

Décembre 2018
IGJ N°061-18
IGAS N°2018-072R

Évaluation des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour les personnes détenues

Vincent DELBOS

Julien EMMANUELLI

Antoine DANEL

François SCHECHTER

Sylvie DURAND-MOUYSSET

Synthèse

Les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ont été instituées par la loi d'orientation et de programmation pour la justice (LOPJ) du 9 septembre 2002¹. Ce dispositif enserme une unité sanitaire dans une enceinte pénitentiaire. De ce fait, le coût d'investissement de ces unités relève essentiellement de crédits du ministère de la santé, tandis que le fonctionnement est assuré conjointement par les deux ministères. Le coût d'investissement avait été plafonné pour la première tranche pour la partie sanitaire à 12.5M d'euros pour une unité de 40 lits et 17M d'euros pour une unité de 60 lits ; les investissements pénitentiaires varient entre 1.6 et 3M d'euros selon les établissements, soit de 11 à 15 % du cout final d'investissement.

Leur création est intervenue dans un mouvement graduel de meilleure prise en charge de la santé mentale en prison ; avec la mise en place de médecins psychiatres au sein des unités sanitaires de chaque établissement pénitentiaire ; puis, dès 1986, la création de 26 services médicopsychologiques régionaux (SMPR), dotés pour 24 d'entre eux de lits au sein même des établissements pénitentiaires. Leur fonctionnement s'apparente à celui d'un secteur de psychiatrie dont le territoire serait une prison² ; enfin, avec la mise en œuvre de soins en hospitalisation à temps complet en UHSA, nécessitant l'extraction du détenu de l'établissement pénitentiaire, ces soins étant dispensés avec la volonté du patient ou sous contrainte sur décision préfectorale³.

La création des UHSA marque une avancée indéniable. Avant leur création, les détenus souffrant de troubles mentaux ne pouvaient être hospitalisés qu'au sein d'une unité d'un établissement public de santé mentale (EPSM) et sous un mode contraint. Dans la plupart des cas, une telle hospitalisation, n'emportait – et n'emporte encore aujourd'hui – pas de procédure formalisée et uniformisée ni aucun dispositif technique ou matériel permettant de garantir au patient-détenu les droits dont il bénéficie en détention.

Cependant, le déploiement des neuf premières UHSA- qui totalisent 440 places- a été très long, la première ayant ouvert en mai 2010 et la dernière en février 2018. Ce délai n'a pas favorisé la construction d'un cadre de pilotage et d'évaluation satisfaisant, notamment dans la perspective du parcours de soins des patients-détenus.

Ainsi, pour évaluer le fonctionnement des UHSA, une première difficulté a résidé dans la mauvaise connaissance des publics accueillis : aux carences d'identification des caractéristiques judiciaires des patients affectés en UHSA,⁴ s'ajoutent les lacunes des données sociodémographiques. Il n'existe notamment pas de données permettant une comparaison fiable, à l'exception d'une importante féminisation par rapport à la population détenue écrouée que la mission a pu établir.

¹ Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice (loi Perben I) qui a inscrit dans le code de la santé publique la disposition suivante : « L'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée »

² Ils combinent des prises en charge en ambulatoire et des hospitalisations de jour.

³ L'admission en UHSA est régie par les dispositions de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques. Celle-ci prévoit deux modalités d'admission : soit une admission volontaire, à la demande de la personne détenue ; soit une admission contrainte, par une décision préfectorale, pour des soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat. (SDRE).

⁴ Et qui pose parfois directement le sens de l'exécution de la peine.

En revanche, au plan sanitaire, on observe bien chez les détenus accueillis en UHSA, une sur-morbidité somatique et psychique par rapport à la population générale⁵, la surmortalité somatique étant encore accentuée chez les détenus porteurs de troubles psychiatriques.

Les affections psychotiques et les troubles de la personnalité sont les plus fréquemment rencontrés en UHSA, dans des proportions très supérieures à ce qui est observé à l'extérieur et au sein de la détention. Toutefois, la distribution des pathologies varie fortement selon les endroits, certaines UHSA semblant concentrer les cas lourds et/ou complexes. Pour de nombreux patients-détenus, affections somatiques et mentales interagissent souvent dans la demande de soins en UHSA, interaction à laquelle il est répondu de façon très variée et mal explicitée comme en témoigne un taux d'extraction vers l'offre externe somatique variant de un à huit selon les UHSA.

Ce dernier aspect conduit directement à une seconde difficulté à laquelle a été confrontée la mission pour son évaluation : la forte hétérogénéité dans la conception, la pratique médicale et le fonctionnement général des UHSA.

Ainsi, les visites des neuf UHSA ont révélé une forte diversité dans leurs conceptions architecturales qui soulève des questions d'efficacité dans la commande publique et des différences dans les fonctionnements quotidiens ou la prise en charge de la sécurité. Les articulations entre les équipes pénitentiaires et sanitaires, qui doivent être clarifiées, sont de qualité variable : ces imprécisions sur le périmètre du soin nuisent, outre à une bonne répartition des charges de fonctionnement, à sa bonne appropriation par les équipes pénitentiaires⁶.

D'une manière générale, il est apparu que l'autorité judiciaire était en retrait par rapport à ces structures. Les magistrats de l'application des peines notamment sont peu présents dans ces unités, ce qui a une incidence sur l'inscription des parcours de soins dans les projets d'exécution de peines pour les personnes condamnées. Il en va de même des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) dont, sauf exception, la place et le rôle n'ont pas été pensés. Les services de la protection judiciaire doivent pour leur part définir une organisation de leur intervention et assurer une présence plus régulière dans le suivi des mineurs hospitalisés.

En revanche, les tensions autour du secret médical invitent à réfléchir sur les modalités, chaque fois circonstanciées, d'une information partagée dans l'intérêt du patient et de la prévention de la potentielle dangerosité pour autrui que son état pourrait présenter.

Enfin, le positionnement sanitaire des UHSA s'écarte aujourd'hui sensiblement d'une lecture textuelle de leur rôle : conçues par la loi comme des unités de recours, - dites de niveau 3- leur rôle est inégalement affirmé et l'on constate des modalités de fonctionnements très diverses que traduisent la nature des pathologies des populations accueillies et les liens avec les établissements pénitentiaires et psychiatriques relevant de leur territoire.⁷

⁵ La mission d'évaluation n'a pu traiter de manière approfondie la question des besoins prioritaires de l'Outre-Mer concernant la prise en charge psychiatrique des détenus.

⁶ Qu'illustre la forte variation des demandes de « prêts de main forte » d'équipes pénitentiaires par les équipes médicales.

⁷ Qui est, sauf exception, celui de la direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP).

La mission a complété ses investigations en effectuant des visites dans des unités d'autres types⁸ accueillant également des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques. Elle a également adressé aux UHSA un questionnaire d'activité⁹ allant au-delà des indicateurs de gestion retenus par la circulaire du 18 mars 2011¹⁰.

Outre les variations des profils cliniques mentionnées plus haut, l'analyse des questionnaires a confirmé la grande hétérogénéité d'organisation et de fonctionnement des unités liée tant aux projets médicaux qu'aux particularités locales : histoire du lieu d'implantation et des territoires d'adressage, de la démographie carcérale¹¹, les ressources médicales et pénitentiaires, la place et rôle des autres acteurs dans le dispositif.

Il est également apparu que les UHSA ne jouent -contrairement aux textes- que minoritairement le rôle de structure de recours, notamment vis-à-vis des SMPR¹². Malgré les cahiers des charges et la circulaire interministérielle de fonctionnement du 18 mars 2011, l'hétérogénéité des projets et l'absence de pilotage territorial et national conduit à exclure les patients des UHSA des parcours de soins ou induit des admissions inappropriées.

Alors qu'elles étaient très attendues, les prises en charge des urgences constituent plus l'exception que la règle. De même, si l'intention du législateur était de soulager, voire de mettre fin, aux hospitalisations sans consentement des personnes détenues en établissements de santé mentale (EPSM) sous le régime de l'article D. 398 du code de procédure pénale (CPP), les données aujourd'hui disponibles semblent contredire ce dessein.

Au-delà de la question de l'efficacité du dispositif, c'est en effet sa capacité à accueillir l'ensemble des détenus susceptibles d'avoir besoin de soins psychiatriques sous le mode de l'hospitalisation à temps complet qui fait question.

En 2005, on dénombrait déjà un minimum de 8000 détenus susceptibles d'hospitalisation pour raisons psychiatriques alors que les deux tiers au mieux peuvent aujourd'hui être accueillis pour un séjour plus ou moins long en UHSA ou dans les structures spécifiques qui s'y articulent (SMPR, USIP, UMD, Unités Badinter et structures dérivées). Le reste des besoins relève nécessairement des EPSM dont la file active des détenus hospitalisés au titre du D. 398 du CPP n'a non seulement pas diminué mais aurait même cru avec la mise en place des UHSA.

Dès lors, la planification des futures UHSA devra être mieux encadrée dans une double perspective d'amélioration du parcours de soins du patient-détenu et d'inscription dans une offre graduelle de soins psychiatriques de droit commun.

En premier lieu, les nouvelles places d'UHSA programmées ne pouvant corriger l'insuffisance globale de l'offre, il faut donc réfléchir à des solutions complémentaires aux UHSA, moins coûteuses, en redéployant une partie des crédits prévus vers certains EPSM¹³ et en renforçant les capacités en hospitalisation au sein des SMPR.

⁸ UMD, USIP, Unité Badinter, centre pénitentiaire de Château Thierry.

⁹ Ainsi qu'en exploitant les données de l'ATIH.

¹⁰ DGS/DGOS/DGCS/DAP/ du 18 mars 2017 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA.

¹¹ Les ratios nombre de détenus par lit varient également très fortement, du simple au double.

¹² Ce constat interroge le concept de gradation en niveau 1 à 3. Les SMPR n'apparaissent pas du tout comme une étape obligée dans le parcours de soins.

¹³ Pour créer des unités sanitaires spécialisées dans l'accueil de personnes détenues inspirées du type de celle en place à St Etienne du Rouvray.

En second lieu, il faut harmoniser les futurs projets architecturaux d'UHSA au moins jusqu'au stade de l'avant-projet sommaire et en tenant compte des contraintes qui pèseront à l'avenir sur les effectifs pénitentiaires et médicaux.

En troisième lieu, il faut engager, à l'instar de ce qui se fait pour les unités pour malades difficiles (UMD), une démarche de certification des UHSA par la Haute autorité de santé (HAS)¹⁴ et, à cette occasion, rapprocher les projets médicaux et clarifier les conditions d'admission des personnes à accueillir, en s'appuyant sur l'élaboration d'un rapport-type d'activité. Cette démarche pourrait partir d'une confrontation des pratiques professionnelles et d'une réflexion sur leur possible harmonisation dans le cadre d'une conférence de consensus réunissant les acteurs concernés, sanitaires, judiciaires et pénitentiaires.

Sous ces réserves, une grille d'analyse combinant quatre paramètres principaux et des éléments de contexte secondaires¹⁵ permet à la mission de proposer la création prioritaire d'environ 150 places dans les régions Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Occitanie et Normandie ainsi que, sous conditions, en Bourgogne-Franche-Comté. Le reste des moyens prévu pour la construction d'autres UHSA ne serait mobilisé qu'après le travail de planification préalablement recommandé.

A cet égard, il paraît urgent d'installer une instance à forte autorité pour mettre en œuvre le principe de l'équivalence des soins entre individus et territoires, instaurer un véritable pilotage technique et budgétaire des projets et conduire dans la mesure du possible le rapprochement des cartes sanitaires et pénitentiaires¹⁶.

A cette fin, la mission recommande la création d'un service à compétence nationale (SCN) sous double tutelle Santé/Justice couvrant la totalité du champ de la santé, soins somatiques compris. Ce service assurerait la coordination des correspondants « santé des détenus » en ARS et en direction inter-régionale des services pénitentiaires (DISP).

L'ensemble de ces recommandations ne peut en effet trouver sa pleine portée que sous la nécessaire condition d'une impulsion et d'un portage politiques.

¹⁴ Incluant une évaluation des pratiques professionnelles sur les critères d'admission de l'unité afin de « caractériser qualitativement les demandes, de disposer de données épidémiologiques sur les demandes acceptées et de disposer de données objectives afin d'adapter l'offre de soins aux éventuelles évolutions des demandes ».

¹⁵ Distance de l'UHSA des personnes écrouées ; ratio de personnes détenues par lit en 2018 intégrant prospectivement l'évolution du nombre de places en établissements pénitentiaires ; existence d'unités hospitalières spécifiques de soins psychiatriques (UMD, USIP, EPSM ...) et proximité de structures hospitalières somatiques ; cohérence minimale entre les territoires administratifs de la santé et de la justice.

¹⁶ La mission privilégie l'approche de type « sectorisation », en vigueur en psychiatrie, plutôt qu'une logique reposant sur le territoire administratif des DISP ou des ARS. Cette approche permet de cartographier les UHSA en fonction des SMPR mais aussi des établissements de santé mentale proches, qui seraient ainsi mieux articulés avec le fonctionnement des UHSA.

Liste des recommandations

Recommandation n° 1. Rappeler aux procureurs de la République l'obligation de visite annuelle des UHSA. 21

Recommandation n° 2. Maintenir les dispositions de l'article D.398 du code de procédure pénale, au-delà du déploiement de la seconde tranche des UHSA. 22

Recommandation n° 3. Au titre des dispositions de l'article D. 398 du code de procédure pénale et afin de fluidifier les admissions, mettre en place un comité paritaire départemental, présidé par le préfet, en présence du procureur de la République et réunissant les directions des établissements pénitentiaires du ressort et le ou les établissements chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement. 22

Recommandation n° 4. Mettre en place un observatoire dédié et commun à la direction de l'administration pénitentiaire (DAP) et à la direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour connaître les caractéristiques des personnes poursuivies par la justice pénale affectées par des troubles mentaux. 25

Recommandation n° 5. Engager une réflexion interministérielle spécifique sur la prise en charge des patients détenus affectés par des troubles mentaux en outre-mer. 28

Recommandation n° 6. Renforcer les moyens de prise en charge des problématiques somatiques en développant notamment la télémédecine en UHSA et en mettant en place un plateau technique minimum permettant de répondre aux besoins les plus fréquents, en particulier dentaires. 36

Recommandation n° 7. Pour optimiser les transports n'exigeant pas la présence de personnels soignants, doter chaque UHSA de deux véhicules pénitentiaires de transport de personnes détenues. 40

Recommandation n° 8. Encadrer les conditions d'un usage raisonné de la visioconférence judiciaire. 40

Recommandation n° 9. Intégrer les UHSA dans le périmètre de la nouvelle concession de service public relative à la téléphonie en cellule. S'assurer de l'activation rapide des comptes nominatifs des patients détenus dans les unités. 42

Recommandation n° 10.Rappeler par instruction interministérielle la nature hospitalière des missions liées au fonctionnement quotidien des UHSA (distribution des cantines ou prise en charge du linge des patients). N'aménager ce principe qu'après discussion d'une convention type de répartition des charges. 44

Recommandation n° 11.Renforcer la présence des SPIP dans les UHSA par la désignation d'un conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP) référent, et prévoir une organisation de travail à jour fixe. Définir dans une convention locale leurs modalités d'intervention. 45

Recommandation n° 12.Planifier la localisation et les capacités des UHSA en se fondant sur une meilleure connaissance des besoins et de l'offre psychiatrique et somatique de droit commun. 59

Recommandation n° 13.Valoriser et généraliser les initiatives de rencontre entre les prescripteurs et les structures d'accueil afin d'améliorer l'identification, la compréhension et l'usage des UHSA dans le parcours de soins des patients détenus.65

Recommandation n° 14.Identifier les localisations prioritaires d'UHSA et redéployer des moyens vers les EPSM dans le cadre d'un appel à projet destiné à créer des unités sanitaires spécialisées dans l'accueil de personnes détenues. 73

Recommandation n° 15.Limiter les hospitalisations évitables en UHSA en renforçant les moyens des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) 74

Recommandation n° 16.Évaluer le fonctionnement des SMPR comme acteur de niveau 2, afin d'en améliorer l'efficacité 75

Recommandation n° 17.Créer un service à compétence nationale (SCN), sous double tutelle Santé/Justice, couvrant la totalité du champ de l'offre sanitaire destinée aux personnes placées sous main de justice. Lui confier la coordination et l'évaluation des actions des correspondants « santé des détenus » en ARS et en DISP. Y associer la publication d'un rapport annuel. 78

Recommandation n° 18.Confier à la Haute Autorité de Santé, la conduite d'une conférence de consensus, sur les pratiques professionnelles mobilisées dans la prise en charge des personnes sous main de justice souffrant de troubles mentaux et associant toutes les parties prenantes : médicales, judiciaires, pénitentiaires et services de l'Etat . 80

Sommaire

SYNTHESE	3
LISTE DES RECOMMANDATIONS	7
INTRODUCTION	12
- LES ORIGINES DE LA CREATION DES UHSA ET LEUR DEPLOIEMENT	13
- LES UHSA DANS LE DISPOSITIF GLOBAL D’OFFRE DE SOINS PSYCHIATRIQUES	14
- LA METHODOLOGIE DE LA MISSION	15
CARTES	17
1. LES UHSA MARQUENT UNE AVANCEE SANITAIRE INDENIABLE MALGRE DES PROJETS MEDICAUX HETEROGENES ET UN MANQUE DE FLUIDITE DANS LES PARCOURS D’EXECUTION DE LA PEINE	20
1.1 Les UHSA s’inscrivent dans un cadre juridique complexe et contraignant	20
1.1.1 Les principes issus des normes européennes et internationales	20
1.1.2 Les dispositions législatives et réglementaires en vigueur	20
1.2 La population admise en UHSA échappe à une définition simple	22
1.2.1 Une population difficile à caractériser au plan judiciaire	22
1.2.1.1 Caractéristiques judiciaires des patients détenus en UHSA	22
1.2.1.2 La situation des patients susceptibles de bénéficier d’une décision d’irresponsabilité pénale	23
1.2.1.3 Les personnes hospitalisées au titre des dispositions de l’article D. 398 du code de procédure pénale	24
1.2.2 Une population mieux identifiée sur le plan sanitaire	26
1.2.3 Les besoins des populations écrouées outre-mer ne sont pas pris en compte	28
1.3 Les constats sur site ont révélé des spécificités et des diversités importantes ..	28
1.3.1 Du point de vue sanitaire	28
1.3.1.1 Les UHSA présentent des profils bâtimentaires et de fonctionnement distincts	28
1.3.1.2 Les ressources humaines disponibles sont hétérogènes	30
1.3.1.3 Les profils diagnostics, dominés par les psychoses et les troubles de la personnalité, varient fortement d’une UHSA à l’autre	31
1.3.1.4 Les projets médicaux varient considérablement d’une UHSA à l’autre	32
1.3.1.5 L’attention des ARS s’avère inégale et reste insuffisante	34
1.3.1.6 L’offre de soins somatiques doit être confortée	34
1.3.2 Du point de vue pénitentiaire	36
1.3.2.1 Les ressources humaines pénitentiaires consacrées aux UHSA doivent être confortées	36
1.3.2.2 Les dispositifs en place pour le service et l’organisation de la sécurité, efficaces, rassurent les personnels de santé	37
1.3.2.3 Les escortes et les extractions génèrent peu de tensions entre partenaires en raison d’une communication fluide et d’une planification partagée	38
1.3.2.4 La réponse aux actes pénalement ou disciplinairement répréhensibles en UHSA : un champ d’intervention partagé, une compétence pénitentiaire restreinte ..	40
1.3.3 Les conditions de vie et l’accompagnement des patients détenus	41

1.3.3.1	<i>Une gestion et un fonctionnement au quotidien différemment assurés par les personnels hospitaliers des UHSA.....</i>	41
1.3.3.2	<i>Les actions d'insertion sociale, professionnelle et éducative sont insuffisamment définies</i>	44
1.3.4	<i>La prise en charge des publics présentant des vulnérabilités.....</i>	46
1.3.5	<i>Des relations à renforcer entre équipes sanitaires et pénitentiaires</i>	47
1.3.5.1	<i>Des espaces de collaboration institutionnelle à conforter.....</i>	47
1.3.5.2	<i>Les espaces de tension à réduire.....</i>	48
1.4	L'hétérogénéité des pratiques et des projets se lit dans l'ensemble des données d'activité recueillies par la mission	51
1.4.1	<i>Les indicateurs existants ne retracent que partiellement l'activité des UHSA. 51</i>	
1.4.2	<i>Systématisés et produits en routine, d'autres indicateurs permettraient de compléter l'objectivation du fonctionnement et de l'efficience de ces unités.....</i>	52
1.4.3	<i>L'enquête conduite par la mission auprès des UHSA met en évidence leurs différences de prises en charge sans éclairer plusieurs points majeurs</i>	53
2.	FAUTE DE DEFINITION PRECISE DE LEUR POSITIONNEMENT AU SEIN DE L'OFFRE DE SOINS PSYCHIATRIQUES, LES UHSA PEINENT A CONTRIBUER A LA CONSTRUCTION D'UN PARCOURS DE SOINS COHERENT POUR LE PATIENT-DETENU.....	55
2.1	Les UHSA ont amélioré, sans réellement la structurer, l'offre de soins proposée aux détenus souffrant de troubles psychiatriques.....	55
2.1.1	<i>Les UHSA marquent une étape dans l'affirmation et l'organisation de la prise en charge sanitaire des détenus souffrant des troubles psychiatriques</i>	55
2.1.2	<i>Ces avancées recouvrent des capacités, des pratiques médicales et des couvertures territoriales hétérogènes</i>	57
2.2	Un enjeu central : l'équivalence des soins et l'accès au parcours de soins de droit commun.....	59
2.2.1	<i>Une offre de soins psychiatriques variée, pas toujours lisible ni toujours bien mobilisée</i>	60
2.2.1.1	<i>Un traitement des crises et des urgences à géométrie variable.....</i>	60
2.2.1.2	<i>La place mal assurée des SMPR entre soins simples et hospitalisation à temps plein.....</i>	61
2.2.1.3	<i>Possiblement sous-utilisées, les unités pour malades difficiles (UMD) ne peuvent cependant répondre aux situations d'urgence.....</i>	61
2.2.1.4	<i>Le centre pénitentiaire de Château Thierry relève davantage d'une modalité pénitentiaire de gestion bienveillante de la détention que d'une étape dans un parcours de soins</i>	62
2.2.1.5	<i>Les besoins auxquels répondent des structures spécifiques.....</i>	63
2.2.2	<i>L'inscription imparfaite des UHSA dans l'offre globale de soins psychiatriques.....</i>	64
3.	LES UHSA DEVRONT A L'AVENIR S'INSCRIRE DANS UNE PLANIFICATION FAVORISANT LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT-DETENU	66
3.1	A titre préalable, la mission estime nécessaire de développer des alternatives à la détention des personnes souffrant de graves troubles mentaux	66
3.1.1	<i>Renforcer les investigations présentencielles pour prévenir l'incarcération des personnes souffrant de troubles mentaux avérés</i>	66
3.1.1.1	<i>Les constatations de la mission.....</i>	66
3.1.1.2	<i>Une organisation du présentenciel à adapter</i>	67
3.1.1.3	<i>Les modalités possibles</i>	68

3.1.2 Dynamiser les aménagements et suspensions de peine des personnes souffrant de troubles mentaux.....	68
3.1.2.1 <i>Etat des lieux, des outils à utiliser.....</i>	68
3.1.2.2 <i>Affermir les dispositifs de suivi post-carcéral.....</i>	69
3.1.2.3 <i>Modalités à explorer.....</i>	70
3.2 La création de nouvelles places d’UHSA doit impérativement contribuer au parcours de soins des patients détenus.....	70
3.2.1 <i>Les prérequis à l’installation de nouveaux lits en UHSA.....</i>	70
3.2.2 <i>La construction de nouvelles places d’UHSA paraît indispensable.....</i>	71
3.3 L’offre psychiatrique de droit commun doit développer des capacités d’accueil adaptées pour les patients détenus	73
3.3.1 <i>De façon générale développer l’offre de droit commun accessible aux personnes détenues.....</i>	73
3.3.2 <i>La prise en charge des malades chroniques.....</i>	74
3.4 Le rôle des tutelles doit être repensé et mieux affirmé	74
3.4.1 <i>Toutes les étapes du parcours de soin doivent être prises en considération</i>	74
3.4.2 <i>Les besoins et les pratiques doivent être mieux connus.....</i>	75
3.4.3 <i>Les projets médicaux doivent être rapprochés</i>	75
3.4.4 <i>Les choix architecturaux doivent être normalisés et les implantations soumises à un travail préalable d’identification des besoins par les ARS et les DISP.....</i>	75
3.4.5 <i>Une refondation de la gouvernance des champs ministériels santé / justice s’impose</i>	76
3.4.5.1 <i>Un meilleur suivi épidémiologique est nécessaire ainsi qu’une meilleure collecte des données au sein de chacun des ministères et un rapprochement de leurs systèmes d’information.....</i>	77
3.4.5.2 <i>La création d’une instance commune de gouvernance apparaît comme un préalable</i>	77
3.4.5.3 <i>L’animation au niveau territorial, doit garantir une organisation au service de tous les publics</i>	79
CONCLUSION	81

Introduction

Par lettre de mission du 5 avril 2018, la garde des sceaux, ministre de la justice et la ministre des solidarités et de la santé ont confié à la cheffe de l'inspection générale des affaires sociales et au chef de l'inspection générale de la justice une mission conjointe relative à l'évaluation de la première tranche des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) en vue de l'installation d'une seconde tranche¹⁷.

Ont été désignés pour conduire cette mission : Julien EMMANUELLI, médecin, inspecteur général des affaires sociales, François SCHECHTER, inspecteur général des affaires sociales, Quentin DUBRAY, stagiaire à l'IGAS, interne en pharmacie, Vincent DELBOS, magistrat, inspecteur général de la justice, Antoine DANIEL, inspecteur de la justice et Sylvie DURAND MOUYSSSET, inspectrice de la justice¹⁸.

Les ministres ont demandé aux inspections générales d'examiner les trois points suivants :

- l'efficacité du dispositif de santé mentale des personnes détenues, notamment la place des UHSA dans ce dispositif et leur articulation avec le centre hospitalier (CH) autorisé en psychiatrie et les unités pour malades difficiles (UMD) ;
- l'état des besoins prioritaires en termes de prises en charge psychiatrique (France métropolitaine et Outre-mer) ;
- l'impact des UHSA sur les prises en charge sanitaires, la gestion de la détention et le parcours pénal, ce dernier aspect intégrant les dispositifs mis en œuvre à la sortie dans une perspective de continuité des soins¹⁹.

Au regard de cette analyse, il était demandé à la mission conjointe de faire apparaître, en vue de l'installation de la seconde tranche²⁰:

- les évolutions nécessaires du cahier des charges technique²¹ et de la circulaire de fonctionnement²² ;
- les obstacles à l'harmonisation des pratiques professionnelles ;
- les localisations les plus pertinentes en matière de maillage territorial.

¹⁷ Cf. annexe n° 1

¹⁸ M. Jean-Louis DAUMAS, alors chargé de mission à l'IGAS, a participé à la mission jusqu'au 15 juillet 2018.

¹⁹ Ce point a fait l'objet d'une demande expresse de la DGOS.

