'évaluation, de placement et de prise en charge des personnes détenues ayant des besoins spécifiques du fait de leur identité de genre ou d'autres problèmes liés au genre.

Conclusions établies d'après les résultats de l'enquête

Probation :

- Un bon taux de réponse a été enregistré, grâce notamment à la participation de 11 des 16 *Länder* allemands. Bon taux de réponse des États membres au questionnaire (66 %).

- La moitié du personnel de probation a reçu une formation sur les questions de santé mentale comparé au personnel pénitentiaire pareillement sensibilisé ou formé (37 % contre 74 %).

- Les estimations données s'agissant de la prévalence des troubles de la santé mentale chez les personnes sous probation vont de 2 % (Slovaquie) à 90 % (Écosse), avec une médiane de 15 %.

- Il ressort d'une étude sérieuse que le chiffre se situe plutôt autour de 40 %. Les services de probation ont donc largement sous-estimé la prévalence.

- Quatre juridictions seulement recueillent des données sur la prévalence de façon systématique.

- Le mode d'accès aux soins de santé mentale le plus répandu pour les personnes suivies par les services de probation est, de loin, le recours à des organismes de soins externes (86 %) ; 10 % reçoivent des soins dispensés par des intervenants du secteur associatif.

- Dans la plupart des cas, le dépistage des troubles de la santé mentale a lieu au stade de la comparution devant le tribunal (94 %) ou en prison (86 %). Les psychiatres (61 %) et les psychologues (61 %) sont les professionnels les plus sollicités, mais il convient de signaler aussi que les médecins généralistes y concourent dans un tiers des cas (30 %).

- En ce qui concerne le rôle des services de probation dans l'administration des soins de santé mentale, une majorité de réponses mentionnent l'orientation des personnes suivies vers des services externes. On notera que deux pays/juridictions, Malte et l'Irlande du Nord, ont recours à un service « interne » qui fonctionne avec des psychologues. L'Angleterre a mis en place un programme unique pour les personnes ayant un trouble de la personnalité.

- Douze pays/juridictions (32 %) appliquent des mesures spécifiques d'obligation de soins de santé mentale. En Angleterre des efforts concertés ont été déployés pour promouvoir l'utilisation des mesures d'obligation de soins de santé mentale dans le cadre du projet CSTR.

- Parmi les juridictions 5 (14 %) réalisent un suivi des taux de suicide des personnes en probation, quatre (Bulgarie, Irlande du Nord, France et Irlande) n'ont communiqué aucune donnée à ce sujet. L'Angleterre donne l'adresse d'un site web montrant que le taux de suicide des personnes sous probation est suivi depuis plusieurs années.

- Un petit nombre (14 %) de services de probation travaillent avec les familles, et 27 % ont une approche qui intègre les spécificités liées au genre et tient compte le plus souvent des traumatismes subis.

Prison :

- Bon taux de réponse des États membres au questionnaire (63 %).
- Réponses très complètes comprenant des informations détaillées et pertinentes sur le traitement réservé dans les prisons aux détenus ayant des troubles de la santé mentale.
- Il apparaît clairement que les États membres accordent une attention croissante à la santé mentale des personnes détenues.
- Dans la majorité des pays (74 %) l'ensemble du personnel pénitentiaire est formé et sensibilisé aux troubles de la santé mentale.
- Importance de la recherche sur la prévalence des troubles de la santé mentale chez les détenus afin de mieux identifier les besoins spécifiques de cette population (62 % des réponses).
- Tendance croissante au partage des responsabilités entre le ministère de la Justice et le ministère de la Santé en ce qui concerne le traitement des détenus ayant des troubles de la santé mentale (66 %).
- Existence d'unités spécialisées disposant des structures matérielles et des ressources humaines adaptées pour l'accueil et la prise en charge des détenus ayant un trouble de la santé mentale ou un autre handicap dans ce domaine (69 %).
- Taux très élevé de réponses positives à la question sur la collecte de données en matière de comportement suicidaire (90 %).
- De même pour la présence de programmes et de stratégies de prévention du suicide (89 %).
- Bon taux de réponse concernant la coopération avec les structures en milieu ouvert pour la réinsertion des détenus.

Annexe III

Bonnes pratiques

Bonnes pratiques en Europe

Probation

Les personnes qui ont répondu au questionnaire - il s'agissait dans la plupart des cas d'un cadre dirigeant au niveau national des services pénitentiaires et/ou de probation - ont donné des exemples de bonnes pratiques. Le tableau 2 ci-dessous concerne la probation.

Tableau 1 : Exemples de bonnes pratiques en matière de santé mentale dans les services de probation, par pays/juridiction