²⁰ La loi d'orientation et de programmation de la justice du 9 septembre 2002 prévoyait la création des UHSA sans déterminer les capacités précises. Les arbitrages successifs ont conduit à déterminer une capacité totale de 705 places en UHSA dont 440, correspondant aux neuf unités visitées par la mission, ont déjà été construites. Il serait prévu pour la seconde tranche l'ouverture de sept nouvelles unités pour un total de 265 lits, dont 45 en outre-mer (une UHSA de 60 lits et six de quarante lits).

²¹ Arrêté du 11 février 2011 relatif à la répartition entre l'Etat et les établissements de santé des dépenses d'investissement et de fonctionnement des unités spécialement aménagées.

²² Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 n°2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

- Les origines de la création des UHSA et leur déploiement

Le contexte de la création des UHSA correspond à une évolution de la psychiatrie en France à la fin de la décennie 90, marqué par une réticence de la communauté hospitalière des médecins psychiatres à admettre des patients détenus sans consentement dans les unités d'hospitalisation à temps plein des établissements ou services de psychiatrie de droit commun. Par ailleurs, il n'était pas communément admis que l'hospitalisation en psychiatrie d'un détenu puisse relever d'un choix consenti. Ces perceptions clivantes n'ont pas totalement disparu.

Les UHSA ont été créées par la loi d'orientation et de programmation pour la justice (LOPJ) du 9 septembre 2002²³, dite loi Perben I.

Celle-ci a inscrit dans le code de la santé publique la disposition suivante : « *L'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée* »²⁴.

Ce dispositif qui enserme une unité hospitalière dans une enceinte pénitentiaire a été précisé par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé²⁵.

La circulaire du 18 mars 2011 précitée dispose que l'UHSA accueille des personnes détenues des deux sexes, mineurs et majeurs souffrant de troubles psychiatriques et nécessitant une hospitalisation avec ou sans consentement. Les UHSA sont des unités de soins en continu, certes sous garde pénitentiaire²⁶ mais dont le soin est le cœur d'activité.

À ce titre, le coût d'investissement de ces unités relève essentiellement de crédits du ministère de la santé, tandis que le fonctionnement est assuré conjointement par les deux ministères. Le coût d'investissement avait été plafonné pour la première tranche pour la partie sanitaire à 12.5M d'euros pour une unité de 40 lits et 17M d'euros pour une unité de 60 lits. Seule l'UHSA de Seclin a eu un coût légèrement supérieur dû à des aménagements tenant au site excentré par rapport au centre hospitalier de rattachement. Les investissements pénitentiaires varient entre 1.6 et 3M d'euros selon les établissements (projet de note de la DGOS au cabinet-novembre 2013), soit de 11 à 15 % du coût final d'investissement. La mission n'a pas procédé à une analyse médico-économique, faute de données disponibles ni d'informations utiles transmises²⁷.

²³ Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice.

²⁴ Article L. 3214-1 du code de la santé publique.

²⁵ Art. L. 6111-1-2 du code de la santé publique : « *Les établissements de santé peuvent, dans des conditions définies par voie réglementaire, dispenser des soins : « 1° Aux personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre 1er du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du CPP ; « 2° Aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ; « 3° Aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté ; « 4° Aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. « Les établissements de santé qui dispensent ces soins assurent à toute personne concernée les garanties prévues au I de l'article L. 6112-2 du présent code ».*

²⁶ Il appartient aux équipes soignantes de solliciter l'intervention des personnels pénitentiaires à l'intérieur des unités qui viennent prêter main-forte.

²⁷ Dotations annuelles de fonctionnement et Comptes ressources emploi-activité

Il existe aujourd'hui neuf UHSA, implantées dans chacune des neuf directions interrégionales des services pénitentiaires²⁸, de 40 lits (cinq UHSA) ou 60 lits (quatre UHSA, celle de Marseille étant en attente de l'ouverture de sa dernière unité de vingt lits), pour un total de 440 places²⁹. L'arrêté du 20 juillet 2010 a fixé la liste des UHSA constituant la première tranche du programme, leur établissement de santé de rattachement ainsi que leur ressort territorial. La première de ces unités a été ouverte en 2010 à Lyon et la dernière à Marseille en février 2018³⁰. Un délai important s'est ainsi écoulé entre la promulgation de la loi de création du 9 septembre 2002 et l'ouverture de la dernière unité en 2018, soit seize années.

Les procédures de fonctionnement et les articulations entre les différents acteurs du territoire sont définies dans le cadre de conventions spécifiques à chaque UHSA³¹. Cette obligation est mentionnée et précisée dans la circulaire du 11 mars 2011 qui nomme les différents acteurs concernés³² et précise les articulations institutionnelles devant être développées sur le territoire.

- Les UHSA dans le dispositif global d'offre de soins psychiatriques

La présence de personnes souffrant de troubles mentaux en prison et les conditions de leur prise en charge en soins psychiatriques constitue une question prégnante. Les travaux de la mission s'inscrivent dans un contexte doublement sensible.

D'une part, plusieurs rapports parlementaires relèvent, en milieu pénitentiaire, la très forte surreprésentation des troubles psychiatriques avec des prévalences d'affections lourdes très supérieures à la moyenne nationale, et un taux de suicide plus important que dans la population générale³³. Le constat a été posé qu'environ la moitié des personnes détenues ont déjà des antécédents de troubles psychiatriques³⁴. Il n'existe cependant pas d'études épidémiologiques récentes qui viennent conforter cette approche empirique.

D'autre part, le mouvement social qu'a connu l'administration pénitentiaire au début de l'année 2018 a été animé par des revendications de type catégoriel, mais aussi par des questions relatives à la prise en charge des personnes détenues présentant des troubles psychiatriques.

Les pouvoirs publics ont successivement apporté des réponses se déclinant sur trois niveaux de prise en charge inscrits dans le parcours du patient détenu en fonction de son état clinique :

- Tout d'abord, en renforçant le diagnostic et la prise en charge des maladies psychiatriques par l'intervention de médecins psychiatres au sein des unités sanitaires de chaque établissement pénitentiaire ;

²⁸ DISP.

²⁹ Cf. annexe n° 8

³⁰ Seules deux sur les trois unités de 20 lits prévues sont actuellement ouvertes à l'UHSA de Marseille, soit 40 places sur 60.

³¹ Art R.3214-3 du code de la santé publique (CSP).

³² Direction des services pénitentiaires, Agence régionale de santé, direction de la protection judiciaire de la jeunesse, préfecture, responsable médical et pénitentiaire de l'UHSA.

³³ Même si tous les suicides en milieu carcéral n'ont pas forcément une origine psychiatrique.

³⁴ Cf. rapport conjoint IGAS IGSI ISP nov. 2015 « évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous-main de justice ».

- ensuite, dès 1986, par la création de 26 services médicopsychologiques régionaux (SMPR), dotés, pour 24 d'entre eux, de lits au sein même des établissements pénitentiaires et dont le fonctionnement s'apparente à celui d'un secteur de psychiatrie dont le territoire serait une prison. Ils combinent des prises en charge en ambulatoire et des hospitalisations de jour³⁵;
- enfin, en offrant une hospitalisation à temps complet, en soins libres ou sous contrainte à la demande d'un représentant de l'Etat (SDRE), nécessitant l'extraction du détenu de l'établissement pénitentiaire et dispensée en UHSA³⁶.

L'évaluation conduite par la mission porte ainsi sur l'inscription et l'articulation des UHSA dans l'offre globale de soins en psychiatrie. Celle-ci relève aussi bien des établissements de santé mentale (EPSM) que des services de psychiatrie rattachés à un hôpital général dans lesquels les patients détenus peuvent être hospitalisés au titre de l'article D. 398 du code de procédure pénale (CPP)³⁷, des unités pour malades difficiles (UMD), des unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) mais également des services médico psychologiques régionaux (SMPR).

Elle s'appuie sur deux fondements étroitement liés :

- les soins psychiatriques, comme les soins somatiques, apportés aux personnes détenues ou sous-main de justice doivent répondre au principe de l'équivalence des soins, reconnu notamment par l'Organisation Mondiale de la Santé ;
- la prise en charge en UHSA doit être inscrite dans un parcours de soins dont elle ne constitue qu'une étape.

- La méthodologie de la mission

Afin d'évaluer le dispositif existant et dans l'objectif de proposer un cadre pour l'implantation de la nouvelle tranche d'UHSA, la mission a défini préalablement le périmètre de l'évaluation dans une lettre de cadrage. Outre l'identification des pratiques à conforter et des points d'alerte, les inspections générales ont intégré dans leur réflexion l'ensemble des besoins de la population carcérale en matière de santé mentale, l'articulation des UHSA avec les autres modes de prise en charge et les besoins non couverts dans une logique d'égalité d'accès aux soins et de parcours des patients.

Une note intermédiaire à l'attention de la ministre de la justice a été rédigée dans la perspective des débats sur le projet de loi de programmation de la justice devant le parlement. Cette note, discutée avec les membres de la mission IGAS, a pris en considération la communication en conseil des ministres du 12 septembre 2018 relative à la politique pénitentiaire.

³⁵ Ces entités ont été consacrées par le code de la santé publique et s'inscrivent dans la philosophie de la loi du 18 janvier 1994 qui confie au ministère de la santé la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

³⁶ La circulaire du 18 mars 2011 précitée dispose que SMPR et UHSA doivent travailler de façon coordonnée.

³⁷ Article D. 398 du CPP : « Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3214-3 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire ».

Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 3214-1 du code de la santé publique.

Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D. 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation ».

Des réunions avec les directions des administrations centrales concernées ont été tenues. La mission a pris le parti de visiter l'ensemble des UHSA en service et elle s'est largement entretenue avec les acteurs de leurs environnements institutionnels³⁸. Elle s'est entretenue avec les équipes soignantes et les équipes pénitentiaires qui travaillent au quotidien dans ces structures. Elle a consulté l'ensemble des experts de diverses disciplines pouvant témoigner d'expériences innovantes et utiles dans le champ de la mission. Lorsque cela a été possible, elle a également échangé avec un certain nombre de patients détenus, afin de recueillir le point de vue des usagers de ces institutions.

Elle a également visité des unités sécurisées recevant des personnes détenues, telles que l'unité « Badinter » de Saint Etienne du Rouvray, le centre pénitentiaire de Château-Thierry ainsi que l'établissement public national de santé de Fresnes (EPSNF).

La mission a transmis un questionnaire aux UHSA afin de disposer d'éléments d'appréciation quantitatifs et qualitatifs.

La mission a fait le choix d'annexes thématiques et opérationnelles. Chacune comporte des points d'attention techniques auxquelles le rapport renvoie.

Elle a pris connaissance d'une importante documentation qu'il s'agisse des rapports de recherche effectués sur cette thématique que des rapports de visite d'organisations internationales, telles que le comité de prévention de la torture du Conseil de l'Europe ou d'autorités indépendantes, comme le Contrôleur général des lieux de privation de liberté³⁹ (CGLPL). Les travaux des parlementaires ont fait l'objet d'une attention particulière, le Sénat⁴⁰ et l'Assemblée nationale⁴¹ ayant adopté des rapports d'information comportant de nombreuses propositions pour améliorer la prise en charge des détenus souffrants de troubles mentaux. Elle a, enfin, conduit une série d'entretiens tant avec des organisations professionnelles⁴², que des organisations non gouvernementales⁴³.

³⁸ Cf. annexe n°2 liste des personnes rencontrées.

³⁹ Le contrôleur général des lieux de privation de liberté effectuait une visite de l'UHSA de Marseille à la même période que la mission, début septembre 2018.

⁴⁰ Rapport d'information du Sénat du 5 juillet 2017 fait au nom de la commission des affaires sociales sur « les UHSA : construire pour soigner » par Mmes Cohen, Giudicelli et Micouleau, sénatrices ; rapport d'information fait au nom de la commission des finances sur les dépenses pour la santé des personnes détenues, par M. Antoine Lefèvre, sénateur, enregistré à la présidence du sénat le 26 juillet 2017.

⁴¹ « La prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques » par M. Stéphane Mazars, député, vice-président de la commission des lois in rapport des groupes de travail sur la détention de la Commission des lois de l'Assemblée Nationale, 21 mars 2018. La mission a également pris connaissance du rapport d'information du Sénat relatif à la responsabilité pénale des personnes atteintes de troubles mentaux, établi par MM. Jean-René Lecerf et Jean-Pierre Michel pour la commission des lois Gilbert Barbier et Christiane Demontès pour la commission des affaires sociales (rapport n° 434 (2009-2010) déposé le 5 mai 2010).

⁴² Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPM), ainsi que la coordination des UHSA.

⁴³ Cf. annexe n°2

Cartes

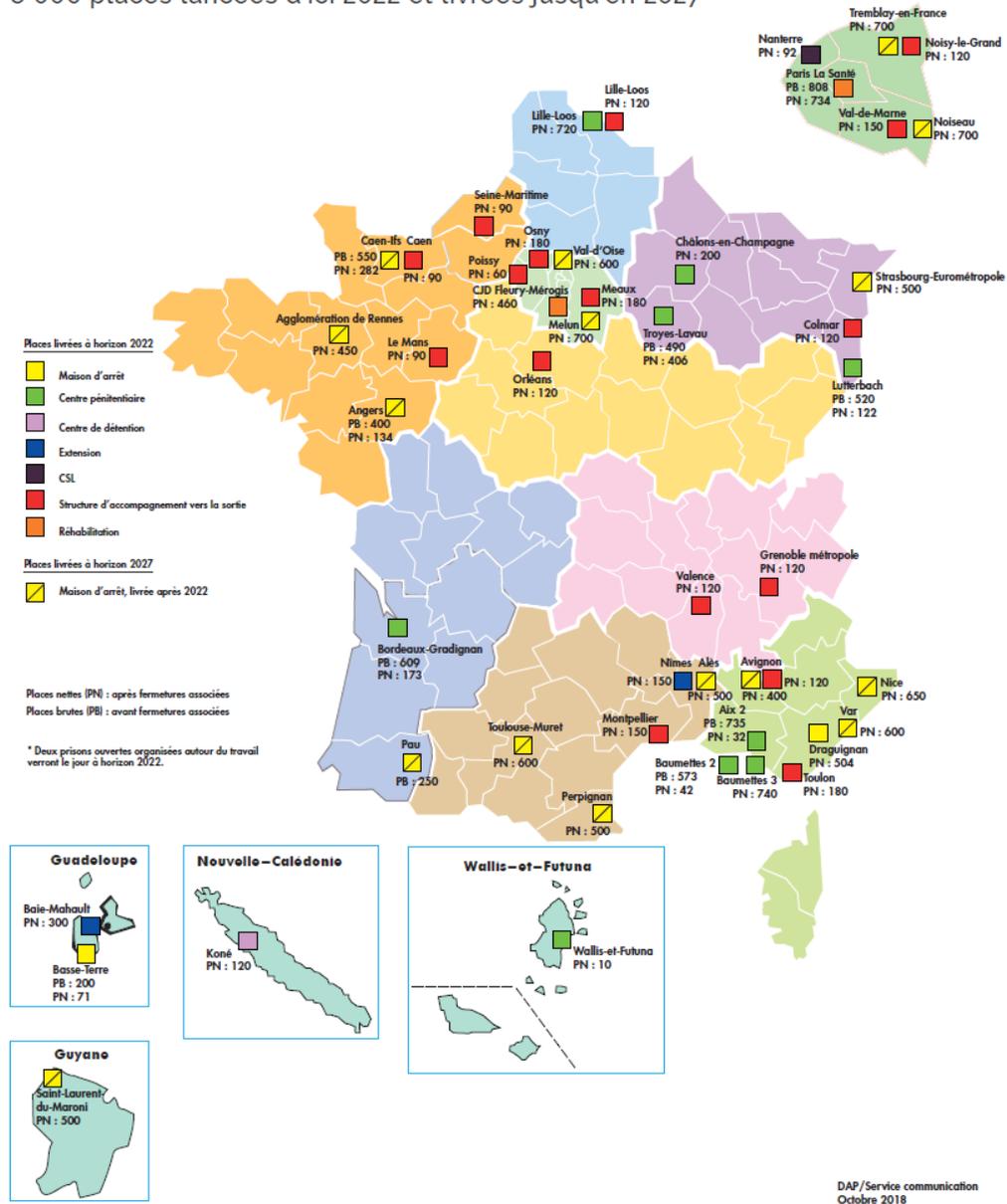
Carte 1 Carte des établissements, SPIP et DISP de l'administration pénitentiaire – aout 2018



Carte 2 Carte des 15000 places prévues au plan de l'immobiliser pénitentiaire – octobre 2018

Carte des 15 000 places

7 000 places livrées jusqu'en 2022
 8 000 places lancées d'ici 2022 et livrées jusqu'en 2027



Carte 3 Unités et services médicaux dédiés aux personnes détenues

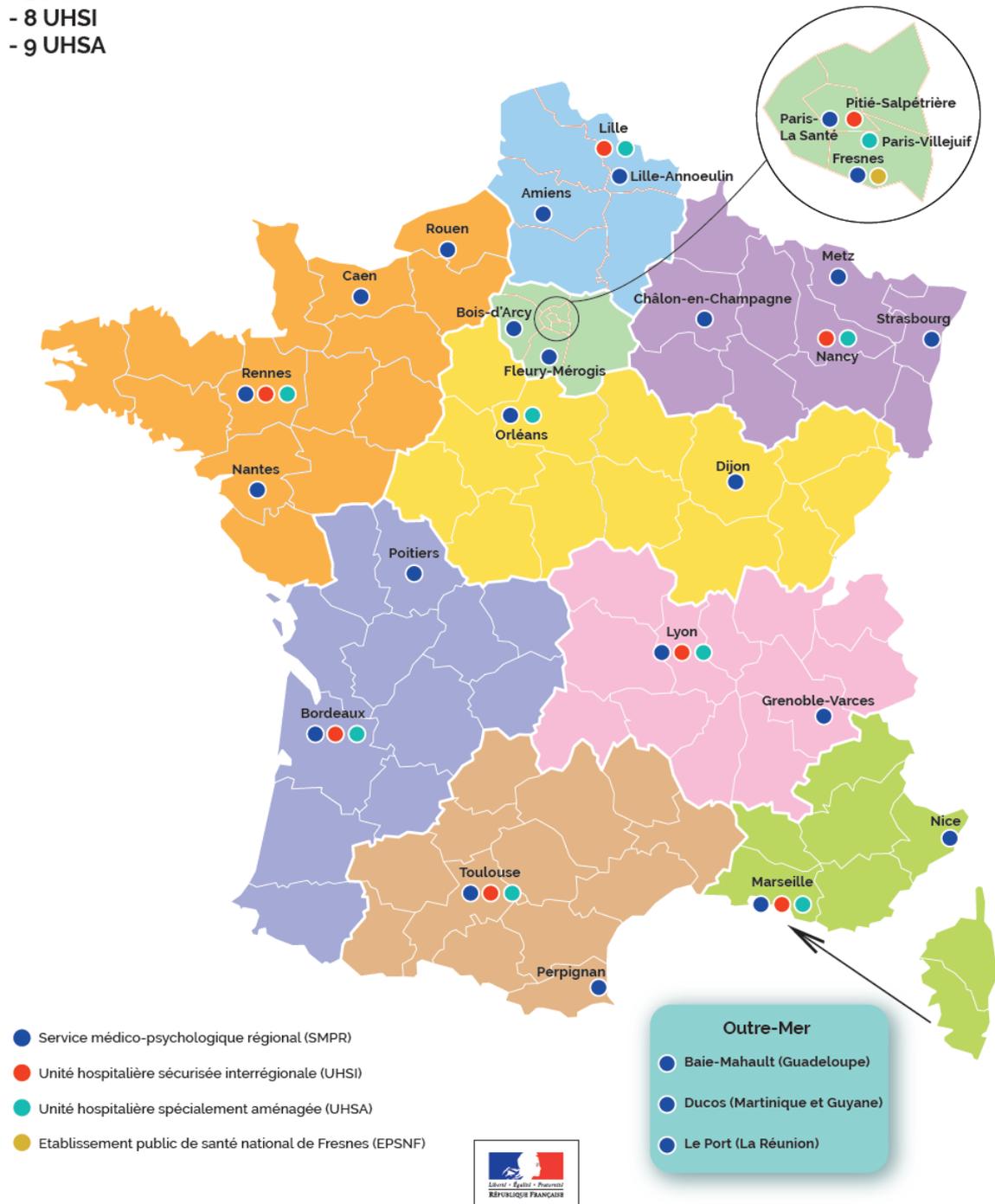
Unités et services médicaux dédiés aux personnes détenues

Chaque établissement pénitentiaire dispose d'une unité sanitaire (à l'exception des CSL)

- 26 SMPR

- 8 UHSI

- 9 UHSA



1. LES UHSA MARQUENT UNE AVANCEE SANITAIRE INDENIABLE MALGRE DES PROJETS MEDICAUX HETEROGENES ET UN MANQUE DE FLUIDITE DANS LES PARCOURS D'EXECUTION DE LA PEINE

1.1 Les UHSA s'inscrivent dans un cadre juridique complexe et contraignant

1.1.1 Les principes issus des normes européennes et internationales

Les UHSA s'inscrivent dans un champ de normes complexes, qu'il s'agisse de dispositions de droit international, telles que l'ensemble des règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus, dites règles Mandela, ou de droit européen, notamment le socle représenté par les règles pénitentiaires européennes issues du comité des ministres du Conseil de l'Europe⁴⁴.

La Cour européenne des droits de l'Homme, pour sa part, a été amenée dans plusieurs décisions à préciser les conditions dans lesquelles la détention d'une personne affectée de troubles mentaux pouvait être détenue sans violer l'article 3 de la convention prohibant les traitements inhumains et dégradants. S'agissant de la France, la cour de Strasbourg, dans un arrêt de 2011⁴⁵, a observé que : « *le maintien actuel en détention du requérant était accompagné d'une prise en charge médicale appropriée, « de telle sorte qu'il ne constituait pas une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention.* ». À cette occasion, elle examine la compatibilité à la Convention de l'ensemble du dispositif qu'il s'agisse du recours à l'article D. 398 ou du placement en UHSA.

Dans un rapport de 2014, l'Organisation mondiale de la santé⁴⁶ (OMS) rappelle le principe de l'équivalence des soins qui doit être apporté aux personnes détenues entre l'extérieur et la détention et insiste sur la nécessaire continuité des soins entre l'extérieur et l'intérieur s'agissant de la prise en charge de la santé mentale en prison. Elle remarque enfin qu'il peut être nécessaire pour certains troubles psychiatriques sévères d'organiser un service de prise en charge des crises à l'intérieur ou à l'extérieur de la prison.

1.1.2 Les dispositions législatives et réglementaires en vigueur

Dans un avis de 2006, le Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé recommande de : « *rechercher hors des murs de la prison des solutions pour que les personnes très âgées, les grands handicapés et les personnes souffrant de graves troubles psychiatriques quittent à jamais la prison*⁴⁷ ».

L'admission en UHSA est soumise aux dispositions de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011, modifiée par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge⁴⁸. L'article 5 introduit dans le code de la santé publique un chapitre spécialement dédié à l'hospitalisation pour soins psychiatriques des personnes détenues. Il prévoit deux modalités d'admission en UHSA :

⁴⁴ Cf. annexe n° 12 Recommandation Rec(2006)2 du Comité des Ministres aux Etats membres sur les Règles pénitentiaires européennes.

⁴⁵ CEDH arrêt *Cocaïn c. France* 3 novembre 2011.

⁴⁶ Cf. Bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour l'Europe, Rapport « *Prison and health* » (2014) et notamment chapitre 11 « *Mental health in prison* » par Graham Durcan et Jan Cases Zwemstra.

⁴⁷ Dans un Avis n° 94 « *La santé et la médecine en prison* » (2006).

⁴⁸ Cf. annexe n°12°.

- une admission dite volontaire, avec le consentement de la personne détenue ;
- une admission contrainte, par une décision préfectorale, prise en application de ces dispositions législatives, par des soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat (SDRE). Cette modalité entraîne, si l'hospitalisation se prolonge au-delà de treize jours, un examen de la décision préfectorale par le juge des libertés et de la détention, comme dans le droit commun.

Ces dispositions maintiennent en vigueur celles de l'article D. 398 du CPP qui s'exécutent dans des établissements de santé chargés d'assurer des soins psychiatriques sans consentement.

Unités sanitaires assurant en partie des soins psychiatriques sans consentement, les UHSA sont soumises à ce titre au contrôle des procureurs de la République⁴⁹. A Marseille, le procureur de la République a effectué la visite annuelle de l'UHSA quelques jours avant la venue de la mission, tandis qu'à Toulouse, le procureur, nouvellement installé, a donné des consignes pour que ces visites soient régulièrement effectuées. A Lyon, ce sujet n'a pas été évoqué par le procureur ni par ses collaborateurs.

Recommandation n° 1. *Rappeler aux procureurs de la République l'obligation de visite annuelle des UHSA.*

Les personnes admises en UHSA le sont soit avec leur consentement, soit, lorsqu'elles n'adhèrent pas aux soins, sur le fondement des procédures relatives aux soins psychiatriques sans consentement : dès lors un arrêté préfectoral de soins à la demande du représentant de l'Etat doit être pris par le préfet territorialement compétent en raison du lieu de situation de l'établissement pénitentiaire d'origine mais également par le préfet du lieu de destination de l'hospitalisation. La procédure peut être complexe lorsque l'admission est décidée hors du département de l'établissement pénitentiaire de rattachement de l'UHSA. Mais cette interprétation n'est pas générale : des membres du corps préfectoral interrogés lors des visites de la mission, ont souligné l'intérêt de maintenir le double niveau de signature, notamment afin que le préfet du département d'accueil ait connaissance, pour des motifs sécuritaires, des mouvements de détenus dans son ressort. À l'inverse, d'autres membres du corps préfectoral ont indiqué à la mission que par souci de rapidité et d'efficacité, il n'est recouru qu'à un seul arrêté.

La mise en place des UHSA n'a pas conduit à l'abrogation des dispositions de l'article D. 398 du CPP : le recours à ces dispositions semble même s'être particulièrement développé au fur et à mesure de l'ouverture des UHSA. Une des explications avancées tient à l'absence de dispositif construit pour l'accueil en urgence des patients dans les UHSA. Il en résulte que, lorsqu'une personne détenue est en état de crise, la première réponse consistera à faire usage des dispositions de l'article D. 398 du CPP, en ayant recours à un arrêté préfectoral de SDRE.

⁴⁹ Cf. Article L.3222-4 du code de la santé publique : « Les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1 sont visités sans publicité préalable au moins une fois par an par le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, par le président du tribunal de grande instance ou son délégué, par le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement et par le maire de la commune ou son représentant. Ces autorités reçoivent les réclamations des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement ou de leur conseil et procèdent, le cas échéant, à toutes vérifications utiles. Elles contrôlent notamment la bonne application des dispositions des articles L. 3211-1, L. 3211-2, L. 3211-2-1 et L. 3211-3 et signent le registre de l'établissement dans les conditions prévues à l'article L. 3212-11 ».

De fortes réticences se sont exprimées auprès de la mission concernant l'admission de personnes détenues au titre de l'article D. 398. L'une des limites souvent évoquée auprès de la mission tient à l'appréhension tant du corps médical de l'établissement d'accueil que de la direction de ces établissements à recevoir des personnes détenues. Sont souvent avancés des risques d'agression, de fugue ou d'évasion.

Il s'en suit une pratique consistant à placer de manière presque systématique ces patients en chambre d'isolement en ayant recours, le cas échéant, à des mesures de contention, dont le Contrôleur général des lieux de privation de liberté souligne qu'elles n'ont pas de finalité clinique. Aussi, cette pratique induit des séjours certes nombreux mais courts, qui ne débouchent pas nécessairement, si l'état clinique du patient le justifie, sur une poursuite de l'hospitalisation en UHSA mais plus fréquemment à un retour rapide dans l'établissement pénitentiaire d'origine, avec des soins de suite mal adaptés.

Pour la mission, ces dispositions apportent un cadre juridique stable et lisible par tous les acteurs qui permet aussi bien aux établissements pénitentiaires qu'aux services de santé de faire face aux situations de crise, en préservant une capacité de mobilisation de places dans les établissements de santé de proximité, chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement.

Aussi, il est nécessaire de maintenir ce recours au dispositif prévu par l'article D.398 du CPP, en l'accompagnant par un travail d'information plus étroit entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé de proximité, chargé d'assurer les soins psychiatriques sans consentement. Ce maintien est d'autant plus nécessaire que, même augmentées en capacité, les UHSA ne pourront satisfaire à l'ensemble des besoins (Cf. infra § 2.1.2).

Pour s'assurer de la bonne mise en œuvre de ces dispositions, il conviendrait d'organiser, dans le cadre d'un comité local, des rencontres régulières ayant pour vocation d'établir un bilan annuel des admissions effectuées au titre des dispositions de l'article D. 398 du CPP, de relever les difficultés rencontrées et de faciliter les échanges d'information entre les autorités sanitaires et pénitentiaires. Ce comité devrait associer le président de la commission médicale de l'établissement et le procureur de la République.

Recommandation n° 2. *Maintenir les dispositions de l'article D.398 du code de procédure pénale, au-delà du déploiement de la seconde tranche des UHSA.*

Recommandation n° 3. *Au titre des dispositions de l'article D. 398 du code de procédure pénale et afin de fluidifier les admissions, mettre en place un comité paritaire départemental, présidé par le préfet, en présence du procureur de la République et réunissant les directions des établissements pénitentiaires du ressort et le ou les établissements chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement.*

1.2 La population admise en UHSA échappe à une définition simple

1.2.1 Une population difficile à caractériser au plan judiciaire

1.2.1.1 Caractéristiques judiciaires des patients détenus en UHSA

Les caractéristiques judiciaires des patients détenus affectés en UHSA sont mal connues. La mission n'a, ainsi, pas pu en déterminer la part de prévenus et de condamnés à un moment donné. Cette information n'est pas connue de manière routinière.

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques et judiciaires des personnes admises en UHSA⁵⁰

	% 2014 (en % population écrouée hébergée)	% 2017 (en % des séjours en UHSA)	% au 1 ^{er} juillet 2018 (en % population écrouée hébergée)
Prévenus	30,3		29,7
Condamnés	69,7		70,3
Hommes	88,4	89,7	96,0
Femmes	11,6	10,3	4,0
<18 ans	1,3	1,7	1,2
18-30 ans	39,9		
31-40 ans	35,0		
41-50 ans	15,9		
51-60 ans	5,3		
61 ans et +	2,5		

Source : Sénat 2014, Mission 2017 et DAP 2018

La direction de l'administration pénitentiaire (DAP) et la direction générale de l'offre de soin (DGOS) ne disposent pas d'informations permettant de connaître les délais entre l'écrou initial et l'admission en UHSA. Pourtant cette donnée est stratégique afin de pouvoir apprécier notamment la nécessité d'instituer au sein des UHSA un parcours « *arrivants* », en sus des formalités de greffe.

De manière parallèle, l'affirmation selon laquelle des magistrats demanderaient que l'écrou soit effectué directement dans une UHSA n'a pu être objectivée⁵¹.

1.2.1.2 *La situation des patients susceptibles de bénéficier d'une décision d'irresponsabilité pénale*

Parmi les prévenus reçus en UHSA, il n'a pas été possible de déterminer la part qui était en attente des résultats d'une expertise visant à déterminer le degré de leur responsabilité pénale. Cette lacune a une incidence sur le projet médical, en ce sens que, parmi les prévenus, peuvent figurer des personnes pour lesquelles sont en cours des expertises afin de déterminer le degré de leur responsabilité pénale.

⁵⁰ Seules sont disponibles les informations de flux issues du rapport précité du Sénat, complétées par des informations communiquées par la DAP et la DGOS rapportées aux nombres de séjour.

⁵¹ Il a cependant été communiqué à la mission des notices de renseignements rédigées par des juges des libertés et de la détention portant mention d'une affectation en UHSA.

Les dispositions du code pénal (art. 122-1) ont, depuis 1994, modifié très sensiblement les conditions de la reconnaissance de l'irresponsabilité pénale en distinguant le trouble mental ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes de celui qui l'altère.

Le trouble ayant aboli le discernement est une question de fait soumise à la décision souveraine des juges du fond et s'apprécie par le recours à une expertise psychiatrique. Le trouble psychique ou neuropsychique doit avoir ôté au malade son libre arbitre. L'auteur des faits doit s'être trouvé dans un état qui l'a empêché de comprendre ou de contrôler ses actes. Le trouble mental doit enfin avoir existé au moment des faits. L'infraction doit avoir été commise alors que son auteur avait perdu son libre arbitre et parce qu'il avait perdu son libre arbitre. La personne doit donc attendre un certain délai pendant lequel elle peut être placée en UHSA, avant d'être déclaré pénalement irresponsable. Mais il n'existe pas de donnée exploitable dans les logiciels de la direction de l'administration pénitentiaire permettant de connaître ce délai.

Le trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré le discernement ou entravé le contrôle des actes est défini à l'article 122-1, alinéa 2, du code pénal, la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toute la question sera de savoir s'il y a eu trouble psychique au moment des faits et si ce trouble n'a fait qu'altérer, et non abolir, le discernement. Les effets en sont différents puisque dans ce cas, la personne est responsable pénalement. La loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales est venue préciser que, « *si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine* ». Il est encore ajouté que « *lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état* » (C. pén. art. 122-1).

Dans le débat devant l'Assemblée nationale relatif au projet de loi de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, en cours au moment de la mission, les députés examinent un amendement qui vise à supprimer cette exclusion et à « *permettre aux personnes détenues placées en hospitalisation sans leur consentement de solliciter une remise en liberté médicale si elles sont prévenues (1°) ou une suspension de peine pour raison médicale si elles sont condamnées (2°)*⁵² ».

1.2.1.3 *Les personnes hospitalisées au titre des dispositions de l'article D. 398 du code de procédure pénale*

De manière significative, les personnes détenues hospitalisées au titre des dispositions de l'article D. 398 du CPP ne sont pas comptabilisées par les applicatifs de la direction de l'administration pénitentiaire. Des données contradictoires figurent dans différents rapports publics.

⁵² Cf. rapport de la commission des lois sur les projets de loi ordinaire et organique, adoptés par le sénat après engagement de la procédure accélérée, de programmation 2019-2022 et de réforme pour la justice (n° 1349) et relatif au renforcement de l'organisation des juridictions (n° 1350), Mme Laetitia Avia et M. Didier Paris, députés. Les parlementaires soulignent que : « *cette exclusion s'explique par la comptabilisation de la période de soins sous contrainte, exécutée dans un cadre pénitentiaire, sur le temps de la peine, en pratique, elle oblige à multiplier les allers-retours entre hospitalisation d'office dans une unité hospitalière spécialement aménagée et un établissement psychiatrique, le temps pour la personne de se soigner, ce qui entraîne de nombreuses ruptures de soins et une aggravation de son état de santé dès son retour en détention* ».

Ainsi, l'annexe du rapport annuel d'activité du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) permet de disposer d'une indication de l'évolution du nombre de personnes détenues, hospitalisées au titre de l'article D. 398 du CPP. Y figure notamment une croissance très importante entre 2011 et 2012, de 2070 à 4030, soit un quasi-doublement. Selon la cour des Comptes, en 2012, 3 188 admissions en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État ont été dénombrées par l'administration pénitentiaire⁵³. Interrogée sur ce point par la mission, la DAP n'a pas apporté de réponse.

Tableau 2 : Nombre de patients selon le type de mesures

	Hospitalisation d'office / ASPDRE selon l'art. 122.1 du Code pénal et l'article L3213-7 du CSP	Hospitalisation d'office judiciaire selon l'article 706-135 du CPP	Hospitalisation selon l'art. D.398 du CPP (détenus)
2006	221		830
2007	353		1 035
2008	453	103	1 489
2009	589	38	1 883
2010	707	68	2 028
2011	764	194	2 070
2012	1076		4 033
2013	1015		4 368
2014	1033		4 191
2015	1056		5 546
2016	1206		6 520

Source : rapport annuel d'activité du CGLPL pour l'année 2017.

Ce tableau montre que le nombre de patients hospitalisés selon l'article D. 398 a augmenté de plus de 50 % entre 2012 et 2016, alors que corrélativement, les capacités d'accueil des UHSA se développaient⁵⁴.

Aussi, selon les sources, les chiffres de flux varient, pour 2016, entre environ 2000 et 6000. La mission a considéré, d'une part qu'il était nécessaire à bref délai d'établir une concertation entre les différents services statistiques concernés afin d'obtenir une valeur commune. D'autre part, elle a estimé que le nombre des hospitalisations au titre de l'article D.398 du CPP, en constante augmentation, se situait autour de 4000 par an.

Recommandation n° 4. *Mettre en place un observatoire dédié et commun à la direction de l'administration pénitentiaire (DAP) et à la direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour connaître les caractéristiques des personnes poursuivies par la justice pénale affectées par des troubles mentaux.*

Cet observatoire devra s'inscrire dans les travaux menés par la DGS en lien avec la DREES et Santé Publique France.

⁵³ Cf. Cour des Comptes rapport annuel 2014 La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables.

⁵⁴ Cf. rapport annuel d'activité du CGLPL pour l'année 2017, pp. 201 et suivantes.

A bref délai, un tel observatoire devra avoir pour objectif de fournir des informations fiables sur le nombre de personnes placées au titre de l'article D. 398 du CPP et sur le service dans lequel elles sont placées. Il devra également s'intéresser aux situations des personnes prévenues ou condamnées, détenues ou exécutant une peine de milieu ouvert.

Les carences constatées empêchent notamment de pouvoir porter une appréciation générale sur l'efficacité des ressources judiciaires et pénitentiaires concourant à l'aménagement de peine - présence des CPIP en nombre suffisant pour participer aux processus d'accueil des arrivants à l'UHSA et procédures d'aménagement de peine, notamment - (cf. § 1.3.3.2. infra).

1.2.2 Une population mieux identifiée sur le plan sanitaire

Il n'existe pas de données sociodémographiques permettant une comparaison fiable entre les personnes détenues placées en UHSA et la population détenue écrouée et hébergée. Les seuls éléments disponibles permettent d'apprécier que la population placée en UHSA est plus féminisée qu'en détention ordinaire mais que la proportion de mineurs y est sensiblement la même⁵⁵.

Sur le plan sanitaire, la population prise en charge dans les UHSA reflète les caractéristiques générales observées en milieu carcéral⁵⁶. On observe, comme chez les détenus non hospitalisés, une sur-morbidité somatique et psychiatrique⁵⁷ par rapport à la population générale. La surmortalité somatique est encore accentuée chez les détenus porteurs de troubles psychiatriques. En plus de pathologies psychiatriques pour lesquelles elles sont spécifiquement adaptées, les UHSA doivent ainsi intégrer dans leurs pratiques de soins cette prévalence des problèmes somatiques observée en milieu carcéral qui se traduit par une fréquence plus élevée de maladies infectieuses⁵⁸, et de comportements addictifs, ainsi que de problèmes dentaires liés aux habitudes de vie (carence hygiène, addictions).

Sans qu'il soit possible d'en estimer la proportion, de nombreux patients-détenus en UHSA présentent deux ou plusieurs autres pathologies maladies, psychiques ou physiques : ils sont ainsi porteurs de comorbidités somatiques qui nécessitent une prise en charge spécifique. Pour autant, ce besoin n'est pas toujours couvert de manière satisfaisante (cf. § 1.3.1.6 infra). Toutefois, la sur-morbidité psychiatrique justifie, après celle des SMPR, l'existence des UHSA.

Comme en témoigne le tableau ci-dessous, cette situation trouve, en particulier avec les problèmes psychiatriques, une traduction dans le taux de sur-suicidité, même si les facteurs de passage à l'acte peuvent avoir d'autres origines. On note cependant que si les taux de suicide intra-carcéraux sont beaucoup plus importants qu'en population générale, leur incidence a tendance à décroître dans le temps, parallèlement au renforcement des actions de repérages et de prévention sur ce thème.

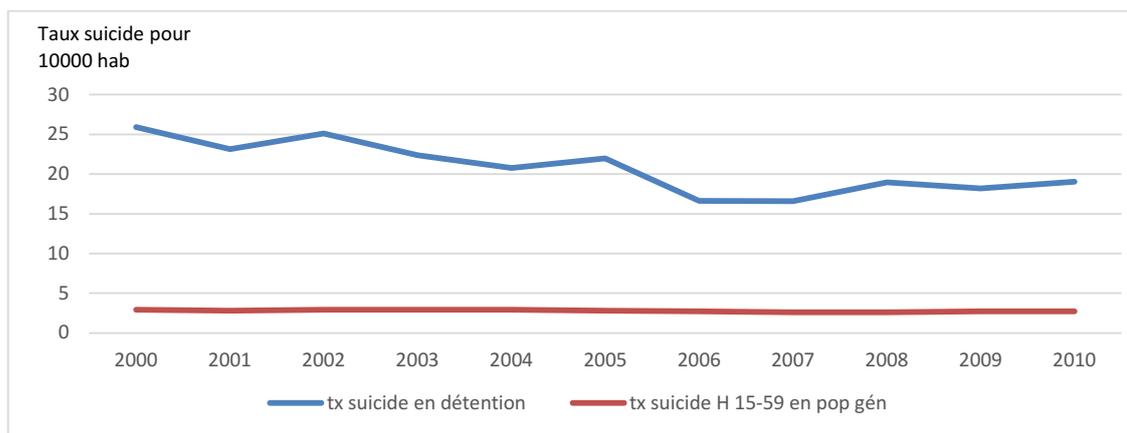
⁵⁵ Selon l'Observatoire du Système de Santé des Détenus de la DGOS (OSSD), les femmes représentent, 9,6 % des patientes admises en UHSA en 2016 (vs 3,9 % au sein de la population détenue écrouée et hébergée) et les mineurs en moyenne 1,6 % (vs 1,2 % au sein de la population écrouée et hébergée).

⁵⁶ Cf annexe n°7.

⁵⁷ Comme le montre les tableaux en annexe n°, on observe, selon des études aux méthodologies différentes, mais aux résultats convergents, une prévalence des troubles psychiatriques 5 à 10 fois supérieure en détention par rapport au milieu ouvert.

⁵⁸ Il y aurait ainsi 10 fois plus de tuberculose, 4 à 6 fois plus d'infection à VIH et d'hépatites C (citer sources), de facteurs de risque cardiovasculaire (surcharge pondérale, diabète, hypertension artérielle, sédentarité favorisée par les traitements médicamenteux antipsychotiques).

Tableau 3 : Comparaison taux de suicide en et hors détention de 2000 à 2010, France



Source : ministère de la Justice, DAP ; INED jusqu'en 1999 puis CépiDc.

En termes de pratiques, la mission estime, sur la base des données dont elle dispose, que les taux d'hospitalisation de personnes détenues en UHSA ne sont que deux fois plus importants que ceux de la population admise en EPSM, alors que les besoins sont de 5 à 6 fois plus élevés, notamment en regard du taux de pathologies psychotiques⁵⁹.

Par ailleurs, les durées moyennes de séjour sont également plus importantes en UHSA, particulièrement pour les psychoses, sans que la mission puisse en inférer une meilleure qualité de prise en charge, même si d'autres indicateurs comme les taux d'encadrement en personnels sanitaires tendent à le suggérer.

⁵⁹ Différence qui se traduit aussi en termes d'hospitalisation, la part des psychoses étant de 40% en UHSA contre 5% en EPSM.

1.2.3 Les besoins des populations écrouées outre-mer ne sont pas pris en compte

La mission d'évaluation n'a pu traiter de manière approfondie la question des besoins prioritaires de l'Outre-Mer concernant la prise en charge psychiatrique des détenus. Plusieurs entretiens ont toutefois été conduits en métropole⁶⁰. Il en résulte que les besoins sont difficilement couverts, mais qu'il n'apparaît pas opportun de calquer le dispositif des UHSA existant en métropole vers les Outre-Mer, le format n'étant pas directement transposable.

L'ensemble de ces consultations ont fait apparaître qu'une plus grande rationalisation des moyens humains et financiers devrait être recherchée, en regroupant les soins somatiques et psychiatriques dans des unités hospitalières sécurisées, en développant la couverture SMPR dans tous les départements et l'implantation d'unités de soins intensifs en psychiatrie (USIP). Il en ressort également une priorité d'équipement dans les Antilles et de la Guyane.

La spécificité de ces besoins du fait des particularités de l'offre de soins psychiatriques, des diversités locales mais aussi de la configuration fragmentée des territoires nécessitant des extractions sur les lignes régulières, requiert des investigations approfondies sur site permettant une analyse des besoins et une consultation large de tous les acteurs, sanitaires, judiciaires et pénitentiaires.

Lors des déplacements en métropole effectués par les inspections, il a été constaté depuis 2015, des admissions à l'UMD du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif pour 16 patients originaires de l'Outre-Mer.

Recommandation n° 5. *Engager une réflexion interministérielle spécifique sur la prise en charge des patients détenus affectés par des troubles mentaux en outre-mer.*

1.3 Les constats sur site ont révélé des spécificités et des diversités importantes

1.3.1 Du point de vue sanitaire

1.3.1.1 Les UHSA présentent des profils bâtimentaires et de fonctionnement distincts

Lors de ses déplacements, la mission a visité toutes les UHSA. Elle a pris connaissance des caractéristiques bâtimentaires et de fonctionnement de chacune d'entre elles. Il en ressort de grandes dissemblances qui démontrent une absence de pilotage national, de suivi et de mise en lien de bonnes pratiques mais aussi de dysfonctionnements qui pourraient être évités.

⁶⁰ Entretien avec le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), avec le Dr Michel David, président de l'association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP). DISP MOM, M. Moreau, la MSPOM dispose d'un effectif de 2100 agents répartis sur un vaste territoire fragmenté, composé de cinq départements-Régions, de trois collectivités d'Outre-Mer et de la nouvelle Calédonie. En juin 2018, 5047 personnes étaient détenues en Outre-Mer (Source DAP-SDME-Me5).

L'unité de soins est conçue selon des principes architecturaux adaptés à la psychiatrie. Les établissements de santé sont par ailleurs soucieux, à juste titre, de conserver la maîtrise d'ouvrage d'unités sanitaires installées dans leurs emprises⁶¹. Il existe ainsi des unités de plain-pied (Lille, Nancy, Rennes, Orléans, Toulouse) ou sur deux niveaux (Lyon, Bordeaux, Marseille, Villejuif), avec ou sans différenciation des espaces de jour ou de nuit.

A Marseille, le responsable de la maîtrise d'ouvrage à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM) a précisé à la mission qu'il était intéressant d'associer les professionnels devant participer à la vie de l'UHSA dès l'étape préliminaire des études et aux réunions de chantier. Il ne faut pas, selon lui, de plans types et standardisés, mais des principes forts (« figures imposées » et « figures libres »).

L'UHSA de Bordeaux, avant-dernière unité à avoir ouvert en juillet 2016, constitue un exemple de l'impact que la configuration architecturale peut avoir sur le fonctionnement de l'unité de soins. Le bâtiment comporte un rez-de-chaussée réunissant les salles communes et d'activités, et à l'étage, deux unités d'hébergement parfaitement symétriques de 20 lits chacune. Cette répartition a pour effet de conduire les équipes soignantes à devoir organiser des mouvements entre étages susceptibles de générer des problèmes de surveillance et de sécurité⁶². Cette configuration est, selon eux, à exclure.

De même à Lyon, les trois unités de 20 lits chacune sont, d'un point de vue architectural, strictement identiques sur deux niveaux (une en rez-de-chaussée et deux à l'étage). Les deux unités situées au premier étage doivent partager une même cour de promenade, située au rez-de-chaussée, compliquant les mouvements. Elles disposent aussi d'une cour constituée d'un plateau sportif située sur les toits et utilisée par toutes les unités en présence d'un moniteur sportif.

En général, les constructions ont intégré les termes de la circulaire du 18 mars 2011⁶³ exigeant que le passage d'une unité à l'autre, séparé par des grilles électriques, soit contrôlé par l'administration pénitentiaire. L'UHSA de Toulouse, pour sa part, a souhaité disposer d'une ouverture autonome entre les unités de soins, effectuée par les soignants, qui en ont les clés.

A Lyon, l'UHSA a été dotée en 2015 d'un système de clés électroniques paramétrables à distance (chambres et portes). Ce système, proposé par le centre hospitalier spécialisé du Vinatier lors d'un rééquipement de l'ensemble du site hospitalier, qui permet à tous les soignants de disposer d'une clé, a été accepté par la DISP et l'administration centrale de la DAP⁶⁴.

La mission considère que les futurs projets devront intégrer ces différentes options, au choix de l'équipe soignante.

⁶¹ Les représentantes de la coordination des UHSA ont indiqué à la mission qu'il était indispensable que les structures se situent sur l'emprise de l'hôpital qui les gère, que l'architecture hospitalière devait être privilégiée ainsi que le plain pied.

⁶² La circulaire du 18 mars 2011 précise que le personnel de santé est amené à accompagner le personnel détenu dans le cadre de leurs déplacements au sein de l'UHSA.

⁶³ Les accès et liaisons d'une unité à l'autre sont commandés à distance par le personnel de surveillance depuis le poste de contrôle et de circulation (PCC).

⁶⁴ La mission souligne toutefois que la question de la maintenance ou du changement de système pourra se poser à terme, ces dispositifs relevant normalement de l'AP et non de la santé.

1.3.1.2 Les ressources humaines disponibles sont hétérogènes

Rapportés aux files actives, les moyens en médecins psychiatres varient du simple au triple, les ratios les plus importants étant majoritairement observés dans les structures disposant de 60 places et implantées dans les grandes métropoles. La ressource en internes en médecine est aussi très inégale (d'aucun à Rennes jusqu'à cinq à Lille), l'adossement à un centre hospitalier régional (CHR) constituant d'évidence un facteur facilitant⁶⁵.

De même, les équipes soignantes (cadre de santé, psychologues, infirmiers, aides-soignants) sont plus étoffées dans les UHSA de grande capacité.

Tableau 4 : Répartition des ressources sanitaires au sein des UHSA

Fonctions	ETP	Ratio pour 100 détenus	nb UHSA concernées
Psychiatres	de 2 à 5,6	de 1 à 3	8
Médecins généralistes	de 0 à 1	de 0 à 0,5	8
Internes	de 0 à 5	de 0 à 2,5	7
Cadres supérieurs de santé	de 0 à 3	de 0 à 0,5	7
Cadres de santé	de 1,75 à 3,5	de 1 à 2	8
Infirmiers	de 34 à 60	de 16 à 28	8
Aides-soignants	de 12 à 29	de 6 à 15	5
Psychomotriciens	de 0 à 1	de 0 à 0,5	5
Psychologues	de 0,5 à 2,5	de 0,1 à 1,2	8
Educateurs sportifs	de 0 à 1	de 0 à 0,9	4
Ergothérapeutes	de 0 à 2	de 0 à 0,2	3
Kinésithérapeutes	0,2	0,1	1
Diététiciens	0,2	0,1	1
Art thérapeutes	0,7	0,3	1

Source : Mission d'après enquête auprès des UHSA.

Malgré sa moindre capacité en lits, l'UHSA de Toulouse bénéficie du même niveau de ressources médicales et soignantes que les UHSA de 60 places sans qu'on puisse préjuger du sens de la relation entre ces ressources et l'efficacité de la structure (très fort taux d'occupation, importante file active)⁶⁶. Enfin, une minorité d'UHSA a pu compléter ses équipes de soignantes de courts temps dédiées à l'activité (ré)-éducatif⁶⁷.

⁶⁵ L'UHSA de Lille-Seclin bénéficie de cinq internes, dont un en médecine générale (et de 5,6 psychiatres et 1 médecin généraliste).

⁶⁶ La file active élevée a pu justifier l'octroi progressif de ressources supplémentaires, sachant que le projet médical peut aussi favoriser une optimisation de leur usage.

⁶⁷ Kinésithérapeutes, diététiciens, ergothérapeutes, éducateurs sportifs.

1.3.1.3 *Les profils diagnostics, dominés par les psychoses et les troubles de la personnalité, varient fortement d'une UHSA à l'autre*

Les psychoses (schizophrénies et formes dérivées, troubles délirants) dominent de loin le tableau clinique des séjours⁶⁸, suivies des troubles de la personnalité (de 18 à 20%) et des troubles de l'humeur (13 à 14%).

Cette répartition des diagnostics de séjours n'est pas homogène. Elle est d'une part fortement « genrée », les hommes, beaucoup plus nombreux à être admis (90%), étant deux fois plus souvent affectés de troubles psychotiques, tandis que les femmes présentent principalement des troubles de la personnalité (24% vs 17% chez les hommes).

D'autre part, elle varie aussi selon le lieu d'hospitalisation⁶⁹. Les écarts observés peuvent en partie s'expliquer par le fait qu'il s'agit de séjours et non de patients. Ils reflètent sans doute aussi des phénomènes de sélection liés au contexte (jeu des acteurs⁷⁰, existence d'offres alternatives), au projet médical ou aux pratiques cliniques, voire une forme possible de spécialisation des prises en charge. Une forte pression démographique peut ainsi amener certaines UHSA à ne retenir que les cas les plus lourds ou d'autres UHSA, ayant une très bonne accessibilité, à répondre aux demandes urgentes des prescripteurs (médecins travaillant en prison, magistrats à la recherche d'une prise en charge complète et rapide)⁷¹.

Ces écarts de répartition dans les diagnostics de séjour appellent quelques commentaires :

- ils doivent nuancer les différences apparentes d'efficience des UHSA, la gravité des troubles ayant pour effet global de limiter les capacités de prise en charge en augmentant la durée moyenne de séjour (DMS)⁷² et en mobilisant plus de moyens ;
- ils doivent nuancer l'appréciation à porter sur les pratiques, le recours à l'isolement étant plus important avec les psychoses (1,2 jour par séjour) et les troubles de la personnalité (0,6 jour) qu'avec les troubles de l'humeur ou névrotiques (0,2 jour)⁷³ ;
- ils soulèvent la question de l'égalité des soins selon le type de troubles. A titre d'illustration, la moindre proportion de psychoses dans certaines UHSA peut signifier leur moindre repérage et/ou leur orientation vers des structures de droit commun avec, aux dires d'experts, une possible perte de chance en termes de qualité de prise en charge.

⁶⁸ De 34 à 38% des séjours en 2017, selon qu'on prend ou non en compte les diagnostics inconnus dans les dénominateurs sachant que deux UHSA (Paris et Rennes) ont entre 32 et 40% de diagnostics de séjours non renseignés.

⁶⁹ D'une UHSA à l'autre, le différentiel peut être de 15-20 points pour les taux de psychose, de 15 points pour les taux des troubles de la personnalité et des troubles de l'humeur.