Pays	Exemple de bonne pratique
Autriche	Recours à une organisation à but non lucratif, NEUSTART, qui travaille selon un modèle de gestion des cas et fournit un accompagnement dans tout le pays.
Belgique	La plateforme pluridisciplinaire de concertation sur la santé mentale VLOGG propose des lignes directrices sur la santé mentale en probation. Il existe aussi un cadre de soins médicolégaux de santé mentale, qui prévoit des normes.
République tchèque	A mis au point un manuel pour le travail avec les personnes dépendantes.
Allemagne (Bade-Wurtemberg)	A recours dans ses neuf bureaux de probation à des agents spécialisés ayant reçu une formation spécifique sur la santé mentale.
Allemagne (Basse-Saxe)	A mis en place des normes pour la santé mentale des personnes sous probation.
Islande	Une équipe pluridisciplinaire spécialisée sur la santé mentale travaille dans les prisons et est appelée à s'étoffer pour couvrir les personnes sous probation.
Italie	Il existe une mesure équivalant à une obligation de soins de santé mentale, dont l'application est contrôlée par les services de probation et le service de la santé mentale de la région.
Malte	Emploie sur les ressources des services de probation des psychologues qui fournissent un accompagnement et d'autres interventions.
Royaume-Uni (Irlande du Nord)	Emploie également sur les ressources des services de probation des psychologues qui fournissent un accompagnement et d'autres interventions.
Portugal	Effectue un suivi des interventions des services de santé mentale de proximité dans le cadre de la probation (rapport disponible). De nouvelles procédures d'orientation sont en cours d'élaboration pour résoudre les problèmes détectés. Il serait utile d'en connaître les critères.
Roumanie	Lignes directrices dans le Manuel du conseiller de probation. Le tribunal peut imposer une obligation de soins de santé mentale.
Espagne	Le programme Pont étendu vise à mettre en lien les personnes sous probation ayant un trouble de la santé mentale avec les services de santé mentale de proximité.
Türkiye	Plans et programmes individuels pour les personnes sous probation qui présentent un trouble mental.
Royaume-Uni (Angleterre)	Projet CSTR : promouvoir l'utilisation des mesures d'obligation de soins de santé mentale prononcées par les tribunaux. Grâce aux services de liaison et de déjudiciarisation présents dans les tribunaux, certaines personnes peuvent sortir complètement du système de justice pénale. RECONNECT et Enhanced RECONNECT : ces services de prise en charge après la détention ont pour objectif de favoriser la fréquentation des services de santé mentale de proximité. Le programme OPD est un ensemble coordonné de services pour les personnes susceptibles d'être diagnostiquées comme ayant un trouble de la personnalité.
Royaume-Uni (Écosse)	Obligations de soins de santé mentale prononcées par les tribunaux.

Des exemples de bonnes pratiques dans les prisons sont donnés dans le tableau 2 ci-dessous.

Prisons

Tableau 2: Exemples de bonnes pratiques en matière de santé mentale dans les prisons par pays/ juridiction

Pays/juridiction	Exemple de bonne pratique
Autriche	Il existe plusieurs règles et procédures concernant spécifiquement les détenus ayant des troubles mentaux. Leur objectif est d'améliorer l'état de santé des détenus et de faire en sorte qu'ils bénéficient d'une approche et d'un traitement adaptés, y compris dans des unités et des structures spéciales.
Belgique	Des lois et textes réglementaires spécifiques sont en place et plusieurs « lettres collectives » précisent les établissements psychiatriques dotés d'une section psychiatrique. Une circulaire ministérielle encadre la constitution des équipes pluridisciplinaires qui assurent la prise en charge dans ces sections psychiatriques.
Bulgarie	Préparation d'un plan d'action 2020-2030 pour la mise en œuvre d'une stratégie en matière de santé mentale.
Croatie	Application dans toutes les prisons depuis 2018 des recommandations du médiateur visant à la protection des détenus ayant des troubles de la santé mentale.
Danemark	A mis en place des programmes d'apprentissage à distance sur la gestion des détenus présentant des signes de troubles mentaux
Finlande	Depuis 2016, mise en place d'un ensemble de politiques et de règles de bonnes pratiques cliniques, également accessibles sur l'intranet du système pénitentiaire
France	Le ministère de la Santé et le ministère de la Justice ont signé en 2019 un accord prévoyant la réalisation pendant la période 2019-2022 d'études et de recherches sur l'état de santé mentale de tous les détenus
Islande	Création en 2020 d'une équipe interdisciplinaire chargée, entre autres tâches, des services généraux et spécialisés de santé mentale dans les prisons, qui travaillent de façon indépendante mais en étroite collaboration avec d'autres organismes.
Italie	Le Comité national de bioéthique a publié en 2019 un document sur la santé mentale et l'assistance psychiatrique dans les prisons qui contient des lignes directrices sur la santé mentale dans les établissements pénitentiaires.
Luxembourg	Les détenus ayant des troubles mentaux sont pris en charge par le service de médecine psychiatrique pénitentiaire, exclusivement composé de collaborateurs du centre hospitalier neuropsychiatrique national.
Monténégro	Mise en place en janvier 2020, la Loi sur les soins de santé mentale obligatoires encadre les droits des personnes faisant l'objet d'une obligation de soins dans une institution psychiatrique.
Portugal	Un récent décret-loi (2019) prévoit l'amélioration de la qualité des services en direction des détenus considérés comme non responsables de leurs actes du fait d'un trouble mental. Le texte définit et encadre des procédures et des méthodes pour l'évaluation et le traitement de tous les détenus concernés, qu'ils fassent l'objet d'une mesure de sécurité au sein d'un établissement pénitentiaire ou dans un hôpital psychiatrique.
Roumanie	A mis en œuvre récemment les actions prévues dans la Stratégie nationale 2016-2020 pour la santé mentale des jeunes et des adolescents. Un guide de gestion des crises destinés aux professionnels qui travaillent auprès de ce public a notamment été élaboré en collaboration avec des experts.
République slovaque	A instauré un conseil consultatif (Conseil de la santé mentale) qui joue un rôle de coordination et coopère à la mise en place des actions prévues dans le cadre du plan national pour la santé mentale
Espagne (Catalogne)	Le ministère de la Santé et le ministère de la Justice mènent plusieurs actions visant à améliorer la qualité du traitement réservé aux patients incarcérés ou placés en hôpital psychiatrique.
Suisse	Le Centre suisse de compétences en matière d'exécution des sanctions pénales prépare actuellement un manuel sur les soins psychiatriques en détention. Il contiendra des recommandations destinées aux professionnels qui travaillent avec des détenus ayant des troubles de la santé mentale.