⁷⁰ Sur-sollicitation de la part des prescripteurs, déport des EPSM, degré d'implication des SMPR.

⁷¹ Inversement, certaines UHSA semblent accueillir moins de cas complexes (fort taux de troubles névrotiques et de détenus présentant des difficultés liées à l'incarcération).

⁷² La DMS est un rapport entre le nombre de journées réalisées et le nombre d'entrées totales dans cette discipline. Elle permet de mesurer l'activité d'un service.

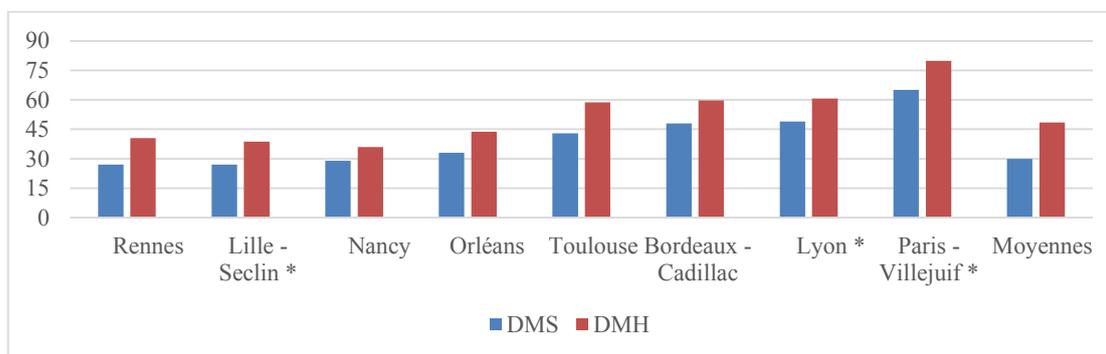
⁷³ Cependant, pour une même proportion de psychoses (Paris et Lyon), on observe des extrêmes dans les ratios isolements/séjour qui traduisent des approches médicales très différentes.

1.3.1.4 Les projets médicaux varient considérablement d'une UHSA à l'autre

L'analyse des réponses aux questionnaires transmis aux UHSA montre une grande hétérogénéité d'organisation et de fonctionnement qui tient tant aux projets médicaux qu'à certaines particularités locales (histoire, ressources médicales et pénitentiaires, place et rôle des autres acteurs dans le dispositif).

La DMS, qui varie du simple au triple selon les endroits, traduit, malgré ses limites, des différences dans les projets de soins, les publics accueillis (plus courtes en cas d'hospitalisation libre et/ou troubles névrotiques ou de l'humeur) et les positions dans le parcours de soins (ré-hospitalisation /séquentiel). Dans une moindre mesure, la durée moyenne d'hospitalisation est également variable selon les UHSA et elle est supérieure à celle observée en milieu libre).

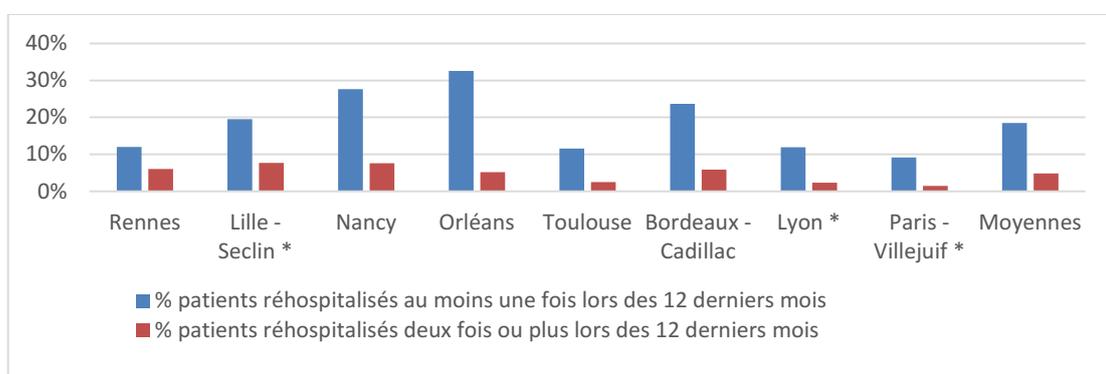
Tableau 5 : Répartition des DMS et des DMH par UHSA en 2017



Source : Mission d'après données ATIH 2017.

Les taux de ré-hospitalisation, également très variables (du simple à plus du triple) peuvent témoigner des limites des prises en charge ou d'approches séquentielles s'inscrivant dans une démarche thérapeutique, sans qu'il soit possible de faire la part des choses. Dans certains endroits (Paris, Lyon, Toulouse), ils sont inversement proportionnels à la DMS⁷⁴.

Tableau 6 : Taux de ré-hospitalisation en UHSA en 2017



Source : Enquête de la mission auprès des UHSA en 2017.

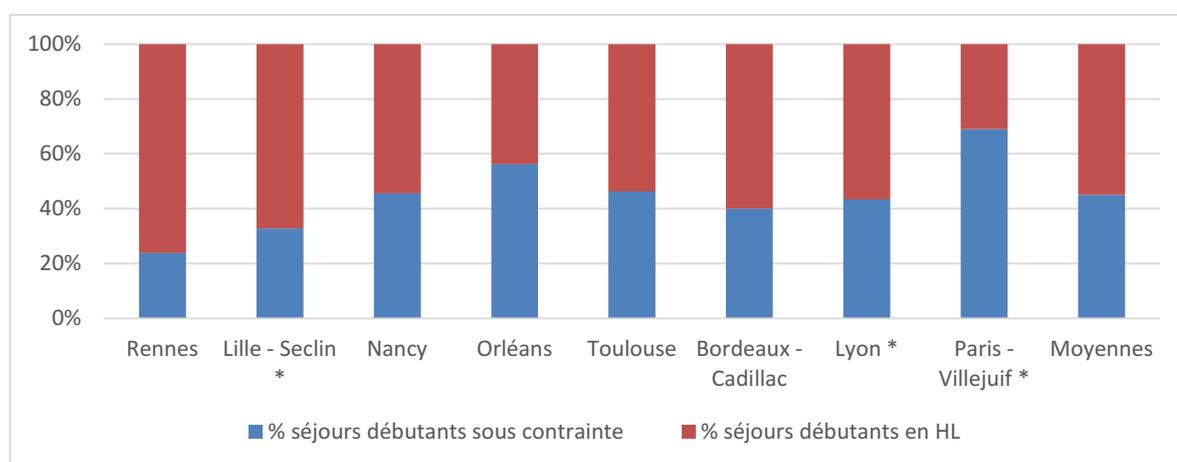
⁷⁴ Les UHSA présentant les plus forts taux d'occupation (Lyon, Toulouse, Rennes) sont aussi celles qui ont les plus faibles taux de ré-hospitalisation (12%), des DMH importantes (Toulouse et Lyon > 58j), un nombre élevé de décisions de placements en cellule d'isolement thérapeutique (Rennes, Toulouse > 400).

Près des deux tiers des UHSA affichent des taux d'occupation inférieure à 80%⁷⁵, avec de forts écarts selon les unités. Ces taux peuvent varier en fonction du projet médical de soins (circuit d'admission comportant un passage obligé et préalable par une unité de stabilisation, circuit parallèle en fonction du statut vis-à-vis des soins -libre ou sous contrainte-, forte ou faible sélectivité des patients). Ils sont aussi liés à la perception que les prescripteurs ont de l'UHSA et à l'usage qu'ils en font.

Les ratios de nombre de détenus par lit varient également du simple au triple (de 78 dans la DISP de Dijon à 228 dans celle de Paris), témoignant de la grande inégalité des besoins. A cet égard, on peut s'interroger sur les taux d'occupation assez faibles à Paris⁷⁶ alors que la pression démographique, avec plus de 13 000 personnes détenues écrouées et hébergées, y est maximale.

Selon les endroits les hospitalisations débutant sur un mode d'admission libres concernent de 30 à 75% des patients, la moyenne se situant à 55%.

Tableau 7 : Part des séjours débutant en hospitalisation libre ou sous contrainte par UHSA en 2017



Source : Enquête de la mission auprès des UHSA en 2017.

⁷⁵ Les taux d'occupation varient de 64 % à 97% avec une moyenne de 77,6 %, un taux de 100% n'étant pas souhaitable pour pourvoir à l'accueil les urgences (Cf. tableau en annexe n°4).

⁷⁶ Cf annexe n°5.

1.3.1.5 *L'attention des ARS s'avère inégale et reste insuffisante*

Dans leur ensemble, les ARS dédient un sous-chapitre de leurs programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) ou de leurs programmes régionaux de santé (PRS) à la santé des personnes sous main de justice, incluant les personnes détenues. Elles reprennent *a minima* les axes de la stratégie nationale de santé consacrée à cette thématique⁷⁷, qu'elles complètent, pour certaines, par une présentation détaillée des enjeux⁷⁸, des objectifs et actions autour de la santé mentale. La dotation des ARS en équivalents temps plein (ETP) dédiée au sujet et leur positionnement dans les organigrammes est très variable, allant de l'action isolée à une approche intégrée reposant sur une équipe. Il en va de même des dossiers d'instruction préparatoire à la décision du préfet en matière de SDRE.

Trois ARS citent explicitement les UHSA dans leurs documents de programmation. D'autres dressent un tableau plus général du dispositif de prise en charge des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques. Elles évoquent à la fois le dépistage des troubles, la prévention du suicide, l'accès aux soins et la continuité de la prise en charge. Elles insistent en outre sur la nécessité de mieux connaître les besoins de santé des détenus par une enquête « entrants » et de favoriser la coopération des acteurs. Une partie des objectifs portent sur le renforcement de l'offre⁷⁹.

Si près de la moitié des ARS métropolitaines semblent relativement mobilisées, trois évoquent le sujet de manière formelle au travers d'approches transversales (lutte contre les inégalités de santé, actions auprès des populations les plus exclues...).

Dans les régions ultra-marines, la thématique des soins en prison est très succinctement abordée dans les PRS-PRAPS, sous forme de recommandations générales prônant l'accès aux soins et la continuité des prises en charge des personnes sous main de justice, sans focus particulier sur la santé mentale.

1.3.1.6 *L'offre de soins somatiques doit être confortée*

Comme cela a été indiqué précédemment, la bonne prise en charge des détenus souffrant de troubles somatiques en UHSA est, dans les faits, aussi importante pour la préservation du sens de l'exécution de la peine que la bonne prise en charge des troubles psychiatriques, notamment en raison des facteurs de comorbidité. Or, ce volet du dispositif fait apparaître certaines carences⁸⁰.

Les visites de sites et l'analyse des questionnaires⁸¹ montrent que ni l'offre ni les pratiques de soins en UHSA ne semblent à la hauteur des enjeux d'une population qui cumule les fragilités médicales, mais aussi sociales et qui a vocation à sortir du milieu carcéral.

⁷⁷ « Repérer les situations de handicap, de troubles psychiques ou psychiatriques, et de perte d'autonomie des personnes incarcérées, afin de mettre en œuvre les soins, les mesures de compensations individuelles et les aménagements nécessaires des conditions de détention » ; « Organiser la continuité de la prise en charge lors des sorties de détention », stratégie nationale de santé 2018-2022.

⁷⁸ Population cumulant les vulnérabilités sociale et sanitaire, avec un accent particulier généralement mis sur la santé mentale et les troubles psychiatriques.

⁷⁹ Attractivité des postes soignants en milieu pénitentiaire, développement de la télémedecine.

⁸⁰ Des travaux généraux antérieurs (rapports parlementaires, CGLPL, travaux universitaires) avaient déjà relevé la non systématique de l'examen clinique à l'entrée du patient dans les UHSA pourtant prévu par les textes et de l'examen biologique. En revanche, l'électrocardiogramme était, lui, réalisé de manière systématique dans les unités pour le bilan pré thérapeutique et le suivi.

⁸¹ Cf. annexe n°4.

Ainsi, en 2017, on relève des effectifs inégaux de personnels soignants : s'il y a bien un médecin généraliste qui intervient dans toutes les UHSA, une seule dispose d'un médecin généraliste à temps plein, et quatre, d'un médecin généraliste à mi-temps.

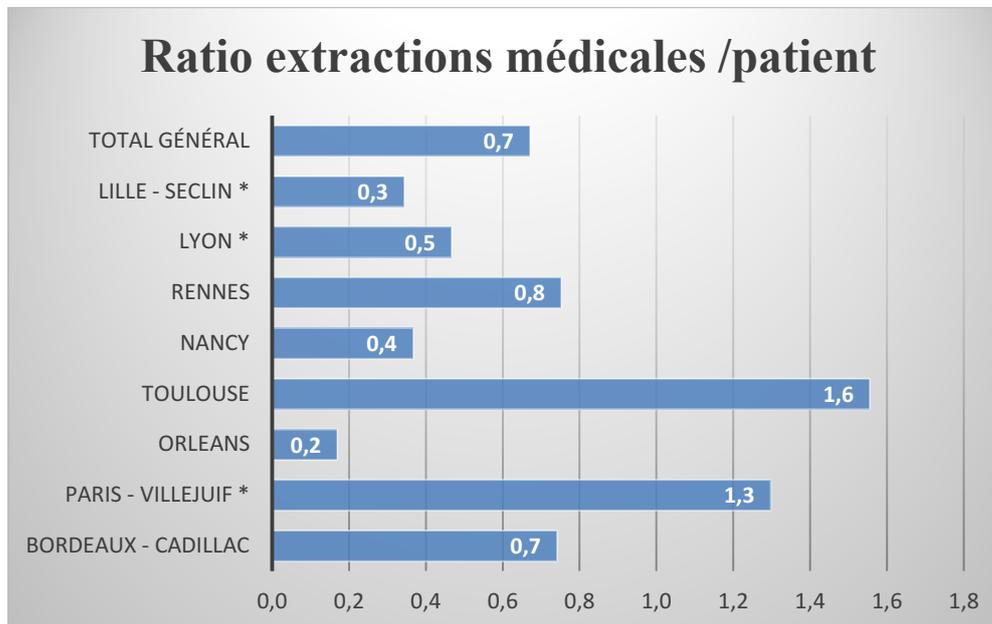
Concernant les soins dentaires, aucune UHSA n'est équipée de fauteuil dentaire. Une seule propose une vacation hebdomadaire de dentiste. Souvent, les soins sont différés et effectués en détention au sein du centre hospitalier de rattachement de l'UHSA ou encore à l'école dentaire (une UHSA concernée).

Dans les faits, l'extraction du patient vers un service de consultation est la règle, la consultation de spécialistes « sur place » et la télémedecine n'étant réalisée dans aucune UHSA. Un bon fonctionnement de ce dispositif est donc important pour corriger les constats qui viennent d'être faits.

Or l'analyse des questionnaires fait apparaître, ici encore, une très grande disparité. Les extractions médicales varient dans un rapport de 1 à 8. Il est peu probable que cette différence puisse tenir seulement à des différences de publics. Ainsi, à Orléans, seules 36 extractions ont eu lieu en 2017, sachant par ailleurs qu'aucun médecin généraliste n'intervient in situ.

A l'inverse, Toulouse est l'UHSA où se pratiquent le plus d'extractions médicales et un des sites, avec Lille et Bordeaux, les plus dotés en médecins généralistes et en internes. Cette disparité pose également la question de l'organisation du dispositif d'extraction (parc de véhicules et/ou escortes). Au total, le dispositif d'extraction ne corrige que très imparfaitement l'inégalité des moyens internes en médecins somaticiens des UHSA.

Tableau 8 : Extractions pour raisons médicales en 2017



Source : Mission d'après enquête auprès des UHSA.

Compte tenu des contraintes liées aux extractions médicales, tant d'un point de vue organisationnel que du patient, le développement de solutions alternatives à ces dernières doit être systématiquement recherché et au premier chef, le développement de la télémedecine.

Recommandation n° 6. Renforcer les moyens de prise en charge des problématiques somatiques en développant notamment la télémédecine en UHSA et en mettant en place un plateau technique minimum permettant de répondre aux besoins les plus fréquents, en particulier dentaires.

1.3.2 Du point de vue pénitentiaire

1.3.2.1 Les ressources humaines pénitentiaires consacrées aux UHSA doivent être confortées

Les neuf établissements pénitentiaires de rattachement des UHSA recouvrent trois maisons d'arrêt et six centres pénitentiaires. Certains sont en gestion déléguée ou en partenariat-public-privé⁸² ; ils sont dotés, depuis l'ouverture de l'UHSA qui leur est rattachée, de moyens supplémentaires en termes de budget de fonctionnement, d'équipements⁸³ ou de ressources humaines.

Si les officiers sont nommés à l'issue d'une commission administrative paritaire nationale sur un poste de responsable d'UHSA, seuls les premiers surveillants et surveillants déjà administrativement affectés à l'établissement pénitentiaire de rattachement peuvent envisager d'accéder à un poste en UHSA⁸⁴. Ces modalités de recrutement, beaucoup plus souples qu'une filière spécifique de recrutement, permettent au chef d'établissement de prioriser les besoins de l'un ou l'autre des quartiers ou structures dont il a la responsabilité⁸⁵. En outre, il est arrivé que des unités hospitalières aient pu se voir bénéficier de renforts occasionnels en cas de suractivité ou de manque de personnel⁸⁶.

Rencontrés par la mission, les représentants de personnels de surveillance⁸⁷ estiment cependant que les agents devraient pouvoir directement faire acte de candidature au sein d'une UHSA et être rattachés ensuite à la DISP⁸⁸.

⁸² Des établissements pénitentiaires voient certaines de leurs missions telles que la buanderie, la restauration, la maintenance, la gestion du parc de véhicules et la conduite ou la cantine confiées à différents partenaires privés (gestionnaires délégués) ; quelques établissements ont été construits en partenariat-public-privé (« full PPP »).

⁸³ L'arrêté du 11 février 2011 relatif à « la répartition entre l'Etat et les établissements de santé des dépenses d'investissement et de fonctionnement des UHSA » prévoit que l'AP est chargée d'assurer les dépenses de fonctionnement liées notamment aux matériels de transport, mobilier de bureau, matériels informatiques, frais postaux et télécommunications mais également toutes les dépenses liées aux biens immobiliers financés par elle (éléments de sécurité pénitentiaire tels que barreaudage, vitrages pare-balles, grilles et portes d'accès sécurisées, alarmes, vidéo pénitentiaire, clôtures et murs d'enceinte, éclairage extérieur, filins anti-hélicoptères...).

⁸⁴ Les modalités de recrutement ne sont pas identiques pour l'ensemble des établissements et, pour la plupart d'entre eux, également structures de rattachement d'une UHSA, les agents candidatent sur un poste en « unité hospitalière ». Selon les besoins et après les formations et habilitations à l'usage des armes et l'accord du chef d'établissement, ils sont ensuite affectés en UHSA ou en UHSAI.

⁸⁵ UHSAI, UHSA, détention normale en établissement mais également parfois SMPR, quartier de semi-liberté...

⁸⁶ Ces renforts, non armés, sont alors généralement postés sur des missions de sécurité intérieure ou de conduite de véhicule.

⁸⁷ Une seule organisation représentative des personnels de surveillance, la CGT-PS, a répondu à la proposition de rencontrer les membres de la mission.

⁸⁸ Ils mettent en avant les disparités quant aux modalités de recrutement, les risques d'arbitraire des chefs d'établissement ainsi que le retour automatique des agents à l'établissement de rattachement en cas de non renouvellement de l'habilitation à l'usage des armes.

L'ensemble des UHSA dispose de neuf officiers, 62 gradés et 244 surveillants, moyennant quelques non couverture de postes vacants, dont le volume n'a pas été transmis à la mission, malgré ses demandes. Chacune compte ainsi entre six et neuf gradés et 24 et 29 surveillants. La répartition dans chacune des unités connaît cependant quelques disparités et les plus grandes, d'une capacité de 60 lits, n'ont pas systématiquement davantage de gradés ou de surveillants⁸⁹. Ces ressources, quand les postes sont pourvus, sont globalement jugées satisfaisantes par les acteurs, même si certaines tensions peuvent naître s'agissant des missions d'escorte. Il apparaît en outre qu'une évaluation portant sur l'opportunité de la tenue de certains postes de sécurité pénitentiaire ainsi qu'une clarification de la répartition de certaines tâches pourrait être conduites (cf. § 1.3.3.1 B *infra*).

1.3.2.2 *Les dispositifs en place pour le service et l'organisation de la sécurité, efficaces, rassurent les personnels de santé*

Le service des surveillants et des gradés est, en roulement, de 12h. Le service de jour compte généralement 7 agents sur les postes suivants : un agent à la porte principale, occupée 24/24h ; 7/7j, un au poste de contrôle et de circulation (PCC) – dont l'utilité, selon la configuration des lieux, tend d'ailleurs à être remise en cause, tant en termes de sécurité que de valeur ajoutée à la circulation effective des personnes en zone de soins⁹⁰, un agent au sas véhicule (avec d'autres fonctions telles que la gestion de la téléphonie par exemple), deux agents aux transferts et deux autres en mesure de réaliser des interventions de sécurité ou de participer à des transferts. L'officier et au moins un gradé sont également présents.

Ces effectifs ont été lors de l'ensemble des visites, qualifiés de satisfaisants pour assurer les missions de garde et de sécurité confiées à l'administration pénitentiaire.

Si, comme au sein de tout établissement hospitalier : « *le personnel hospitalier assume [le fonctionnement quotidien et] la sécurité à l'intérieur des unités de soins* »⁹¹, cette responsabilité s'inscrit dans le cadre d'une présence continue de surveillants chargés d'assurer la garde des personnes détenues hospitalisées⁹² et de la tenue de postes de contrôle et de surveillance, hors zone de soins. Les personnels soignants ne font ainsi appel aux surveillants que lorsque « *la sécurité des personnes et des biens est compromise* »⁹³. De façon quasi unanime, les équipes médicales reconnaissent le professionnalisme des personnels de surveillance et leur font confiance pour assurer leur sécurité et celles des patients⁹⁴.

⁸⁹ Chiffres DAP, cf. annexe n°5.

⁹⁰ Cf. *infra* § 3.4.4.

⁹¹ Circulaire du 18 mars 2011, fiche 2, article 1 et fiche 7, article 4. La fiche 3 de la circulaire dispose par exemple que le personnel de l'unité doit porter une attention particulière à la présence effective des personnes détenues et qu'il doit contrôler des espaces collectifs extérieurs tels que les cours de promenade en s'assurant de l'absence de projections de l'extérieur sur ces zones.

⁹² Article R.3214-5 du code de la santé publique.

⁹³ Circulaire précitée.

⁹⁴ Dans plusieurs unités, les personnels sanitaires ont déclaré se sentir davantage en sécurité à l'UHSA, avec des personnes écrouées et des surveillants, qu'en unité hospitalière avec des patients non écroués, le contexte de l'UHSA leur permettant de se consacrer pleinement à leurs missions de soins.

De leur côté, les personnels pénitentiaires respectent scrupuleusement la zone de soins et n'y pénètrent que sur sollicitation des personnels de santé notamment à l'occasion des « demandes de prêt de main forte »⁹⁵, de fouilles ou de contrôle des équipements. Dans quelques cas cependant ils estiment ne pas être informés de tous les incidents (cf. *supra* § 1.2.1.2).

1.3.2.3 Les escortes et les extractions génèrent peu de tensions entre partenaires en raison d'une communication fluide et d'une planification partagée

L'armement des personnels pénitentiaires affectés en UHSA

Si la mission a souhaité raisonner à droit constant s'agissant de l'armement des personnels pénitentiaires affectés en UHSA effectuant des escortes, il n'en demeure pas moins que ce dispositif exorbitant pouvait être questionné à trois titres :

- d'abord parce que les sorties de patients-détenus en SDRE depuis un établissement pénitentiaire vers un EPSM de proximité s'effectuent sans accompagnement pénitentiaire, souvent sans escorte de police ou de gendarmerie et que, lors de l'hospitalisation, aucune surveillance permanente n'est assurée, ni par la police ou la gendarmerie, ni par l'administration pénitentiaire ;

- ensuite parce que les extractions médicales depuis un établissement pénitentiaire sont effectuées par les personnels des établissements pénitentiaires d'origine dont aucun n'est armé ;

- enfin parce qu'il existe une asymétrie qui peut paraître étonnante avec les admissions en UHSA qui sont, elles aussi, effectuées par les personnels non armés des établissements pénitentiaires d'origine alors même que les surveillants des UHSA, comme ceux des UHSA, sont armés⁹⁶.

Il apparaît finalement, dans le contexte du transfert des escortes judiciaires à l'administration pénitentiaire, que cet armement des personnels pénitentiaires procède tant de la recherche d'équilibres des charges pesant sur les établissements pénitentiaires, les UHSA ou les UHSA, que d'un affichage sécuritaire à l'égard des préfets amenés à prononcer les SDRE.

D'ailleurs, si l'opportunité de l'armement des personnels a été posée par les deux organisations représentatives des personnels de direction pénitentiaire, cette situation est désormais considérée comme établie et l'assouplissement des règles d'escorte ou d'armement obligatoire paraît même peu souhaitable, sous peine de compromettre tout l'édifice, récent et encore fragile.

Les missions d'escorte et de transfert, confiées à un personnel pénitentiaire spécialement recruté, formé et habilité à l'usage des armes, se situent au carrefour d'enjeux essentiels pour les deux administrations :

⁹⁵ Les demandes de prêt de main forte sont effectuées par les personnels sanitaires, soit de façon planifiée (mouvement interne d'un patient jugé dangereux) soit par déclenchement de l'alarme dite de niveau 3. L'équipe d'intervention est alors constituée d'au moins deux surveillants équipés de tenues pare-coup avec parfois un bouclier, encadrés par un gradé. En 2017, 602 demandes de prêt de main forte ont été faites sur huit des UHSA. En outre, il est arrivé qu'un directeur du centre hospitalier de rattachement saisisse le préfet pour faire appel aux forces de l'ordre, comme il en a la possibilité, « quand la gravité ou l'ampleur de l'incident ne permet pas que l'ordre soit rétabli par le seul personnel pénitentiaire présent ». Cette modalité prévue par la circulaire du 18 mars 2011 a par exemple été mise en œuvre 3 fois sur l'UHSA de Rennes depuis son ouverture.

⁹⁶ Les surveillants affectés en UHSA effectuent cependant des missions plus larges qu'en UHSA s'agissant de la surveillance intérieure de la structure puisqu'ils sont présents en zone de soins.

- d'un côté, l'administration pénitentiaire doit veiller à assurer des conditions de sortie sur la voie publique les plus sûres possible⁹⁷, sans fragiliser la sécurité des personnes à l'intérieur de l'UHSA ;
- d'un autre côté, l'équipe médicale doit assurer un niveau d'activité et d'occupation des lits garantissant une prise en charge effective des malades écroués sur son ressort territorial⁹⁸.

Ainsi, du fait de ressources humaines contraintes, tant pour des admissions ou des sorties de patients⁹⁹ que lors d'extractions médicales non urgentes¹⁰⁰, l'AP est parfois conduite à proposer de reporter les demandes de l'équipe sanitaire.

A l'exception de celles de Bordeaux-Cadillac et de Rennes, les UHSA ont été installées dans un secteur géographique concentrant la majorité des populations écrouées sur leur ressort territorial. Cependant, les temps de trajet vers les établissements pénitentiaires peuvent varier considérablement¹⁰¹. Grâce à une collaboration fluide et quotidienne et une planification des ressources mobilisables tant des agents pénitentiaires que des personnels soignants, les deux partenaires parviennent à anticiper et éviter les blocages et situations conflictuelles.

Les difficultés relevées par les équipes médicales s'agissant des escortes sont multifactorielles et différemment perçues : la taille de l'unité, le nombre de véhicules à disposition ou le nombre de personnels pénitentiaires, soignants ou ambulanciers ne sont pas, à eux seuls, déterminants dans l'efficacité réelle ou ressentie des escortes pénitentiaires. Elles n'ont pas non plus le même impact en termes de flux d'admission ou de taux d'occupation.

En tous les cas, sur l'ensemble des unités, des solutions négociées et dégradées – avec des niveaux d'acceptation variés, tant par l'AP que par l'équipe médicale – sont mises en œuvre afin de pallier aux difficultés ponctuelles. Ces pratiques concernent tant la fermeture anticipée des portes des chambres des patients que la réalisation d'extraction médicale par les seuls personnels pénitentiaires¹⁰² ou le recours aux systèmes de visioconférence judiciaire¹⁰³.

La rareté des cas dans lesquels la logistique et la ressource humaine pénitentiaires sont, la journée comme la nuit, seules en cause, ne semble pas justifier d'abonder les unités de plus de deux véhicules ou de nouveaux effectifs de surveillants.

⁹⁷ La composition des escortes se compose généralement de la façon suivante pour l'admission en UHSA : le chauffeur et, selon les besoins et la dangerosité de la personne détenue, un ou deux surveillants dans le véhicule d'escorte pénitentiaire et un agent, en principe le chef d'escorte pénitentiaire, dans le véhicule sanitaire avec les soignants et le patient.

⁹⁸ La sortie effective des patients après décision médicale de fin d'hospitalisation présente en outre pour l'UHSA un enjeu budgétaire pour l'hôpital : à Lyon, un conflit récurrent oppose par exemple les deux administrations, l'hôpital ayant estimé le coût indu des retards de transferts/ sorties d'hospitalisation à un million d'euros par an.

⁹⁹ Les extractions ou transferts de personnes détenues doivent toujours se faire en présence d'une équipe pénitentiaire : seule à la sortie d'hospitalisation et lorsqu'à l'admission le détenu consent aux soins, avec une équipe de soignants lorsqu'à l'admission le détenu est hospitalisé sous contrainte. La sortie effective des patients après décision médicale de fin d'hospitalisation présente en outre pour l'UHSA un enjeu budgétaire pour l'hôpital : à Lyon, un conflit récurrent oppose par exemple les deux administrations, l'hôpital ayant estimé le coût indu des retards de transferts/ sorties d'hospitalisation à un million d'euros par an.

¹⁰⁰ L'administration pénitentiaire a effectué en 2017 entre 667 (Cadillac) et 1268 (Lille-Seclin) escortes en véhicule pénitentiaire pour un total de 7104 sur huit UHSA. Les admissions et sorties d'hospitalisation représentent 69% des escortes contre respectivement 11% et 20% pour les extractions médicales et judiciaires.

¹⁰¹ Voir annexe n°5.

¹⁰² Voir quelques-unes de ces pratiques en annexe n°5.

¹⁰³ La visioconférence judiciaire est sous employée par les magistrats là où elle est installée : une soixantaine de visioconférences sur les quatre UHSA où la mission a pu constater son installation (Bordeaux, Lille, Rennes, Toulouse). Aucune UHSA n'est par contre dotée d'équipement de télémédecine.

La nuit, l'absence d'admission s'explique d'ailleurs autant par l'extrême rareté des demandes¹⁰⁴ et par le choix des équipes médicales de ne pas assurer les urgences nocturnes que par l'impossibilité d'effectuer ces admissions sans dégrader gravement la sécurité des soins ou la sécurité pénitentiaire dans l'unité.

En outre, le fonctionnement de l'unique plateforme de moyens dédiés aux escortes ne semble pas, pour l'heure, justifier de généralisation sans que ne soit menée une évaluation précise du dispositif¹⁰⁵. Le principe de l'affectation de deux véhicules pénitentiaires par UHSA¹⁰⁶ semble être en revanche une modalité plus opérationnelle et satisfaisante. Concernant la conduite des véhicules pénitentiaires, plusieurs situations d'efficacité inégale coexistent notamment selon le mode de gestion de l'établissement pénitentiaire de rattachement¹⁰⁷.

Recommandation n° 7. *Pour optimiser les transports n'exigeant pas la présence de personnels soignants, doter chaque UHSA de deux véhicules pénitentiaires de transport de personnes détenues.*

Recommandation n° 8. *Encadrer les conditions d'un usage raisonné de la visioconférence judiciaire.*

1.3.2.4 *La réponse aux actes pénalement ou disciplinairement répréhensibles en UHSA : un champ d'intervention partagé, une compétence pénitentiaire restreinte*

La circulaire du 18 mars 2011 précise que les patients des UHSA ne sont soumis au régime disciplinaire des établissements pénitentiaires que pour les faits survenus dans l'unité spécialement aménagée dès lors qu'ils se trouvent sous la surveillance de l'administration pénitentiaire¹⁰⁸. Pour les autres situations¹⁰⁹, c'est le règlement intérieur hospitalier qui s'applique, le directeur de l'hôpital de rattachement ayant alors l'usage de ses pouvoirs de police interne.

Il en résulte que les cas pouvant conduire le chef d'établissement pénitentiaire à convoquer une commission de discipline à l'encontre d'un patient-détenu sont limitées aux faits se déroulant en zone pénitentiaire, lors des extractions ou lors de certaines interventions de sécurité en zone de soins. La circulaire ajoute en outre qu'aucune sanction ne peut être prononcée par la commission de discipline pendant l'hospitalisation ni plus d'un mois après les faits.

Il n'a pas été rapporté à la mission de décision de commission de discipline relative à des faits s'étant déroulés lors d'une hospitalisation en UHSA.

¹⁰⁴ Les situations d'adressage en UHSA par un médecin d'une USMP ou un urgentiste ne pouvant pas connaître de report au lendemain cumulées à une heure de signature tardive par les services de la préfecture sont de fait, très rares et c'est souvent l'hospitalisation en urgence en EPSM de proximité qui est privilégiée.

¹⁰⁵ Une telle plateforme est installée à la maison d'arrêt de Corbas, pour les UHSA et UHSA. La mission transport est en effet une prestation incluse dans le contrat de partenariat entre l'établissement pénitentiaire et son partenaire privé.

¹⁰⁶ Dont l'un permettant de transporter au moins deux personnes détenues, éventuellement mutualisés avec l'UHSA voisine.

¹⁰⁷ Voir annexe n°5.

¹⁰⁸ Article 2.6 de la fiche 5.

¹⁰⁹ Violences physiques ou verbales entre patients ou à l'encontre d'un personnel soignant, vols, dégradations..., commis en zone de soins.

En tous les cas, l'exercice de cette compétence partagée, dépendant des modalités de surveillance du patient – pénitentiaire ou médicale – ou du lieu dans lequel il se trouve, est parfois source d'incompréhension des chefs d'établissement pénitentiaire. Habitué à exercer une compétence sur l'ensemble des personnes qui pénètrent ou séjournent dans la structure dont ils ont la responsabilité, certains n'ont pas encore admis l'idée de ne pas être informés en temps réel des incidents se déroulant en UHSA (cf. §. 1.3.4. *infra*).

1.3.3 Les conditions de vie et l'accompagnement des patients détenus

Avant la création des UHSA, les détenus souffrant de troubles mentaux ne pouvaient être hospitalisés qu'au sein d'une unité d'un EPSM et sous un mode contraint. Dans la plupart des cas, une telle hospitalisation, n'emportait – et n'emporte encore aujourd'hui – pas de procédure formalisée et uniformisée ni aucun dispositif technique ou matériel permettant de garantir au patient-détenu le bénéfice des droits dont il jouissait en détention¹¹⁰. Sauf exception¹¹¹, le patient connaît souvent un isolement physique et social lors de son hospitalisation : sa liberté de se déplacer dans le service est très limitée, voire nulle, et les visites, l'accès au téléphone et les achats personnels sont peu envisageables.

Les UHSA permettent désormais la continuité et l'effectivité de ces droits, et, également de ce point de vue et malgré quelques difficultés, elles constituent une avancée.

1.3.3.1 Une gestion et un fonctionnement au quotidien différemment assurés par les personnels hospitaliers des UHSA

La circulaire de 2011 précitée affirme la primauté du cadre hospitalier en UHSA : « la gestion interne des unités de soins est assurée par le personnel hospitalier [qui en] assume ainsi le fonctionnement au quotidien »¹¹².

A. Les liens avec l'extérieur sont garantis par une répartition plutôt efficace des tâches entre l'administration pénitentiaire et la santé dépendant notamment de l'existence de dispositifs matériels ou techniques spécifiques

Outre la liberté de circulation accordée aux patients à l'intérieur de la structure hospitalière, c'est sans doute sur l'effectivité du maintien des liens avec l'extérieur que les progrès en termes de qualité de vie, lors de l'hospitalisation permise par les UHSA, sont les plus importants.

Ainsi la réglementation applicable en UHSA est la même que celle en établissement pénitentiaire : sauf contre-indication médicale, les patients-détenus sont autorisés à communiquer avec des personnes explicitement dénommées¹¹³.

¹¹⁰ Par exemple : le préfet pour les visites, l'accès au téléphone et les sorties ou encore les services généraux de l'hôpital pour les services d'hôtellerie à la personne (télévision, achats personnels...).

¹¹¹ Notamment permises par les unités hospitalières de Saint Etienne du Rouvray (dite « Badinter »), Evreux ou Roanne (cf. § 2.2.1.2).

¹¹² Circulaire précitée, fiche 2, article 1^{er}.

¹¹³ Ces autorisations sont délivrées par un magistrat si les détenus sont prévenus, par le chef d'établissement de l'établissement pénitentiaire de rattachement s'ils sont condamnés.

S'agissant du courrier des patients, la circulaire précise qu'en application du code de la santé publique la collecte et la distribution au sein de la zone de soins incombe au personnel hospitalier, l'administration pénitentiaire demeurant seule habilitée à le contrôler¹¹⁴.

Situés en zone pénitentiaire, les parloirs sont surveillés par son administration. Leur organisation varie peu selon les UHSA¹¹⁵. Cependant, du fait de l'éloignement souvent induit par l'hospitalisation, les visites des familles sont assez rares.

Chacune des UHSA dispose de téléphones « SAGI »¹¹⁶ situés dans les couloirs ou dans certains locaux accessibles aux patients. L'accès effectif au téléphone est cependant contraint par les règles régissant les comptes nominatifs des personnes détenues et les opérations qui leur sont liées ne semblent pas suffisamment fluides entre les établissements pénitentiaires et les UHSA qui leur sont rattachées. Ils ne présentent cependant aucune garantie d'intimité, étant souvent installés dans des espaces collectifs ou de circulation.

En outre, la mission a été informée, lors de ses investigations, que la nouvelle concession prévoyant le remplacement des cabines actuelles par des téléphones fixes en cellule sur l'ensemble des établissements pénitentiaires n'incluait pas les unités hospitalières dans son périmètre¹¹⁷.

Recommandation n° 9. Intégrer les UHSA dans le périmètre de la nouvelle concession de service public relative à la téléphonie en cellule. S'assurer de l'activation rapide des comptes nominatifs des patients détenus dans les unités.

B. Certains services à la personne ont glissé de l'administration hospitalière à l'administration pénitentiaire sans que le sens ou les impacts en termes de charges n'aient été évalués

Les établissements hospitaliers proposent toujours des services aux usagers tels que la télévision ou le lavage du linge personnel. La plupart des hôpitaux ont également délégué certains services améliorant les conditions d'accueil et de vie des patients à des prestataires privés (cafétérias, distributeurs, boutique de presse, papeterie, cadeaux...)¹¹⁸.

¹¹⁴ Articles R.3214-20 du CSP et article 4, fiche 7 portant sur les dispositions d'organisation et les dispositions techniques et article 2.3.1, fiche 5, de la circulaire portant sur les règles applicables aux personnes détenues hospitalisées en UHSA.

¹¹⁵ Il n'existe généralement pas de jour spécifique de visite et il suffit que les familles préviennent de leur venue ; la durée des parloirs est souvent de 45 minutes mais les prolongations sont très souvent accordées.

¹¹⁶ SAGI est la société bénéficiant d'un contrat de délégation de service public dans les établissements pénitentiaires depuis 2007. L'AP n'intervient que dans les paramétrages et les saisies des numéros de téléphones autorisés par les magistrats ou les chefs d'établissement. Elle dispose également, conformément à la loi, de la possibilité technique d'écouter et d'enregistrer les conversations.

¹¹⁷ Concession de services publics : fourniture, installation, mise en œuvre, exploitation et maintenance d'une infrastructure de téléphonie et de visioconférence dans les établissements pénitentiaires à destination des personnes détenues et permettant le contrôle par l'administration, 20 février 2018.

¹¹⁸ Souvent sous la forme de convention d'occupation du domaine public représentant par ailleurs une source de revenus pour l'hôpital.

Ainsi, la circulaire précitée définit globalement et très classiquement les missions confiées au personnel hospitalier comme celles relatives à la prise en charge globale de la personne (fonctionnement quotidien de l'unité) et au personnel pénitentiaire celles relatives à la garde, la sécurité et la réinsertion¹¹⁹. Or, comme l'a affirmé un chef d'établissement pénitentiaire à la mission, un glissement vers l'administration pénitentiaire s'est très rapidement opéré, s'agissant des cantines, et dans certaines UHSA, de la prise en charge du linge personnel des patients.

S'agissant des cantines¹²⁰, la liste des produits disponibles est élaborée conjointement par les hôpitaux et les établissements pénitentiaires ; le compte nominatif du patient est géré par l'établissement pénitentiaire qui livre également les produits aux UHSA. Les cantines sont distribuées aux patients par le personnel hospitalier à l'UHSA de Toulouse. Dans les huit autres unités, ce sont les surveillants qui en effectuent la distribution¹²¹.

S'agissant du linge personnel des patients, deux UHSA au moins font réaliser le ramassage et le lavage du linge sale par l'AP alors que d'autres sont équipées de machines à laver accessibles aux patients¹²².

A Nancy, un transfert a pu, par exemple, s'opérer dès les premières semaines d'ouverture : le personnel sanitaire s'est vite déclaré débordé par la distribution des cantines, contraignant l'administration pénitentiaire à devoir reprendre cette tâche. De façon générale, les personnels hospitaliers estiment que cette mission d'intendance, sujette à certaines tensions avec les patients¹²³, fragilise le confort de travail nécessaire pour dispenser leurs soins.

Dans les situations où ce glissement informel a eu lieu, il ressort :

- que l'administration pénitentiaire est, de fait, détournée de ses missions de garde et de sécurité en UHSA ;
- que les rares conventions ou projets de convention existants n'abordent pas ce sujet¹²⁴ ;
- qu'aucune estimation des charges relatives à ces activités n'a été préalablement effectuée par les services hospitaliers et pénitentiaires en amont de ce changement ;
- que cette intervention pénitentiaire dans le fonctionnement quotidien impliquant une relation directe au patient dont elle n'a normalement pas la responsabilité peut entrer en contradiction avec la nature hospitalière de la structure et amener à une certaine confusion chez des patients¹²⁵.

¹¹⁹ La circulaire prévoit cependant trois exceptions évoquées supra : les parloirs, la téléphonie et la fourniture des produits d'hygiène et l'indigence qui sont confiées à l'administration pénitentiaire.

¹²⁰ La « cantine » est le nom donné aux produits que la personne détenue a la possibilité d'acheter (« de cantiner ») en les commandant à l'administration pénitentiaire ou à l'un de ses partenaires privés par un système de coupons.

¹²¹ Parfois avec l'accompagnement de personnels hospitaliers (Marseille) et parfois avec un ramassage des coupons de commande par les soignants (Lille, Marseille, Bordeaux).

¹²² Les UHSA de Nancy et de Rennes laissent l'AP ramasser et laver le linge personnel des patients ; les UHSA de Lille et de Toulouse disposent de machines à laver accessibles. La mission n'a pas pu recueillir l'ensemble des informations dans les autres unités.

¹²³ Il est notamment fait état des problématiques de commandes ou de livraisons.

¹²⁴ A l'exception de l'UHSA de Toulouse où le règlement intérieur prévoit que le personnel hospitalier assure ses missions de distribution.

¹²⁵ Selon un officier évoquant l'intervention de l'AP sur les cantines, les patients « raisonnent comme s'ils étaient dans un quartier de détention et expriment beaucoup trop d'attente vis-à-vis de l'AP ».

Recommandation n° 10. *Rappeler par instruction interministérielle la nature hospitalière des missions liées au fonctionnement quotidien des UHSA (distribution des cantines ou prise en charge du linge des patients). N'aménager ce principe qu'après discussion d'une convention type de répartition des charges.*

1.3.3.2 *Les actions d'insertion sociale, professionnelle et éducative sont insuffisamment définies*

Les problématiques sociales non résolues impactent les problématiques sanitaires¹²⁶ ; cela peut également fragiliser l'alliance thérapeutique, primordiale en psychiatrie, qui se noue aux tous premiers moments de la constitution de la relation patient-médecin. D'où l'importance d'un repérage et d'un suivi social adaptés aux profils des entrants.

A. L'assistant social de l'UHSA, pivot du suivi social éducatif et judiciaire

L'intervention des assistants sociaux (AS) de l'UHSA, en coordination avec celle des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP) et des éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), figure dans la circulaire précitée. Les réponses au questionnaire transmis aux UHSA mentionnent que certains AS ont institutionnalisé des modalités de travail commun.

Ainsi, l'assistant social assure un lien entre le soin et le social et travaille alternativement avec le CPIP et l'éducateur de la PJJ. Une UHSA (Villejuif) considère que ces actions tendent à accompagner au mieux les patients dans leurs démarches sociales et judiciaires et qu'il convient de mettre le partage d'informations au cœur de ce fonctionnement. Une coordination est toujours en place avec des échanges par courriel, par téléphone et lors de réunions.

Concernant la PJJ, les liens et la coordination avec les éducateurs sont décrits à la fois comme fluides mais aussi parfois aléatoires en fonction de l'éducateur référent. A Toulouse, les contacts lors de l'hospitalisation d'un mineur, passent par l'AS qui en prend l'initiative. A Marseille, l'assistante sociale élabore la liste d'entretiens à réaliser par les deux CPIP qui interviennent à l'UHSA deux fois par mois. Six patients détenus sont vus en entretien tous les quinze jours. À Bordeaux, la mission a relevé que des temps d'échanges spécifiques avec l'AS étaient réalisés dans le bureau de la CPIP ainsi qu'un travail sur les situations individuelles.

B. Une présence insuffisante et des missions mal définies pour les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP)

La circulaire de fonctionnement du 18 mars 2011 définit très succinctement le rôle des SPIP en UHSA. Cette absence d'affirmation plus étayée de leur rôle et de l'organisation nécessaire à l'appui des ressources engagées n'a pas permis de déployer de temps de présence suffisamment adapté auprès des patients détenus.

¹²⁶ Le fait de ne pas avoir de numéros de téléphone par exemple peut devenir une obsession qui complique la relation de soins avec possibilité d'actes violents en sus.

S'agissant de l'intervention de ces services, le principe est celui du rattachement à l'antenne du SPIP de milieu fermé de l'établissement pénitentiaire de rattachement. En l'occurrence, le temps de présence est, dans la grande majorité des UHSA, excessivement faible : le CPIP référent (parfois deux) est présent sur site à la demande du patient, une ou deux demi-journées par mois ou une ou deux demi-journées par semaine. Seul le SPIP de la Gironde assure une présence dédiée sur site deux jours fixes par semaine¹²⁷.

Les organisations de service sont ainsi très diverses mais n'ont pas globalement le bénéfice attendu pour des raisons multiples : les réponses au questionnaire transmis aux neuf UHSA font état de difficultés quant au temps de présence effectif des CPIP. Une UHSA qui dispose d'un temps dédié adapté a exprimé une inquiétude sur la pérennité de cette organisation. Il est indiqué également que certains CPIP refusent de se déplacer à l'UHSA. Il est également fait état de délais souvent importants pour obtenir de l'établissement pénitentiaire d'origine des informations nécessaires à la prise en charge des personnes.

Il résulte des entretiens conduits avec les SPIP que le plus grand nombre ne bénéficient que d'un accès restreint aux applicatifs métiers (APPI et GENESIS), les empêchant de disposer d'informations hors de leurs interrégions. Cette situation, qui ne permet pas la consultation des informations, constitue une perte de temps potentiellement préjudiciable au patient détenu. Enfin une UHSA mentionne parfois un manque de prise en compte, par des CPIP, des difficultés psychiques des patients détenus¹²⁸.

Pour la mission, le renforcement de la présence des SPIP dans les UHSA est essentiel. Des moyens humains doivent y être dédiés afin d'assurer des permanences durant des plages hebdomadaires fixes. Une méthodologie d'intervention doit également être élaborée afin de construire le travail de suivi (entretiens arrivants - fiche support transmise par le SPIP de Bordeaux). Cette présence renforcée doit s'inscrire dans un fonctionnement pluridisciplinaire au sein de l'UHSA, avec l'équipe de soins, afin d'inscrire le temps de soins dans le parcours d'exécution de la peine. Cette intervention implique de confier une tâche de coordination à un directeur pénitentiaire d'insertion et de probation (DPIP) du département d'accueil de l'UHSA.

Recommandation n° 11. *Renforcer la présence des SPIP dans les UHSA par la désignation d'un conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP) référent, et prévoir une organisation de travail à jour fixe. Définir dans une convention locale leurs modalités d'intervention.*

¹²⁷ Le choix a été fait dans cette UHSA d'installer un bureau dédié au CPIP dans la partie pénitentiaire de l'UHSA, afin d'établir des liens avec les partenaires médicaux. Ce bureau dispose d'un matériel informatique et d'une connexion permettant l'utilisation des applicatifs métiers. Ce temps d'intervention permet un travail construit et suivi avec les patients détenus, la CPIP rencontrée par la mission a fait part notamment de sa pratique systématique d'entretien arrivant avec le support d'une grille qu'elle a élaboré à cet effet et communiquée à la mission. Elle rédige par ailleurs des notes d'entrée et de sortie dans l'Application des Peines Probation et Insertion (APPI) afin de retracer les éléments d'information pour ses collègues.

¹²⁸ Le manque de formation sur la maladie mentale dans la formation initiale des CPIP et des différentes offres de soins et d'accompagnement a été évoqué par le syndicat CGT Insertion et probation. Par ailleurs, cette organisation syndicale a indiqué que les CPIP intervenant en UHSA assumaient essentiellement un rôle d'information des équipes sur la situation pénale des intéressés, et des possibilités offertes en conséquence (permissions, aménagements) ; elle relève en outre une méconnaissance réciproque des équipes : les personnels du SPIP ne connaissent pas l'UHSA et les soignants, et les soignants ne connaissent pas les contextes de détention des établissements de leur ressort, et plus particulièrement les différents CPIP qui y travaillent.

1.3.4 La prise en charge des publics présentant des vulnérabilités

Les réponses aux questionnaires, comme les constatations faites par la mission montrent que l'affectation des patients s'effectue toujours en fonction de leur état clinique, de leur évolution mais aussi de la spécificité du public accueilli. Ainsi, cinq UHSA précisent l'existence de procédures d'affectation spécifiques des femmes majeures, mineures et des mineurs (Lyon, Orléans, Nancy, Marseille et Lille) afin pour l'une d'elle, de renforcer la vigilance des soignants.

Pour les représentants de la coordination des UHSA, si une partie des services ont orienté dans les premiers mois d'ouverture les femmes et les mineurs dans des unités séparées, aujourd'hui toutes les populations sont mélangées. Ainsi à Toulouse, l'observation avait été faite que la séparation engendrait davantage de violences physiques et créait de la discrimination. Les mineurs et les femmes y sont désormais répartis au sein les deux unités.

1.3.4.1 Un faible nombre de patients détenus mineurs

La part des mineurs écroués hébergés était de 1,2% au 1^{er} juillet 2018. Selon les réponses au questionnaire quantitatif, 138 mineurs au total¹²⁹ ont été hospitalisés en UHSA depuis l'ouverture de l'ensemble des unités. Les chiffres des trois dernières années font apparaître que 97 mineurs y ont été admis avec toutefois une légère progression en 2017¹³⁰.

Un rapport sénatorial relatif à la psychiatrie des mineurs en France¹³¹ insiste sur l'importance d'un repérage précoce des pathologies psychiatriques et sur l'enjeu de prévention que recouvre la prise en charge des adolescents dans ce cadre¹³².

Les avis des professionnels de santé concernant l'accueil de ce public sont divers : certains¹³³ estiment que l'évolution majeure du soin psychiatrique aux détenus, permise par la création des UHSA, profite également aux détenus mineurs. D'autres considèrent que l'hospitalisation à temps plein des mineurs en UHSA n'apparaît pas pertinente. De manière générale, la mission a constaté que les UHSA organisent la prise en charge et le suivi des mineurs de manière particulièrement variée.

Enfin, la mission relève que les directions de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse n'ont établi aucune note commune sur la prise en charge des mineurs détenus en UHSA. Les services déconcentrés de la protection judiciaire de la jeunesse ont parfois été parties prenantes des conventions élaborées localement. La mission n'a pu établir que la continuité de la prise en charge par les éducateurs référents était effective¹³⁴.

¹²⁹ Soit 1,6% de la file active.

¹³⁰ Source DAP. L'année 2018 est appréciée sur un semestre. Cette situation peut être mise en corrélation avec l'augmentation entre le 1^{er} juillet 2016 et le 1^{er} août 2017 de 16% du nombre de mineurs détenus, atteignant un niveau jamais enregistré depuis le début des années 2000, dont il est fait état dans le rapport DPJJ de mai 2018 relatif à l'augmentation des mineurs détenus.

¹³¹ Cf. Sénat-rapport de la mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France par M. Alain Milon, président et M. Michel Amiel, rapporteur, 4 avril 2017.

¹³² Selon l'OMS, plus de 50 % des pathologies psychiatriques de l'adulte apparaîtraient avant l'âge de 16 ans et la moitié des troubles psychiatriques à fort potentiel évolutif (schizophrénie, troubles bipolaires, dépressions récurrentes) avant celui de 15 ans.

¹³³ Cf. Suzanne Buyle-Bodin, « Soigner, enfermer, éduquer : une étude nationale descriptive sur les patients mineurs pris en charge dans les UHSA », thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, année 2017.

¹³⁴ Cf. annexe n°10

1.3.4.2 Un nombre de patientes détenues très supérieur à la part de femmes détenues

Les femmes représentaient 3,9% de la population écrouée hébergée au 1^{er} juillet 2018 mais presque 10 % des personnes hospitalisées en UHSA¹³⁵. 891 femmes au total ont été hospitalisées depuis ouverture de l'ensemble des unités, le chiffre et les proportions semblant stable d'une année sur l'autre.

La situation particulière des femmes patientes détenues est peu abordée par les acteurs rencontrés ; d'un point de vue clinique, elles sont des patientes à traiter et leur prise en charge n'appelle pas de précision particulière. A l'inverse, la pratique de la mixité au sein des unités, comme dans les établissements de santé mentale, constitue un point de tension dans les relations avec les services pénitentiaires (Cf. § 1.3.4.2 *infra*).

1.3.5 Des relations à renforcer entre équipes sanitaires et pénitentiaires

1.3.5.1 Des espaces de collaboration institutionnelle à conforter

La circulaire du 18 mars 2011 a établi des espaces de concertation entre les directions médicales des unités sanitaires et les équipes pénitentiaires de proximité, ainsi qu'entre les directions des établissements de rattachement. Ces dispositions sont appliquées de manière très différenciée allant d'une très bonne appropriation du dispositif (réunion annuelle régulière) comme à Nancy, à une absence (Rennes) en passant par une faible périodicité (Toulouse, Villejuif, Orléans). De surcroît, quand elles se tiennent, ces réunions interviennent souvent tardivement après l'ouverture de l'unité. Le plus souvent, elles se tiennent au sein de l'UHSA.

Une convention locale mentionnée dans la circulaire et spécifique à chaque UHSA doit ainsi clarifier les règles de fonctionnement et le rôle des différents acteurs dans l'exercice de leurs missions. Outre les précisions relatives aux ressources humaines, cette convention définit les procédures de travail, d'admission et de sortie et prévoit les articulations entre les UHSA, les SMPR et les unités de consultation et de soins ambulatoires ; elle détermine les rôles respectifs des personnels de santé, pénitentiaires et éducatifs. La mission a constaté que les conventions en vigueur étaient de qualité inégale : certaines sont très succinctes ou trop anciennes et d'autres, telle celle de Lille, particulièrement précises et conformes aux dispositions de la circulaire. Cet outil d'articulation entre les acteurs pose un cadre de travail défini conjointement et validé par la signature de chaque représentant des institutions parties prenantes¹³⁶.

¹³⁵ Soit 9,6% de la file active.

¹³⁶ La convention est signée par les acteurs suivants : le directeur général de l'établissement de santé siège de l'UHSA, le directeur de l'établissement pénitentiaire d'écrou des personnes détenues hospitalisées à l'UHSA, le directeur de l'agence régionale de santé, le directeur interrégional des services pénitentiaires du ressort, le cas échéant, le directeur de l'établissement de santé auquel est rattaché le SMPR, le préfet du département dans lequel est située l'UHSA, le directeur interrégional de la PJJ du ressort de l'UHSA.

Favorisée par la mise en place de ces outils, la concertation des acteurs pénitentiaires et du soin constitue ainsi un principe essentiel permettant de fluidifier les échanges et renforcer la pertinence de la prise en charge des patients détenus¹³⁷. La mission a remarqué, lors de ses déplacements, des différences dans les degrés de collaboration allant de difficultés structurelles de communication entre les services pénitentiaires et les équipes soignantes jusqu'à des dispositifs d'échanges d'information réguliers et très soutenus.

La collaboration se traduit par des temps de réunions, quotidiens ou hebdomadaires, mais aussi par des échanges informels permettant de transmettre l'information en temps réel. Pour illustration, à Bordeaux, il existe une réunion hebdomadaire de tous les personnels de l'UHSA à laquelle la CPIP est associée¹³⁸ du fait de sa présence deux jours fixes par semaine (cf. 1.2.3.2 supra). A Nancy, le CPIP participe également aux réunions institutionnelles du soin.

La mission considère que les différents acteurs doivent acquérir la capacité de créer et pérenniser des instances de concertation, fondatrices de culture commune. Seule cette démarche est de nature à permettre à toutes les parties prenantes de construire une collaboration solide et utile et d'accepter comme limite intangible la préservation du secret médical.

1.3.5.2 *Les espaces de tension à réduire*

A. Le respect intangible du secret médical – ne doit pas entrer en contradiction avec l'intérêt du patient ni mettre en danger les personnels et les autres personnes détenues

Le secret médical est une obligation générale et absolue. Il fonde la relation de confiance entre le médecin et son patient et protège ce dernier des effets de la diffusion d'une information privée le concernant, source possible de discrimination ou de stigmatisation. Le médecin ne peut ainsi pas communiquer de données médicales à une autre personne, même si celle-ci est tenue au secret professionnel.

Ce principe entend protéger notamment les personnes en situation de vulnérabilité, ce qui caractérise doublement les personnes incarcérées et souffrant de troubles psychiatriques.

Le secret médical est juridiquement et déontologiquement défini de façon à la fois extensive et stricte : il s'impose à tous les médecins et couvre tout ce qui est venu à leur connaissance dans l'exercice de leur profession, c'est-à-dire non seulement ce que leur a confié leur patient, mais aussi ce que le médecin a vu, entendu ou compris¹³⁹.

¹³⁷ A Lyon, la directrice interrégionale des services pénitentiaire a indiqué à la mission que la communauté médicale et pénitentiaire en place de longue date garantissait le succès du fonctionnement. Elle précise qu'il n'y a pas de non-dits en cas de difficultés et que tout sujet problématique est mis sur la table et traité. Ces constats sont partagés par le directeur interrégional de la protection judiciaire de la jeunesse.

¹³⁸ Cela lui permet notamment d'alerter l'équipe médicale sur l'évolution de la peine afin que le suivi du patient puisse être anticipé.

¹³⁹ Cf. article 4 du code de déontologie médicale, article R.4127-4 du code de la santé publique.

La loi a cependant prévu certaines dérogations au secret médical¹⁴⁰. Au-delà de ces aménagements, les nécessités de la pratique médicale ont fait évoluer la notion du secret qui y est attachée. Les prises en charge étant de plus en plus souvent pluridisciplinaire, des assouplissements ont ainsi été instaurés pour assurer la continuité des soins ou pour déterminer la meilleure prise en charge possible des patients. La notion de « secret partagé » a été définie par le législateur qui en a précisé les limites : « *deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible* ». ¹⁴¹

Plus récemment, la loi du 27 janvier 2016 de modernisation du système de santé¹⁴² a permis aux professions des champs sociaux et médico-sociaux de participer à cet échange d'informations couvertes par le secret médical, sous réserve qu'elles s'inscrivent dans le périmètre de leurs missions.

En tout état de cause, il ne s'agit que d'une possibilité et les professionnels de santé peuvent refuser de transmettre ces informations, sauf si le refus risque de porter atteinte à la continuité des soins. En dehors de ces situations, le partage d'informations est considéré comme une violation du secret médical et donc, à ce titre, susceptible de poursuites pénales et disciplinaires.

Dans les UHSA, les personnels pénitentiaires déplorent souvent de ne pas pouvoir disposer d'éléments suffisants d'information pour sécuriser l'exercice de leurs missions. Ils mettent notamment en avant l'idée selon laquelle une connaissance non partagée de certaines conséquences de troubles somato-psychiatriques pourrait parfois conduire à leur mise en danger ou à celle des codétenus.

Inversement, pour les personnels soignants, le respect du secret médical est d'autant plus important que sa levée, même partielle, revient à participer à une mission qui ne relève plus des soins. La crainte de se faire « auxiliaire de la peine » est d'autant plus forte que la possibilité en est insidieuse, étant notamment observé que le soin en milieu d'enfermement exacerbe la tentation de recourir à la contrainte, au risque de créer une confusion entre les missions des soignants et celles des agents de détention et ainsi d'altérer le sens de l'intervention.

La mission a plusieurs fois entendu évoqué l'exemple de soins parfois administrés en UHSA avec la maîtrise du patient par des agents de l'administration pénitentiaire, équipés et intervenant à la demande des personnels soignants. Cet exemple constitue manifestement une confusion entre soin et recours à la coercition.

¹⁴⁰Le médecin peut notamment être amené à informer le préfet des personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui qui détiennent une arme ou désirent en acquérir une. Il doit déclarer les maladies contagieuses à l'autorité sanitaire, établir un certificat médical préalable à une admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent. Il doit déclarer au Procureur de la République la nécessité de placer un individu sous sauvegarde de justice.

¹⁴¹ Art. L. 1110-4alinéa 2 du Code de la santé publique (CSP).

¹⁴² Article 92 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Cela posé, la confidentialité ne devant jamais exposer les autres¹⁴³, l'attitude généralement adoptée en situation de risque potentiel (tuberculose, hétéro-agressivité...) est de donner aux personnels de détention la possibilité de se protéger (porter un masque, donner des consignes générales concernant le comportement) comme il importe, de l'avis de médecins rencontrés par la mission, de porter une attention particulière aux personnes détenues signalés par la détention comme dangereuses au sens pénitentiaire.

Pour les soignants, tout l'enjeu est donc de pouvoir donner des indications utiles sans contrevenir à la confidentialité qui les lie à leur patient. De ce point de vue, il pourrait être intéressant de transposer à d'autres établissements le savoir-faire pénitentiaire de gestion des troubles du comportement des détenus développés par les équipes de détention de Château Thierry. La bonne appréhension par les surveillants de la personne en difficulté psychiatrique et/ou présentant des troubles du comportement a pour intérêt majeur de ne pas reposer sur une connaissance clinique des cas individuels mais sur des bases de psychiatrie et une connaissance des profils nosographiques en général. Cette connaissance conduit à une bonne collaboration de fait qui permet d'atténuer les pressions et de désamorcer les conflits.

B. La sécurité des patients et des personnels doit être une préoccupation partagée

La mission, lors de ses déplacements a pris connaissance, à plusieurs reprises, des difficultés relevées par les services pénitentiaires. Ceux-ci ont déploré une insuffisance voire une absence de communication d'informations concernant les incidents les plus graves se déroulant dans la partie soin de l'UHSA.

Ces lacunes portent essentiellement sur deux points :

- d'une part, il est parfois regretté, tant par des responsables d'établissements ou de DISP que par des équipes pénitentiaires locales, que les demandes d'intervention (prêts de main forte) sont parfois mal calibrées, trop fréquentes ou trop tardives : elles sont perçues comme un transfert de la gestion d'état cliniques vers un recours inadapté à la force, ou auraient nécessité un recours plus précoce à des moyens de prévention et de coercition. Ce point de vue n'est pas partagé par les équipes soignantes qui estiment généralement que les demandes sont adaptées et les réponses appropriées. Dans tous les cas, il est souligné qu'il manque un espace institutionnel dédié à l'examen de retour d'expériences qui permettrait de lever les mécompréhensions persistantes ;

¹⁴³ Article L. 6141-5 du CSP définissant les conditions du partage d'informations entre les professionnels de santé et les professionnels de l'administration pénitentiaire disposant que « les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque sont tenus de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection ».

- d'autre part, la mixité pratiquée dans les UHSA peut constituer un point de friction entre les services pénitentiaires et les équipes soignantes. Il est fait état par des directeurs interrégionaux des services pénitentiaires, sans toutefois l'étayer par des éléments objectifs, d'hospitalisations « de circonstances » ou « de confort », afin de permettre des rapprochements entre des couples de personnes détenues et sans fondement clinique. De même, la mission a été informée de faits, très isolés, d'agressions sexuelles qui auraient été commis à l'encontre de patientes dans des UHSA. Du point de vue pénitentiaire, il est reproché aux équipes soignantes mais aussi aux directions des établissements de santé de rattachement, une information tardive dans la connaissance de ces faits et une absence d'utilisation par les directions des dispositions de l'article 40 du CPP.

Les informations transmises à la mission témoignent d'incompréhensions persistantes entre certains services pénitentiaires et sanitaires sur la nature de l'UHSA, unité hospitalière, régie donc par les règlements et les pratiques en vigueur en milieu hospitalier qui ne restreignent pas la mixité, à l'inverse de la détention. Il revient aux équipes soignantes de faire œuvre de pédagogie à cet égard et de renforcer les vigilances s'agissant de la protection due aux patientes.

D'une manière générale, il est fait état par les services de l'administration pénitentiaire d'incertitudes sur le respect de certaines prescriptions judiciaires ou pénitentiaires concernant des patients détenus¹⁴⁴. Prises isolément, ces situations trouvent généralement des réponses adaptées mais leur accumulation est source de tensions, accrue par l'absence de réunion institutionnelle.

1.4 L'hétérogénéité des pratiques et des projets se lit dans l'ensemble des données d'activité recueillies par la mission

1.4.1 Les indicateurs existants ne retracent que partiellement l'activité des UHSA

Pour éclairer ses visites de terrain, la mission a tenté d'exploiter les données mises à disposition des administrations de tutelle.

Elle a d'abord partagé avec la DGOS celles de l'observatoire des structures de soins aux personnes détenues (OSSD). Ces dernières demeurent fragiles notamment en raison de leur caractère déclaratif, et d'une inégale complétion¹⁴⁵. Ces données ne permettent en particulier pas de mesurer l'adéquation de l'offre de soins aux besoins de santé des personnes détenues.

La mission s'est également intéressée aux données produites dans le cadre du décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 qui autorise les ARS à collecter des données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement. Ces données, dites « HOPSY » peuvent en théorie permettre de connaître le nombre de détenus hospitalisés en EPSM (D. 398 du CPP) et la part de ceux orientés vers les UHSA. Mais, selon le ministère de la santé, elles manquent encore de fiabilité, notamment du fait des confusions entre les différentes modalités de soins sans consentement.

¹⁴⁴ Par exemple, s'agissant des règles de séparation entre prévenus et condamnés ou des interdictions judiciaires de communiquer pour les prévenus.

¹⁴⁵ Ainsi, par exemple, dans l'enquête réalisée en 2015, 77 unités sanitaires en milieu pénitentiaire (anciennement dénommées unités de consultations de et de soins ambulatoires –UCSA-) n'ont pas renseigné le nombre de consultations de sortie effectuées ; 94 n'ont pas renseigné le nombre de consultations programmées non réalisées.

Outre le questionnaire qu'elle a adressé aux UHSA¹⁴⁶, la contribution la plus décisive aux travaux de la mission a été l'extraction produite à sa demande par l'agence technique pour l'informatisation hospitalière (ATIH) à partir du RIM-P (PMSI psychiatrique¹⁴⁷). Ces données ont permis de disposer de données d'activité et de fonctionnement des UHSA. Mais elles sont également limitées par certains biais dûs aux modalités de saisie ou au non renseignement de certains items¹⁴⁸.

Pour le futur, la mission signale enfin la publication pour l'année 2019 de données d'activité plus fines dans le cadre du programme de pilotage des rapports d'activité des missions d'intérêt général (« PIRAMIG »¹⁴⁹), les UHSA faisant actuellement l'objet d'un recueil d'information dans le but d'évaluer la pertinence de leur dotation et d'en redimensionner le cas échéant le niveau de manière plus équitable.

1.4.2 Systématisés et produits en routine, d'autres indicateurs permettraient de compléter l'objectivation du fonctionnement et de l'efficience de ces unités

A côté de ces données partielles mais déjà disponibles, la mission a identifié des indicateurs à renseigner qui pourraient contribuer à mieux appréhender le fonctionnement et l'efficience des UHSA. L'encadré suivant établit une liste de quelques-uns de ces indicateurs :

- Suggestion d'indicateurs pouvant contribuer à la mesure d'efficience des UHSA

- *taux d'utilisation des unités par les établissements pénitentiaires éloignés, pour en apprécier le niveau de couverture réel ;*
- *taux de refus d'admission et les raisons en motivant la décision, avec l'idée de mieux documenter les processus et critères de régulation de la demande*
- *taux de patients en attente d'admission, qui, en complément des délais d'attente moyenne, permettrait d'objectiver le niveau de la demande et la nécessité éventuelle d'en orienter une partie sur des dispositifs de prise en charge alternatifs*
- *taux de rotation des lits, afin de disposer d'une approche plus dynamique de l'activité (entrées/sortie), cet indicateur témoignant des moyens mobilisés concrètement (escortes) pour la gestion des mouvements au sein des UHSA*
- *nombre d'admissions d'urgences vraies (besoin imminent d'hospitalisation), reflétant la réactivité et les marges de manœuvre opérationnelles des unités pour faire face aux situations imprévues, et permettant, par extension, de juger de leur place dans l'économie de gestion plus globale des urgences psychiatriques associant selon les cas EPSM, USIP, UMD et unités de type Badinter*
- *nombre de patients hospitalisés au long court, qui exprime la limite du système de prise en charge de ce type de patients trop malade pour retourner en détention mais pas assez pour relever du droit commun (irresponsabilité pénale) tout en constituant une charge pour la bonne activité de l'UHSA¹⁵⁰.*

Ces indicateurs pourraient être complétés par des données plus qualitatives portant sur :

¹⁴⁶ Cf. annexe n°4

¹⁴⁷ Programme de médicalisation des systèmes d'information qui permet de mesurer dans les établissements de santé, l'activité médicale et de la traduire en termes d'allocation de ressources.

¹⁴⁸ Par exemple, 40% des diagnostics sont inconnus sur l'UHSA sur Paris.

¹⁴⁹ Les missions d'intérêt général recouvrent notamment les activités hospitalières non tarifées à l'acte telles que les activités d'enseignement et de recherche, le financement des SAMU et des SMUR, de certains centres de référence, ou des structures type UHSA.

¹⁵⁰ Avec le nombre croissant de détenus aux pathologies lourdes et complexes, on peut craindre une multiplication de ce type de situations encore marginales bien que présentes dans la plupart des UHSA.

- *nature des articulations entre les différents services (collaborations affinitaires, présence de personnels en activité sur deux ou plusieurs services par le jeu des temps partiels ou des mutualisations) et leurs effets sur le fonctionnement de l'UHSA¹⁵¹*
- *nature, dans l'environnement de l'UHSA, de structures pouvant constituer des solutions complémentaires ou des relais aux prises en charge des patients détenus nécessitant des soins psychiatriques lourds (UMD, USIP ou autres) et leur utilisation en tant que telle*
- *nature et le niveau de recours aux dispositifs de sorties permettant une continuité effective des soins psychiatriques (SMPR, USMP, CMP) et de l'accompagnement médico-psycho-social (solutions d'hébergement, consultations extra-carcérale...)*
- *nature et le niveau de collaboration effective entre soignants et acteurs intervenants sur l'accompagnement social en vue de la poursuite ou la fin du parcours judiciaire (aménagement et suspension de peine)*

La prise en compte de tels indicateurs devrait faire l'objet d'une réflexion collégiale (acteurs de la prise en charge et gestionnaires) pouvant, le cas échéant, déboucher sur la co-production d'un rapport d'activité type aux fins de pilotage et d'évaluation des UHSA.

1.4.3 L'enquête conduite par la mission auprès des UHSA met en évidence leurs différences de prises en charge sans éclairer plusieurs points majeurs

Les constats faits sur site par la mission suggèrent une grande hétérogénéité d'organisation et de fonctionnement des UHSA liée tant aux projets médicaux qu'à certaines particularités locales : histoire du lieu d'implantation et des territoires d'adressage, démographie carcérale¹⁵², ressources médicales et pénitentiaires, place et rôle des autres acteurs dans le dispositif.

L'analyse générale de l'activité des UHSA, appréhendée à travers l'enquête mise en œuvre par la mission reflète, sans offrir un cadre d'analyse d'ensemble, en grande partie cette diversité.

Les files actives¹⁵³ s'échelonnent de 186 à 404 détenus par an, les plus importantes étant observées dans deux des trois UHSA à 60 lits et dans une UHSA à 40 lits. Selon les unités, les hospitalisations débutant avec le consentement du patient concernent de 30 à 75% des cas. Ces variations s'expliquent sans doute moins par la demande, toujours forte quel que soit l'endroit, que par la gestion physique des files actives et les stratégies cliniques déployées¹⁵⁴.

Sur ce point, il apparaît clairement que tous les acteurs n'ont pas la même vision du service rendu par les UHSA, surtout quand celui-ci ne fait pas l'objet d'une explicitation fonctionnelle et d'un repositionnement dans une offre de soins plus large.

Les autres facteurs d'hétérogénéité déjà mentionnés plus haut portent sur les délais de séjour (du simple au triple avec une moyenne qui se situe à 42 jours) et les taux d'occupation (de 64% à 97%), avec une tendance plus prononcée à accueillir les urgences et les situations de crises quand les DMS sont courtes et les files actives importantes.

¹⁵¹ L'existence de liens interpersonnels de qualité ou la présence de personnel commun entre le SMPR et l'UHSA permet à l'évidence de fluidifier les parcours mais emporte aussi le risque de fonctionner en circuit fermé au détriment de la vocation régionale de l'unité.

¹⁵² Les ratios nombre de détenus par lit varient également très fortement, du simple au triple (de 78 dans la DISP de Dijon à 228 dans celle de Paris).

¹⁵³ Nombre d'entrée sur une période donnée.

¹⁵⁴ Circuit entrant avec passage obligé par une unité de stabilisation, circuit parallèle en fonction du statut vis à vis des soins -SDRE ou HL-, forte ou faible sélectivité des patients).

S'agissant de la part des séjours inférieurs à deux mois, les UHSA se répartissent en trois groupes qui sont par ordre de fréquence décroissant¹⁵⁵. Ceci peut suggérer une forme implicite de spécialisation (également marquée par les écarts de répartitions des différents types de pathologie) entre UHSA qu'il conviendrait d'objectiver et de piloter.

Se situant dans un rapport de un à trois, les taux de ré-hospitalisation peuvent, pour leur part, attester d'une qualité de prise en charge insuffisante ou au contraire d'approches séquentielles s'inscrivant dans une démarche thérapeutique, sans qu'il soit possible de faire la part des choses.

Avant toute tentative d'harmonisation, il faut impérativement mieux comprendre l'origine de cette diversité, ce qui suppose de prendre en compte l'ensemble des déterminants en jeu (cliniques, environnementaux, institutionnels.) et de clarifier préalablement les objectifs des UHSA, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, en dépit des textes qui encadrent leur activité.

Pour illustrer les interrogations de la mission à cet égard, et en ne considérant que les cas extrêmes, il suffit par exemple d'observer les différences d'efficacité entre UHSA. Ainsi celle de Villejuif est caractérisée par un grand nombre de besoins potentiels avec un des plus faibles niveaux d'activité, la DMS la plus longue et un des plus bas taux d'occupation. A l'inverse, celle de Rennes, pour une demande potentielle presque aussi forte, affiche la DMS la plus courte, une des plus importantes files actives et un des plus fort taux d'occupation.

Au-delà des différences dans le profil des patients accueillis, ces écarts pourraient s'expliquer par de forts particularismes dans l'organisation et le fonctionnement des structures, des pratiques médicales et des objectifs poursuivis. Or cette question de la finalité est celle qui interroge le plus la mission : sous couvert d'une amélioration de l'état clinique des personnes, la démarche thérapeutique peut servir plusieurs objectifs (étape d'une prise en charge au long cours, dispositif de gestion de crise, soupape de sécurité pour l'administration pénitentiaire, parenthèse dans un parcours pénal au long court...) qu'il n'est pas toujours évident de démêler.

À cet égard, la mission estime que le problème principal lié à la création des UHSA tient à l'absence d'un dispositif d'évaluation opérationnel permettant de mesurer les différences de pratiques et leurs effets sur les patients. Les pratiques hétérogènes dans les différentes UHSA ne constituent pas un problème en soi, car cela est conforme aux pratiques médicales et permet la progression scientifique. En revanche, ne pas les évaluer constitue une véritable difficulté, l'ouverture des prochaines UHSA devant se faire sous condition de certains critères de localisation mais également en imposant une inscription plus organisée et structurée de leur fonctionnement dans un parcours de soins en psychiatrie, avec des précautions institutionnelles et techniques pour prévenir les effets de ségrégation.

C'est sur la base de ces constats qu'il faut susciter une analyse des pratiques et, si cela s'avère nécessaire, une réflexion de consensus permettant de lever les obstacles, identifier les questions de nature éthiques, cerner les points de convergences et établir des bonnes pratiques.

¹⁵⁵ Orléans, Nancy, Lille et Rennes (87-95%), Marseille, Bordeaux et Toulouse (78-80%) et Paris et Lyon (63-65%).

2. FAUTE DE DEFINITION PRECISE DE LEUR POSITIONNEMENT AU SEIN DE L'OFFRE DE SOINS PSYCHIATRIQUES, LES UHSA PEINENT A CONTRIBUER A LA CONSTRUCTION D'UN PARCOURS DE SOINS COHERENT POUR LE PATIENT-DETENU

2.1 Les UHSA ont amélioré, sans réellement la structurer, l'offre de soins proposée aux détenus souffrant de troubles psychiatriques

2.1.1 Les UHSA marquent une étape dans l'affirmation et l'organisation de la prise en charge sanitaire des détenus souffrant des troubles psychiatriques

Les UHSA n'entendent pas trancher la contradiction qu'il peut y avoir entre état psychiatrique d'un détenu et le sens de l'exécution de sa peine. Elles s'inscrivent en revanche dans les progrès opérés depuis la seconde guerre mondiale, dans notre pays, de la notion de « défense sociale » ; cette dernière renvoie à plusieurs courants théoriques qui partagent l'idée que les avancées de la lutte contre le crime reposent sur une meilleure prévention de celui-ci, mais également sur un meilleur traitement des criminels¹⁵⁶.

Outre l'amorce de l'approche inclusive par le premier directeur de l'administration pénitentiaire Paul AMOR, la création puis la structuration, en 1986, des 26 SMPR¹⁵⁷ a permis d'appréhender la santé des détenus souffrant de troubles mentaux en termes d'offre et de parcours de soins. Il s'est agi notamment de définir leurs missions¹⁵⁸, le cadre déontologique d'activité de leurs personnels¹⁵⁹, mais aussi de les organiser en lien avec le service général de psychiatrie¹⁶⁰.

Le principe est de proposer les mêmes soins qu'à l'extérieur, adossés à des politiques nationales de santé : la psychiatrie en milieu pénitentiaire est avant tout une psychiatrie générale, connectée aux dispositifs extra-carcéraux, renvoyant notamment au principe de sectorisation.

Dans le prolongement de cette dynamique, la création des UHSA a permis d'offrir une prise charge hospitalière de droit commun en précisant l'organisation de cette dernière selon une approche en apparence identique aux principes de la planification sanitaire : égalité d'accès aux soins et distinction des structures par niveaux d'intervention.

Ainsi, l'implantation des neuf premières UHSA répond :

- d'une part, à un principe apparent d'égalité puisque chaque direction interrégionale des services pénitentiaires est dotée d'une unité, même avec des distances variées entre des établissements pénitentiaires et leur UHSA au sein d'une même inter-région ;

¹⁵⁶Camille Lanceleuve : Enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne. Sociologie. EHESS-Paris, nov. 2011.

¹⁵⁷Décret n°86-602 du 14 mars 1986 et arrêté du 14 décembre 1988 relatif au règlement intérieur type fixant l'organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire ; loi n°94-43 du 18 janvier 1994.

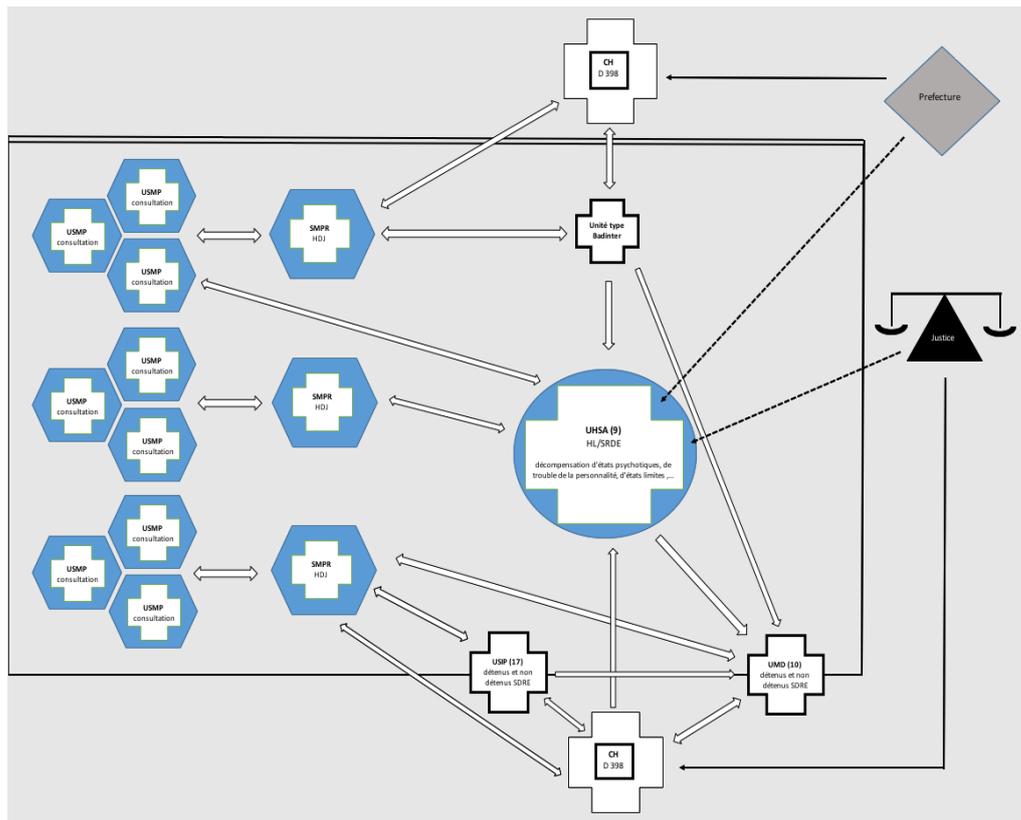
¹⁵⁸ Parmi celles-ci, la « prévention des affections mentales en milieu pénitentiaire », le « dépistage systématique des troubles psychiques des entrants », la « mise en œuvre des traitements psychiatriques nécessaires aux détenus », le « suivi psychiatrique postpénal en coordination avec les équipes du secteur » ou encore la « lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies en milieu pénitentiaire ».

¹⁵⁹ Circulaire n°1164 du 5 décembre 1988 relative à l'organisation de la psychiatrie en milieu pénitentiaire.

¹⁶⁰ Ces derniers continuent en effet d'accueillir les personnes détenues lorsque leur état est jugé incompatible avec un maintien en détention (D. 398 du CPP) et doivent évidemment aussi prendre en charge les personnes libérées de prison si nécessaire.

- d'autre part, le projet d'avoir une offre de soins graduée et lisible en trois niveaux de soins pouvant se comparer à la psychiatrie générale. Avec un premier niveau de soins ambulatoire en établissement pénitentiaire ; un deuxième niveau proposant une hospitalisation de jour et enfin les UHSA proposant l'hospitalisation sous contrainte ou avec consentement et reposant sur une logique dominante de coordination avec les SMPR (cf. figure n°1).

Figure 1 Positionnement des UHSA dans les flux de détenus nécessitant des soins psychiatriques



En réalité, cette présentation ne correspond que partiellement à la réalité comme le montre la figure n° 2 puisque les SMPR n'adressent aux UHSA que 10% des patients admis et que les UHSA, en retour, n'organisent une prise en charge aval dans leur direction que pour 6% de leurs patients en sortie d'unité.

2.1.2 Ces avancées recouvrent des capacités, des pratiques médicales et des couvertures territoriales hétérogènes

Toutes choses égales par ailleurs, l'évaluation du fonctionnement général des UHSA, comme celui de l'ensemble des autres structures dédiées, en tout ou partie, à la prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques, est biaisée par la faiblesse des moyens en regard des besoins. Cette disparité explique souvent que leurs projets médicaux, leurs pratiques et leurs priorités, puissent fortement différer sans que la légitimité de la population accueillie en unité puisse être suffisamment appréciée dans la double perspective de l'égalité d'accès aux soins et de la cohérence des parcours. Cette réserve méthodologique est importante. Elle a conduit la mission à fortement nuancer certains de ses constats, prenant également acte de la faiblesse des études épidémiologiques.

En plus des éléments généraux évoqués précédemment (cf. supra § 1.1.1), la mission relève qu'en matière de prise en charge psychiatrique des détenus, l'insuffisance globale des moyens est criante. Ainsi, en 2005, l'enquête de référence sur la prévalence des troubles psychiatriques¹⁶¹ estimait que 12,5% des détenus sont gravement ou très gravement malades (environ 8000) au plan psychiatrique. Sur la base de ces données, on peut raisonnablement situer les besoins d'hospitalisation sur une année donnée à ce niveau, étant de surcroît observé que depuis cette étude, les besoins ont vraisemblablement encore cru. Le tableau suivant série le degré d'affection de cette population.

Tableau 9 Niveau global de la gravité de l'état de la personne selon les enquêteurs (hommes hors DOM)

Catégories (structure enquête)	Prévalence	Estimation du nombre de détenus correspondants
« Sans pathologie mentale ou à la limite »	29%	19 430
« Légèrement malade »	15%	10 050
« Modérément malade »	20%	13 400
« Manifestement malade »	23%	15 410
« Gravement malade »	10%	6 700
« Parmi les plus malades »	2,5%	1 675

Source : Mission d'après enquête DAP DGS 2004-2005.

Vraisemblablement, seule une partie de ces besoins est aujourd'hui exprimée et prise en compte. A cet égard, la mise en œuvre des UHSA a eu un effet révélateur puisqu'elles ont accueilli en quelques années près de 2000 patients par an sans que le nombre de détenus hospitalisés par ailleurs (EPSM, UMD, SMPR) ne baisse globalement¹⁶². Entre les données disponibles sur les hospitalisations de détenus au titre des dispositions de l'article D. 398 du CPP (4000 détenus par an), celles issues des files actives des SMPR (entre 1500 et 2000 par an), des UMD/USIP (200 détenus par an) et des UHSA (2000 détenus effectivement accueillis en 2017), ce sont donc près de 8000 détenus que l'on peut estimer être pris en charge par an hors détention pour un problème d'ordre psychiatrique.

¹⁶¹Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (étude pour le ministère de la Santé (direction Générale de la Santé) et le ministère de la justice (Direction de l'Administration Pénitentiaire), décembre 2004.

¹⁶²Cf. Sénat. Rapport d'information n° 612 (2016-2017) « UHSA : Construire Pour Soigner », de Laurence Cohen, Colette Giudicelli et Brigitte Micouleau, sénatrices.

En théorie, l'offre de places susceptibles d'accueillir pour un séjour plus ou moins long des détenus souffrant de troubles psychiatriques dans un environnement soignant de type hospitalier hors droit commun (SMPR, USIP, UMD, UHSA, unité Badinter et structures dérivées) est de l'ordre du millier, ce qui correspond à un nombre de détenus pouvant être accueillis dans l'année, aux alentours de 5000¹⁶³.

Si la question de l'adéquation de l'offre aux besoins tient pour partie à une meilleure articulation des ressources existantes¹⁶⁴, les 265 places prévues dans la deuxième tranche d'UHSA, qui pourraient correspondre à 1500 prises en charge/an sur la base des données d'activité actuelles, ne suffiront pas à absorber l'ensemble des hospitalisations de détenus au titre des dispositions de l'article D. 398 du CPP et les besoins non encore repérés¹⁶⁵.

À ce titre, la part assumée par les EPSM va demeurer importante en considération de l'écart entre ce que le dispositif hors droit commun peut accueillir et le niveau réel des besoins de prise en charge. Cet état de fait correspond d'ailleurs à la nécessité, pour la mission, de maintenir une bonne articulation entre la prise charge particulière aux détenus souffrants de troubles psychiatriques et l'ensemble des autres acteurs de la psychiatrie hospitalière.

Une fois ce constat d'ensemble établi, la mission relève que le dispositif d'UHSA s'est organisé sans que soient réunies les conditions d'une bonne efficience. Ainsi sont observés¹⁶⁶ :

- des capacités variables, dont le calibrage ne repose sur aucune donnée d'enquêtes épidémiologiques précises et actualisées sur la prévalence des troubles mentaux ;
- des projets médicaux spécifiques (fortement liés aux personnes et aux contextes historiques) et parfois difficiles à concilier dans un contexte où les mêmes termes employés peuvent renvoyer à des pratiques différentes¹⁶⁷ ;
- une position réelle dans les parcours de soins, mais difficile à évaluer et ce d'autant que la disparité entre l'offre et la demande de soins conduit les UHSA à concevoir leur position dans le dispositif de prise en charge de façon très différente. Ainsi que le montre la figure 2 ci-après, le positionnement des UHSA comme unités de recours de niveau 3 est loin d'être clairement établi en termes de flux de patients, non plus que les séquences de soins privilégiées par chaque UHSA.

¹⁶³ Dans la pratique, la capacité observée est moindre pour les UHSA (2000 détenus accueillis en 2017), ce qui, en plus des imprécisions de cette modélisation sommaire, tient sans doute en partie à un déploiement encore incomplet de l'UHSA de Marseille. Il est également possible que la capacité des UMD soit un peu surévaluée. Quant aux files actives des SMPR, la DPA les estimait à 2000 en 2014 mais les chiffres fournis en 2017 à la mission sont moins importants de plusieurs centaines.

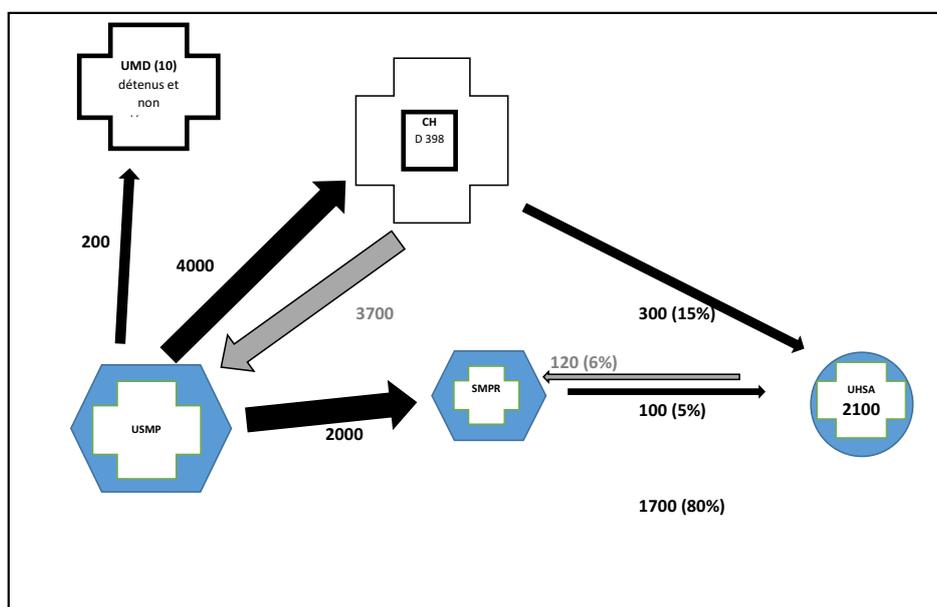
¹⁶⁴ S'interroger par exemple sur les mesures à prendre pour que les SMPR et, dans une moindre mesure les UHSA, accueillent davantage de patients.

¹⁶⁵ Les besoins des 8400 détenus à graves problèmes devraient tout juste être pris en compte en sommant la capacité liée à ces nouvelles places et les capacités hospitalière de droit commun et hors droit commun (1500+7000).

¹⁶⁶ Cf. fiches-profil des UHSA en annexe n°8.

¹⁶⁷ Qu'il s'agisse des procédures d'admission (en urgence ou pas ; avec ou sans passage préalable en EPSM) ou les statuts d'admission (SDRE/HL) et leurs effets sur les droits des patients-détenus.

Figure 2 : Origine des flux estimés vers les UHSA



Source : Mission d'après données DAP-DGOS 2014 et données ATIH 2017.

Un travail de mise en cohérence des projets médicaux, sur des bases épidémiologiques précises, d'un examen des flux territoriaux d'adressage entre les différentes unités est nécessaire. A défaut, le dispositif peinera à affirmer sa cohérence au regard de la faible prise en compte de la démographie carcérale associée à l'inégalité territoriale pour certains détenus les plus éloignés, de la surreprésentation de la population des centres pénitenciers les plus proches des UHSA ou d'un SMPR, et de la présence de détenus pour lesquels l'exécution de la peine n'a pas ou plus de sens.

Recommandation n° 12. Planifier la localisation et les capacités des UHSA en se fondant sur une meilleure connaissance des besoins et de l'offre psychiatrique et somatique de droit commun.

2.2 Un enjeu central : l'équivalence des soins et l'accès au parcours de soins de droit commun

À titre préalable, trois principes fondamentaux consensuels se sont dégagés et guident les éléments qui suivent :

- les soins psychiatriques, comme les soins somatiques, apportés aux personnes détenues ou sous main de justice doivent répondre au principe de l'équivalence de soins, reconnu notamment par l'OMS ;
- les UHSA sont d'abord des unités de soins, certes sous garde pénitentiaire¹⁶⁸ mais le soin en est le cœur d'activité ;
- la prise en charge en UHSA doit être inscrite dans un parcours de soins dont elle ne constitue qu'une étape.

¹⁶⁸ Il appartient aux équipes soignantes de solliciter l'intervention des personnels pénitentiaires à l'intérieur des unités qui viennent prêter main-forte.

2.2.1 *Une offre de soins psychiatriques variée, pas toujours lisible ni toujours bien mobilisée*

La mission a constaté que l'offre de soins existante dans l'environnement des UHSA est à la fois mal connue et mal utilisée par les acteurs. Cette confusion des genres, liée à une mauvaise identification des indications et à un manque de communication entre les différents intervenants (prescripteurs, opérateurs et régulateurs) contribue en partie au mésusage des UHSA vers lesquelles sont orientées des patients qui devraient relever d'autres structures.

2.2.1.1 *Un traitement des crises et des urgences à géométrie variable*

Les entretiens conduits par la mission suggèrent que le déploiement des UHSA n'a pas répondu au traitement des situations de crise ni à l'urgence. Des médecins intervenant en maison d'arrêt ont ainsi indiqué que les délais d'attente pour une admission à l'UHSA ne permettaient pas d'y adresser les crises de décompensation¹⁶⁹. Les détenus dans ce type de situations sont le plus souvent orientés vers les EPSM dans le cadre des dispositions de l'article D. 398 du CPP.

Mais, faute d'accès à des solutions disponibles en urgence, les chefs d'établissement pénitentiaire sont parfois contraints, en attente d'une prise en charge psychiatrique rapide, quel qu'en soit le motif¹⁷⁰, de placer provisoirement une personne détenue en Cellule de protection d'Urgence (CProU).

Les conditions dans lesquelles les admissions à l'hôpital de proximité sont effectuées suscitent en effet des réticences de la part des équipes soignantes. Quand elles se font, elles donnent lieu à un recours presque systématique à l'isolement¹⁷¹ (cf. *supra* §1.1.2).

Selon les endroits, les préfets et les magistrats peuvent jouer un rôle déterminant dans les orientations vers les UHSA, parfois en dehors de toute pertinence clinique, qu'il s'agisse d'une posture de sécurisation systématique pour éviter le risque de fugue lié au placement en EPSM de détenus incarcérés ou pour prévenir la supposée dangerosité d'une personne détenue.

D'autres structures peuvent accueillir les urgences telle l'unité de soin intensif psychiatrique (USIP), intermédiaire entre unités de soins classiques et unités pour malades difficiles (UMD, cf. *infra* § 2.2.1.1), destinée aux patients hospitalisés sans consentement, dont certains sont détenus, qui présentent une perturbation aiguë d'un trouble mental sévère¹⁷². La durée de séjours est de 2 mois maximum avec retour vers le service d'origine ou transfert en UMD si nécessaire. Au dire des professionnels rencontrés par la mission, ces deux types de structures sont insuffisamment utilisés pour les personnes détenues en situation de crise.

¹⁶⁹ A la maison d'arrêt d'Angoulême, le recours aux hospitalisations en application des dispositions de l'article D. 398 du CPP est de l'ordre d'une douzaine par an, tandis que sur une période équivalente, seule une admission à l'UHSA de Cadillac a pu être effectuée.

¹⁷⁰ Les CProU sont dédiées à la gestion de la crise suicidaire. Note DAP du 21 août 2009.

¹⁷¹ A la différence des soins somatiques, la réglementation ne prévoit pas d'organisation de garde ni de chambres sécurisées.

¹⁷² Etat de crise avec violence et troubles majeurs du comportement ne pouvant pas être pris en charge dans un service de psychiatrie général, nécessitant un cadre contenant. Il s'agit d'une unité fermée, sécurisée de 10 à 15 lits avec une équipe pluri-professionnelle où les admissions se font sur accord médical, avec sectorisation préalable et engagement de reprise.

2.2.1.2 *La place mal assurée des SMPR entre soins simples et hospitalisation à temps plein*

Afin de construire un parcours de soins pour les personnes détenues, un examen du rôle et de la position des SMPR est indissociable de celui à mener sur les UHSA.

Les fragilités des SMPR sont bien identifiées : historiquement, le choix de l'implantation des 26 SMPR s'est fait au détriment des établissements pour peine et des maisons d'arrêt de petite ou moyenne dimension. Le caractère régional du fonctionnement des SMPR, destiné à compenser ces faiblesses, est, dans la réalité, peu affirmé. Les SMPR limitent trop souvent leur action au seul établissement pénitentiaire de leur implantation. Par ailleurs, il existe une grande disparité des moyens psychiatriques affectés à des établissements de même catégorie sans que cela soit corrélé à une disparité des besoins. Enfin, il existe une sélection d'une part du fait du volontariat à être affecté dans ces quartiers et d'autre part de l'absence d'admission des femmes et des mineures.

Enfin, les articulations avec les UHSA ne sont pas aussi évidentes qu'attendues. L'action des SMPR semble très modeste à la sortie de l'UHSA, notamment lorsqu'une prise en charge intensive en ambulatoire est encore nécessaire comme le montre la figure n°2 ci-dessus.

Ainsi, il est difficile de dire si ces services jouent bien leur rôle en amont des hospitalisations en UHSA : recevant annuellement entre 1500 et 2000 personnes détenues adressées par les USMP, ils n'en réorienteraient vers les UHSA qu'une faible partie (environ 5 %). Tout se passe comme si les soins qu'ils délivrent étaient suffisants, les SMPR assumant efficacement la fonction de filtre qui peut être attendue d'un niveau 2. Mais, au regard de la part très importante des adressages directs vers les UHSA en provenance du niveau 1 (80%), cette fonction apparaît en réalité très marginale dans le dispositif global.

En tout état de cause, les SMPR n'apparaissent pas comme une étape obligée dans le parcours de soins ce qui remet en cause le principe de gradation en niveau 1 à 3. Même en ne prenant en compte que les démarches volontaires¹⁷³, soit environ la moitié des admissions en UHSA¹⁷⁴, ils ne représentent un point de passage que dans 10% des cas. S'agissant de la continuité des soins après un passage en UHSA, la réorientation vers les SMPR ne concernerait également qu'une faible part des patients (6%).

Au-delà des limites inhérentes aux fonctionnements des SMPR¹⁷⁵, il est probable qu'un certain nombre de patients vus au sein des USMP présentent de tels tableaux cliniques que la question de leur hospitalisation ne fait pas de doute, rendant inutile, voire même contre-productive une sollicitation du SMPR.

2.2.1.3 *Possiblement sous-utilisées, les unités pour malades difficiles (UMD) ne peuvent cependant répondre aux situations d'urgence*

Les UMD, structures de soins sécurisées mais non carcérales ont vocation à recevoir des patients incapables de s'adapter aux soins. Il s'agit de personnes aux comportements violents répétés, chimio-résistants, parfois auteurs d'actes médico-légaux graves et incompatibles avec des formes de vie collective et une prise en charge classique.

¹⁷³ les SMPR n'accueillant que des détenus consentant aux soins.

¹⁷⁴ Un peu plus de 1000 par an.

¹⁷⁵ Très inégale inaccessibilité et sous-fonctionnement marqué par un faible taux d'occupation moyen, faute de demandes exprimées et/ou de moyens humains pour y faire face. Cf. annexe n° 5.

La durée de prise en charge, au minimum de six mois varie en réalité en fonction de l'état du patient mais aussi des capacités de reprises des établissements de santé mentale d'origine.

La mission n'était pas saisie d'une évaluation de ces structures, mais des éléments dont elle dispose, il ressort que les UMD présentent une lourdeur administrative dans les procédures se traduisant par une saturation des demandes d'admission et des prises en charge trop longues. Avec des délais d'attente pouvant aller jusqu'à six mois, les UMD ne peuvent répondre à des demandes urgentes ou à des situations critiques.

De surcroît, s'agissant de leurs liens possibles avec les UHSA, les données disponibles montrent que très peu de patients admis sont des personnes détenues. Trois UMD sont pourtant implantées dans la même emprise que des UHSA, ce qui ne génère pas de synergies particulières.

2.2.1.4 *Le centre pénitentiaire de Château Thierry relève davantage d'une modalité pénitentiaire de gestion bienveillante de la détention que d'une étape dans un parcours de soins*

Le CGLPL, écrivait, en 2009, lors de sa première visite au CP de Château-Thierry : « *dès que les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), prévues par la loi d'orientation et de programmation pour la justice de 2002, seront fonctionnelles, il conviendra de s'interroger sur la place et le rôle de la Maison Centrale de Château-Thierry, en complémentarité ou en tant qu'alternative pour certains détenus* ». La mission a pu déduire de sa visite à l'établissement de Château-Thierry et des éléments portés à sa connaissance que le temps d'affectation des personnes détenues au centre pénitentiaire relevait davantage d'un séjour pénitentiaire de rupture que d'un parcours de soins.

Le quartier maison centrale de Château Thierry reçoit 80% de détenus psychotiques. Un processus spécifique d'affectation permet à l'administration pénitentiaire de transférer des personnes détenues, choisies par elle selon certains critères définis par voie de circulaire¹⁷⁶, afin qu'elles y séjournent temporairement afin de « *restaurer [leurs] liens sociaux et [qu'elles] se réadaptent à la détention ordinaire* ». La fin du séjour est d'ailleurs également décidée et organisée par la seule administration pénitentiaire, comme pour une affectation ordinaire, sans avis médical.

Durant son séjour dans cette structure de taille humaine – mais vétuste et aux conditions de détention relativement dégradantes¹⁷⁷ – la mission a pu constater que les personnes détenues bénéficient d'une grande bienveillance de la part des personnels pénitentiaires, habitués à la prise en charge de ces publics.

¹⁷⁶ Détaillé dans l'article 5 de la section II de la circulaire DAP du 21 février 2012 relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues.

¹⁷⁷ Ce point est régulièrement relevé dans les différents rapports de visite du CP de Château-Thierry, notamment ceux du CGLPL ou des parlementaires : l'établissement de 101 places a été construit en 1850, ne compte que des cellules dont la surface est de 6m² et où la hauteur des fenêtres permet rarement à la personne de voir l'extérieur.

Ainsi, s'il est difficile de parler d'établissement contribuant au parcours de soins, il existe un véritable savoir faire des agents pénitentiaires dans la gestion des troubles du comportement des détenus avec une connaissance de la personne en difficulté psychiatrique et/ou présentant des troubles du comportement utile pour faire désamorcer les crises et les conflits¹⁷⁸. Le personnel de l'USMP est également mobilisé, bien intégré au dispositif et collabore activement avec l'administration pénitentiaire¹⁷⁹.

Si cet établissement ne peut pas être considéré comme un établissement permettant une prise en charge psychiatrique adaptée¹⁸⁰, la mission estime que cette prise en charge, professionnelle et bienveillante est un instrument utile pour l'administration pénitentiaire.

L'objectif donné par la circulaire de l'administration pénitentiaire au séjour des personnes détenues au centre pénitentiaire de Château-Thierry est pénitentiaire. S'il est légitime en termes de prise en charge de la population pénale, il ne doit plus, après la loi de 1994 qui a confié à l'hôpital public la responsabilité des soins en prison et celle de 2002 portant création des UHSA, porter de confusion sur ce point¹⁸¹.

2.2.1.5 Les besoins auxquels répondent des structures spécifiques

La création, en 2012, d'une unité dénommée « Robert Badinter » au sein de l'établissement de santé mentale de Saint Etienne du Rouvray, par ailleurs établissement de rattachement du SMPR de la maison d'arrêt de Rouen, répondait, à l'origine, à une problématique de sécurité similaire pour les personnes détenues hospitalisées en application des dispositions de l'article D.398 du CPP dans les CHS autour de Rouen¹⁸².

Les difficultés rencontrées par ces différents établissements sanitaires de proximité pour sécuriser les services recevant des personnes détenues et leur assurer une meilleure qualité de prise en charge, ont contraint à un regroupement sur un seul secteur géographique de l'offre de soins hospitalière aux détenus atteints de troubles psychiatriques. L'application des dispositions de l'article D.398 du CPP est d'autant plus prononcée que les UHSA de Lille et Rennes se situent toutes les deux à trois heures de route.

L'administration pénitentiaire a participé à l'élaboration des règles de sécurité sous forme de préconisations. L'établissement sanitaire les a prises en compte, en allant même jusqu'à grillager le toit de la cour de promenade. L'unité a connu, depuis sa création il y a six ans, seulement trois tentatives de fugue, deux agressions de personnels et deux appels à la police, chiffres sensiblement similaires à ceux d'une unité normale du CH.

¹⁷⁸ Le CGLPL, dans son rapport de visite de 2015 précisait que « l'effectif du personnel de santé n'apparaît pas compatible avec l'état de santé psychiatrique et somatique des personnes incarcérées » et que, « dans le domaine des soins psychiatriques, la situation est préoccupante ».

¹⁷⁹ Au centre pénitentiaire de Château-Thierry, les personnels soignants sont présents et participent aux Commissions Pluridisciplinaires Uniques (CPU) qui examinent la situation de chaque détenu et qui sont présidées par le chef d'établissement pénitentiaire.

¹⁸⁰ Il y a certes une offre de soins somatiques et psychiatriques mais la crise ou les états aigus sont orientés le cas échéant vers l'USIP voisine de l'EPSM de Prémontré.

¹⁸¹ Voir annexe 11.

¹⁸² MA Rouen et CD de Val-de-Reuil dans un premier temps puis CP du Havre.

L'objectif de cette unité est de répondre à l'état de crise psychiatrique des patients et d'initier le traitement par la suite (urgences, situations où quelques heures ou quelques jours d'hospitalisation peuvent suffire) par une préparation à une future orientation sur l'UHSA¹⁸³. La stabilisation de l'état psychiatrique n'entre pas dans le projet médical avec une DMS de 12 jours. Au-delà, le patient-détenu est adressé à l'UHSA. Les personnels soignants et médicaux estiment que l'unité a permis d'améliorer considérablement les conditions de soins des patients. Présentée comme une préfiguration d'UHSA, l'unité Badinter en dépasse le périmètre, tant par l'amplitude des indications que l'importance des moyens soignants dédiés et la qualité du maillage avec les EP du ressort. À ce titre, elle peut représenter un modèle de prise en charge intéressant qui semble exister au moins sous une forme moins achevée dans d'autres lieux (Montesson, Roanne, Évreux...). Il n'existe cependant pas de cartographie à l'échelle nationale de ces unités.

En tout état de cause, la modélisation de ce type de structure emporte de nombreuses contraintes de faisabilité : parmi les prérequis figurent notamment la volonté d'un hôpital et un service de psychiatrie, des locaux adaptés et des moyens dédiés importants, une forte implication de l'ARS et une bonne coordination de l'ensemble des acteurs.

Toutes ces structures, par-delà leurs spécificités, ont vocation à compléter tant l'offre de soins de droit commun que les missions spécifiques des UHSA.

2.2.2 L'inscription imparfaite des UHSA dans l'offre globale de soins psychiatriques

Parce qu'ils sont d'intensité et de complexité variables, les besoins en soins psychiatriques requièrent des modalités de prises en charge graduées et adaptées à l'état des patients.

En milieu pénitentiaire, ce fonctionnement en entonnoir se décline à travers une activité ambulatoire de premier niveau¹⁸⁴ qui s'articule en tant que de besoin avec l'accueil et le suivi de second niveau dispensé au sein des SMPR (hospitalisation à temps partiel..) et des USMP équipés de lits d'hospitalisation.

Ces deux premiers niveaux ont en commun de reposer sur une démarche volontaire (soins libres)¹⁸⁵, et de se caractériser par des ressources et des qualités de prestations assez hétérogènes. Ainsi, certains USMP ne disposent que d'une consultation psychiatrique sporadique et irrégulière quand d'autres sont en mesure d'accueillir des patients en hospitalisation de jour. De même, quelques SMPR ne permettent pas ou peu d'hospitalisation de jour faute de moyens (lits, ressources médicales) alors que d'autres peuvent admettre un nombre important de patients pour des durées parfois importantes.

Le troisième niveau correspond aux hospitalisations à temps complet ; il ne peut se réaliser qu'au sein des EPSM sous le régime des dispositions de l'article D. 398 du CPP, des UHSA et des UMD en fonction de l'appréciation des besoins.

Du point de vue de la gradation des soins, ce niveau trois est une fiction théorique dans la mesure où la plupart des orientations en EPSM et UHSA se font directement des USMP. De surcroît, la mission observe l'existence d'un sous-recours aux EPSM et aux

¹⁸³ L'unité Badinter a accueilli en 2017, 130 détenus correspondant à 180 hospitalisations.

¹⁸⁴ Dispositif de soins psychiatrique qui propose des consultations et activités en centre d'activité thérapeutique à temps partiel au sein USMP présents dans l'ensemble des établissements pénitentiaires.

¹⁸⁵ En revanche, le SMPR a la particularité d'opérer une forme de sélection des publics en lien avec sa localisation et les modalités de recrutement qui surreprésentent les USMP qui en dépendent ainsi que les MA au détriment de CD, et excluent les femmes et les mineurs.

UMD, pour des raisons associant considérations techniques (manque de place et de moyens adaptés) et positions plus subjectives (difficulté de mélanger les publics médico-légaux et non médico-légaux, appréhension liée au statut de détenus et aux risques possibles de violence et de fugues).

De surcroît, selon de nombreux acteurs, les UHSA ne fonctionnent pas de manière satisfaisante du fait de mésusages institutionnels (identification, compréhension, recours) mais aussi du manque de fluidité dans l'articulation avec les autres établissements sanitaires, SMPR, unités sanitaires et centres hospitaliers spécialisés de proximité. Cela aboutit à des séjours morcelés avant un retour en détention, pouvant fragiliser les acquis de la prise en charge en UHSA.

Par ailleurs, comme cela a déjà été évoqué, les publics admis en UHSA font parfois l'objet d'une sélection non exclusivement fondée sur des critères cliniques : rôle de la pression démographique qui aboutit à ne retenir que certains profils très lourds, orientations « régaliennes » liées à l'intervention de certains préfets et de certains magistrats, attractivité ou dureté des conditions de vie qui joue sur la demande volontaire, admissions pour raisons diverses non directement liées à la pathologie psychiatrique (difficultés liées à l'incarcération, séjour dit de rupture avec l'environnement carcéral, ...).

Malgré le cahier des charges et la circulaire de fonctionnement, l'hétérogénéité des projets et l'absence de pilotage territorial et national conduit généralement à exclure les patients des UHSA des parcours de soins ou à permettre des admissions inappropriées.

Enfin, la fiction d'une approche par niveaux et le rôle accessoire joué par les SMPR témoignent aussi de cette absence d'identification et de positionnement des UHSA dans l'offre de soins, et donc les risques de mésusage qui en découlent.

Pour pallier ces risques, les réunions de prescripteurs mises en place dans certaines régions (Nancy, Lyon, Marseille, Bordeaux) sont une première réponse qu'il faut conforter.

Recommandation n° 13. *Valoriser et généraliser les initiatives de rencontre entre les prescripteurs et les structures d'accueil afin d'améliorer l'identification, la compréhension et l'usage des UHSA dans le parcours de soins des patients détenus.*

3. LES UHSA DEVRONT A L'AVENIR S'INSCRIRE DANS UNE PLANIFICATION FAVORISANT LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT-DETENU

3.1 A titre préalable, la mission estime nécessaire de développer des alternatives à la détention des personnes souffrant de graves troubles mentaux

3.1.1 Renforcer les investigations présentencielles pour prévenir l'incarcération des personnes souffrant de troubles mentaux avérés

3.1.1.1 Les constatations de la mission

Lors de ses différents déplacements comme lors des nombreux entretiens qu'elle a conduits au niveau national, la mission a pu constater que la question de la présence croissante de personnes affectées de troubles mentaux en détention et plus généralement dans l'ensemble du système de justice pénale revenait comme une préoccupation permanente des différents acteurs. Reposant sur le constat énoncé dès 2006 par le comité national d'éthique que nombre d'entre elles n'ont pas leur place en détention, la mission s'est interrogée sur la nécessité de limiter la judiciarisation croissante des personnes présentant des troubles psychiques.

Ainsi que cela a été relevé précédemment (cf. *supra* § 1.2.1.2), la question des irresponsabilités pénales est généralement mal appréhendée par le dispositif de soins psychiatriques.

Le nombre de déclarations d'irresponsabilité est en augmentation constante depuis quelques années, celui des abolitions partielles du discernement n'est pas connu, alors que ces cas révèlent l'existence de troubles psychiques insuffisamment graves pour conduire à une levée d'écrou. S'y ajoutent les conséquences du traitement en temps réel et de la recherche de la réponse pénale systématique¹⁸⁶. Ceci a pour effet de conduire, faute d'une évaluation sérieuse de la situation de la personne présentée ou déférée, via la comparution immédiate, à un nombre accru de placement sous mandat de dépôt de personnes pour lesquelles la prison est considérée comme un lieu où des soins pourront être menés.

La mission estime que cette confusion doit conduire à des clarifications, par voie de circulaires, mais aussi par un travail d'information et d'animation auprès notamment des magistrats.

¹⁸⁶ Comme l'a indiqué un procureur à la mission : « *Je ne cherche pas à savoir si une personne en garde à vue a des troubles mentaux ou pas, je judiciarise et après on voit* ».

3.1.1.2 Une organisation du présentiel à adapter

Ainsi que le remarquent plusieurs rapports parlementaires¹⁸⁷ et comme y incitent plusieurs instances européennes ou internationales, ou le comité consultatif national d'éthique, les personnes affectées de troubles mentaux relèvent pour une part d'une prise en charge médicale et sanitaire plus que judiciaire et pénitentiaire. Encore faut-il que, lorsque l'expression du trouble mental se traduit par un passage à l'acte délictuel, une claire répartition des rôles entre les autorités judiciaires et pénitentiaires d'une part et sanitaires d'autre part, soit établie.

Cette clarification repose sur un renforcement des capacités d'évaluation des personnes le plus en amont possible du procès pénal. La mission de ce point de vue a recueilli les observations de plusieurs organisations professionnelles qui plaident en faveur d'une césure affirmée du procès pénal, distinguant le temps de la reconnaissance de culpabilité du temps du choix de la sanction ou de la mesure.

Le projet de loi de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice en cours d'examen devant le Parlement renforce par plusieurs aspects le recueil des éléments de personnalité. Aussi, la mission a-t-elle estimé que, dans ce nouveau cadre juridique et en raison du renforcement des moyens alloués aux services pénitentiaires d'insertion et de probation, il revenait à la direction de l'administration pénitentiaire d'examiner les conditions d'un renforcement pluridisciplinaire de ces services.

Deux options semblent possibles :

- soit un renforcement des recrutements de psychologues au sein des SPIP, afin de permettre d'apporter un éclairage aux magistrats sur l'existence de difficultés d'ordre mental rencontrées par la personne et éventuellement de remettre en place les prises en charge médico-psychologiques ;
- soit, à titre expérimental, d'initier la formation d'équipes pluridisciplinaires mixtes composées de CPIP et de personnels soignants, sous la supervision d'un médecin.

Ces deux options si elles étaient examinées devraient avoir pour finalité de limiter le recours à l'incarcération des personnes présentant des troubles mentaux caractérisés et pour lesquelles des prises en charge sanitaires en hospitalisation complète ou en hôpital de jour seraient plus appropriées à leur état de santé. Elles devraient s'inscrire dans une perspective générale d'un renforcement de l'intervention des SPIP dans l'accompagnement des parcours de soins, en amont comme en aval par la présence accrue auprès des patients détenus (cf. *supra* §. 1.3.3.2.B).

¹⁸⁷ Cf. le rapport du groupe de travail N° 808 de l'Assemblée nationale, « la prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques », présidé par M. Stéphane Mazars, vice-président de la commission des lois qui remarque : « Cette situation [l'absence d'expertises psychiatriques en comparutions immédiates] conduit à placer en détention des personnes dont le comportement et les pathologies justifieraient qu'elles ne s'y trouvent pas et soient plutôt prises en charge par des structures médicales adaptées ».

3.1.1.3 *Les modalités possibles*

La mission a pris connaissance avec intérêt du projet de l'association « médecins du monde » à Marseille, qui vise à proposer au parquet et au tribunal correctionnel statuant en comparution immédiate des alternatives solides à l'incarcération. Par son caractère intégré, la mobilisation d'un nombre important de partenaires, sa proximité avec l'agence régionale de santé et le parquet de Marseille, l'originalité de son montage financier (contrat à impact social), ce projet dénommé « Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif dans la cité (AILS) », apparaît particulièrement prometteur. Il devrait faire l'objet d'un suivi attentif et d'une évaluation spécifique en ce qu'il est susceptible d'apporter des réponses en matière d'accès aux soins psychiatriques pour les personnes ayant commis des passages à l'acte délictuels.

3.1.2 *Dynamiser les aménagements et suspensions de peine des personnes souffrant de troubles mentaux*

3.1.2.1 *Etat des lieux, des outils à utiliser*

La mission a constaté, lors de ses déplacements, que les relations entre les UHSA et les unités sanitaires des établissements de retour des patients détenus étaient empreintes de dialogue et la communication fluide. Il pouvait en aller autrement, lorsqu'un exeat était prononcé, hors décision d'irresponsabilité pénale qui se traduit alors par un arrêté préfectoral de SDRE.

La fin de la période de détention, fin de peine ou remise en liberté pour les prévenus, ne semble pas avoir été, dans la plupart des cas, anticipée. Ceci tient pour une part à l'imprévisibilité de la fin de détention, à la relative absence des CPIP et des JAP. Mais même dans ce contexte, force est de constater que les équipes soignantes des UHSA n'ont pas établi de véritables relations protocolisées avec des services de suite, en hospitalisation de jour notamment. Ainsi que l'évoque la présidente de l'association nationale des juges de l'application des peines, un effort de connaissance des services pénitentiaires et des autorités sanitaires devrait être effectué en direction des magistrats.

Le rapport d'information du Sénat précité recommandait déjà en juillet 2017 à la fois de « renforcer la formation et l'information des magistrats sur le rôle et le fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) et la possibilité de recours aux aménagements de peine pour les personnes détenues atteintes de troubles mentaux dans le cadre d'une obligation de soins »¹⁸⁸. Il ressort de manière empirique, au travers des visites effectuées par la mission, des applications très différenciées des réductions supplémentaires de peine (RSP) dès lors que la personne condamnée est placée en UHSA. Selon certains magistrats de l'application des peines, la modalité de placement détermine l'octroi de ces réductions : si la personne est admise sans son consentement, elle ne bénéficiera pas de réductions de peine au motif qu'elle n'est pas volontaire pour suivre ce placement. En l'absence de jurisprudence établissant des critères objectifs dans ce contentieux, force est de constater qu'il existe une rupture dans l'égalité de traitement des patients condamnés susceptibles de bénéficier d'une réduction supplémentaire de peines.

Les juges de l'application des peines considèrent par ailleurs que la présence distendue des CPIP au sein des UHSA ne leur permet pas de disposer de l'ensemble des informations nécessaires pour statuer sur ces réductions de peine supplémentaires.

¹⁸⁸ Cf. rapport d'information du Sénat sur les UHSA précité.

Les constats de la mission ont montré que peu nombreux étaient les JAP qui tenaient des commissions d'application des peines au sein même des UHSA, préférant, la plupart du temps, examiner les requêtes lors des commissions tenues à l'établissement pénitentiaire de rattachement. Cependant, lorsqu'ils tiennent les réunions au sein de l'UHSA, comme à celle de Cadillac, et que les CPIP y assurent une présence régulière et continue, il en ressort que se met en place une réelle dynamique d'aménagement de peines.

3.1.2.2 *Affermir les dispositifs de suivi post-carcéral.*

La mission a observé, comme cela avait déjà été constaté antérieurement, que le recours aux suspensions de peine pour motif médical demeure sous utilisé. Même si la loi du 15 août 2014 portant réforme pénale a modifié les conditions à réunir pour que la personne détenue puisse y accéder, ces dispositions ne sont pas utilisées s'agissant des patients souffrant de pathologies psychiatriques.

L'insuffisante implication des magistrats de l'application des peines, associée à la faible présence des SPIP au sein de ces unités, ne permet pas un travail collaboratif efficient, afin d'inscrire réellement le parcours de soins comme un élément déterminant du parcours d'exécution de la peine privative de liberté.

La faible mobilisation des dispositifs de soins psychiatriques en milieu libre empêche de prendre en considération les prises en charge dans des délais compatibles avec ceux des aménagements de peine. Ainsi, comme l'a rapporté à la mission la présidente de l'association nationale des juges de l'application des peines, lorsqu'un rendez-vous est donné dans un délai de six mois pour une personne dans un centre médico psychologique, celui-ci est totalement inopérant avec la durée d'une mesure d'aménagement de peine.

Il conviendrait donc, d'une part, que la présence judiciaire au sein des UHSA soit plus affirmée et accompagnée d'une participation plus effective des SPIP, mais aussi, qu'en lien étroit avec les équipes soignantes, des rapprochements puissent s'effectuer avec les secteurs de psychiatrie à l'extérieur. Le nombre limité des UHSA, même au terme de la réalisation de la seconde tranche, devrait inciter les deux administrations de tutelle à promouvoir la mise place dans chaque région pénitentiaire d'une structure sanitaire d'interface, susceptible d'opérer le lien entre les soins psychiatriques en détention et ceux qu'il convient de prodiguer à l'extérieur dans le cadre des secteurs de psychiatrie.

3.1.2.3 Modalités à explorer.

La consultation post pénale du centre hospitalier Sainte-Anne à Paris

La mission a rencontré le médecin responsable de la consultation de suivi post pénal au centre hospitalier Sainte-Anne à Paris, mis en place lors de la fermeture de la maison d'arrêt de Paris-la-Santé. Il en ressort qu'un tel dispositif, dont l'ARS d'Ile de France est largement absente correspond à des besoins importants. Ainsi que l'indique le Dr CANETTI : « *Concernant le service d'accueil de la consultation de préparation à la sortie des détenus, le service constate des situations de détenus dramatiques aussi bien en courtes ou longues peines. Il faut prendre en compte le parcours sanitaire mais aussi le parcours judiciaire notamment lors de comparutions immédiates qui ne permettent pas l'évaluation de la pathologie. Il faut soutenir un effort particulier pour préparer les sorties de prison. Réactivité et productivité sont les deux principes qui doivent présider l'action de ce service : les patients sont reçus dans la semaine, même pour un entretien court. Une information est diffusée auprès des CPIP pour renvoyer les personnes à la consultation extra carcérale* ».

Ce dispositif a été mis en place de manière conjoncturelle en raison de la fermeture de la maison d'arrêt de Paris la Santé La mission estime qu'une évaluation conjointe devrait être réalisée par la DISP de Paris et l'ARS d'Ile-de-France, afin d'examiner les résultats de ce dispositif, envisager sa pérennisation et les conditions de son éventuelle duplication dans d'autres territoires. C'est à ces conditions que pourra être garanti une réelle continuité des soins en détention et à la sortie de prison, ainsi que le recommande le rapport du groupe de travail présidé par M. Stéphane MAZARS sur la prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques¹⁸⁹.

3.2 La création de nouvelles places d'UHSA doit impérativement contribuer au parcours de soins des patients détenus

3.2.1 Les prérequis à l'installation de nouveaux lits en UHSA

La loi d'orientation et de programmation de la justice du 9 septembre 2002 prévoyait la création des UHSA sans déterminer les capacités précises. Les arbitrages successifs ont conduit à déterminer une capacité totale de 705 places en UHSA dont 440, correspondant aux neuf unités visitées par la mission, ont déjà été construites.

S'agissant des places restant à construire, ses travaux conduisent la mission à exclure l'inscription systématique des patients-détenus dans une filière spécifique et parallèle à celle du droit commun qui exposerait à une ségrégation de fait et aux risques de confusion entre les motifs pénaux, thérapeutiques et préventifs d'enfermement. Au-delà de ces questions de principe, les solutions d'accueil permettant d'hospitaliser des personnes détenues en EPSM doivent, en tout état de cause, être développées et renforcées pour pouvoir répondre aux besoins qui augmentent régulièrement par une partie des crédits initialement prévus pour de nouvelles places en UHSA (cf. infra § 3.2.2).

Pour autant, des besoins d'UHSA ont bien été identifiés par la mission, qui a retenu les quatre critères suivants pour en préciser les lieux d'implantation et le dimensionnement les plus opportuns¹⁹⁰ :

¹⁸⁹ Cf. Assemblée nationale, rapport N° 808 du 21 mars 2018, des groupes de travail sur la détention « repenser la prison pour mieux réinsérer », présentés par Mme Yaël Braun-Pivet, présidente de la commission des Lois, MM. Philippe Gosselin, Stéphane Mazars, et Mme Laurence Vichnievsky vice-présidents de la commission des lois.

¹⁹⁰ Voir annexe n° 6 sur la méthodologie relative à ces critères.

- distance de l'UHSA des personnes écrouées conjuguant impératifs de proximité d'une majorité des personnes détenues et amoindrissement des éloignements ;
- ratio de personnes détenues par lit en 2018 intégrant prospectivement l'évolution du nombre de places en établissements pénitentiaires et la localisation de ces nouveaux établissements à l'horizon 2027;
- existence d'unités hospitalières spécifiques accueillant des personnes détenues pour des soins psychiatriques (UMD, USIP, EPSM et structures type Badinter) et proximité de structures hospitalières permettant de réaliser des explorations et des soins somatiques ;
- cohérence minimale entre les territoires administratifs de la santé et de la justice.

Ces paramètres ont été enrichis selon les cas de critères secondaires afin de procéder à des analyses d'opportunité technique¹⁹¹.

Sous réserve d'être confortés par les services, ces analyses dont le détail figure en annexe devront être complétées par des considérants liés à la démographie médicale ainsi qu'à l'acceptabilité plus générale des solutions proposées.

3.2.2 La construction de nouvelles places d'UHSA paraît indispensable

Selon les critères évoqués plus haut, la mission a effectué un exercice de localisation sommaire permettant de dégager de grandes tendances¹⁹². L'application de ces différents paramètres fait ressortir quatre territoires, dont trois apparaissent prioritaires pour l'implantation de nouvelles places en UHSA.

En premier lieu, la situation critique de la DISP de Paris du point de vue de la sur population pénale comme de la prévalence des troubles psychiatriques parmi la population détenue impose de créer une nouvelle UHSA de 60 places¹⁹³. Compte tenu des nouvelles places prévues par le plan pénitentiaire¹⁹⁴ et même si la variable des temps de transport vers les UHSA semble difficile à considérer dans cette région, il ressort que cette nouvelle unité pourrait trouver son implantation aussi bien à l'Ouest qu'à l'Est.

Des candidatures avaient été déposées il y a quelques années, notamment du centre hospitalier spécialisé de Plaisir dans les Yvelines dont il conviendrait de vérifier l'actualité.

Enfin, la mission propose d'orienter les détenus du centre des jeunes détenus de Fleury-Mérogis¹⁹⁵ vers l'UHSA d'Orléans, en donnant à celle-ci un renforcement de son rôle dans la prise en charge des mineurs ou des jeunes adultes¹⁹⁶.

En second lieu, les régions Occitanie et Provence-Alpes-Côte-D'azur dans lesquelles les besoins, déjà très importants, sont appelées à augmenter de manière significative dans les prochaines années, nécessitent l'ouverture de 40 places supplémentaires d'UHSA.

Plusieurs scénarii possibles visent simultanément ou alternativement :

¹⁹¹ Développés et analysés en annexe, ces paramètres ont constitué pour la mission autant d'outils d'aide à la réalisation de micro-simulations et de modélisations succinctes.

¹⁹² Modélisations situées en annexe n°6.

¹⁹³ Avec près de 14 000 personnes écrouées sur la DISP de Paris et une seule unité de 60 lits, l'UHSA de Villejuif affiche le ratio de personnes détenues par lit le plus élevé (228).

¹⁹⁴ Aux 9302 places actuelles s'ajouteront, d'ici 2027, 4676 nouvelles places nettes qui seront davantage construites dans le Sud-Est de la région Ile-de-France dont 1400 sur les maisons d'arrêt de Noiseau en Val de Marne et de Melun en Seine-et-Marne et 700 à Tremblay-en-France, en Seine-Saint-Denis.

¹⁹⁵ Le CDJ de Fleury-Mérogis, fermé pour travaux, rouvrira d'ici 2022.

¹⁹⁶ L'UHSA d'Orléans a actuellement le ratio le plus faible de détenus par lit.

- à augmenter les capacités de l'UHSA de Marseille, sous réserve de disponibilités foncières suffisantes ;
- à créer une nouvelle unité à Montpellier, choix rationnel du point de vue des temps de transport à l'égard des établissements pénitentiaires actuels et futurs installés dans les départements de l'ancienne région Languedoc Roussillon¹⁹⁷ ;

Cependant, la mission n'exclut pas que soit examiné un renforcement des capacités de l'UHSA de Toulouse, compte tenu de son haut niveau d'activité, de ses réserves foncières et de la solidité actuelle de l'équipe¹⁹⁸.

S'agissant enfin des établissements pénitentiaires des départements des Alpes-Maritimes et des Alpes-de-Haute-Provence¹⁹⁹ où aucune création de places d'UHSA n'est envisagée, le rôle du centre hospitalier spécialisé Sainte-Marie à Nice devra y être soutenu.

En troisième lieu, la mission estime nécessaire d'examiner la création d'une UHSA de 40 places dans la région Normandie, compte tenu de l'éloignement de cette région des UHSA de Lille-Seclin et de Rennes²⁰⁰, du ratio élevé du nombre de détenus par lit d'UHSA sur ces deux DISP²⁰¹ et de la perspective, issue du plan pénitentiaire, d'une création de 462 places nettes d'ici 2027 pour la région Normandie²⁰². Toutefois, la mission estime que cette nouvelle unité devrait se déployer en complémentarité de l'offre de soins existante qui prend en charge les situation d'urgences, de crise et les traitements court sans stabilisation, particulièrement à l'EPSM de Saint-Étienne-du-Rouvray²⁰³.

En quatrième lieu, la mission soulève la question de la création éventuelle de 20 à 40 places supplémentaires d'UHSA dans le ressort de la DISP de Dijon, en raison de l'étendue de son ressort géographique, relevant de deux ARS²⁰⁴ et des éloignements des établissements avec leur UHSA de rattachement²⁰⁵. Ces indications pourraient justifier, la construction d'une nouvelle unité dans l'Est de cette inter-région pénitentiaire²⁰⁶. Toutefois, l'absence, sur cette partie de la DISP de Dijon, de créations de places prévues par le plan pénitentiaire²⁰⁷ justifierait d'un examen approfondi portant sur le renforcement de l'offre de soins de droit commun.

¹⁹⁷ En termes de temps d'accès, la situation serait améliorée pour tous les établissements du Gard, de l'Hérault et de la Lozère. En outre, cette configuration aboutirait à un relatif équilibre entre la nouvelle unité et les unités existantes : 110 détenus par lit pour les 60 lits de l'UHSA de Marseille, 80 détenus par lit pour les 40 nouveaux lits de l'UHSA de Montpellier et 87 détenus par lit pour le nouveau ressort de l'actuelle UHSA de Toulouse et ses 40 lits.

¹⁹⁸ Le scénario dans lequel les DISP de Toulouse et de Marseille créeraient chacune de nouvelles places d'UHSA apparaît moins efficient et moins équilibré en termes de ratio de détenus par lit, l'UHSA de Marseille agrandie de 20 lits ayant un ratio calculé de 97 détenus par lit ; la nouvelle UHSA de 20 lits à Montpellier de 117 détenus par lits et celle de Toulouse, impactée, de 87 lits.

¹⁹⁹ 1937 détenus au total éloignés de 125, 135, 140 minutes de trajet respectivement pour Gap, Grasse et Nice.

²⁰⁰ Les quatre établissements pénitentiaires de l'Eure et de la Seine-Maritime sont éloignés de deux à quatre heures des UHSA Rennes et de Lille.

²⁰¹ Avec 15000 détenus sur les deux DISP le ratio y est de 156 détenus par lit pour les 100 lits des deux UHSA. Seuls les ratios de Nancy et de Villejuif sont plus élevés (respectivement 163 et 228).

²⁰² Dont 282 à Caen.

²⁰³ Les deux EPSM de Saint-Etienne du Rouvray et de Caen, candidats en 2012 pour une UHSA, disposent chacun d'un pôle SMPR.

²⁰⁴ ARS de Bourgogne-Franche-Comté et ARS Centre-Val-de-Loire.

²⁰⁵ L'arrêté du 20 juillet 2010 prévoit que trois UHSA sont mobilisées pour répondre aux besoins de la DISP de Dijon : celles d'Orléans, de Lyon et de Nancy. Les temps d'accès restent cependant parmi les plus élevés pour les établissements de la DISP : il faut en moyenne 110 minutes aux 18 établissements pour rejoindre leur UHSA de rattachement (pour huit d'entre eux, la moyenne est de 170 minutes : MA d'Auxerre, de Dijon, de Nevers, de Besançon, de Montbéliard, de Vesoul, de Belfort et CD de Joux-la-Ville).

²⁰⁶ Notamment si les modalités de répartition avec l'UHSA de Nancy étaient envisagées

²⁰⁷ Le plan pénitentiaire ne prévoit la création d'aucune place dans l'Est de cette DISP mais de 528 places dans le ressort de la DISP de Strasbourg, à proximité de la DISP de Dijon.

Recommandation n° 14. *Identifier les localisations prioritaires d'UHSA et redéployer des moyens vers les EPSM dans le cadre d'un appel à projet destiné à créer des unités sanitaires spécialisées dans l'accueil de personnes détenues.*

3.3 L'offre psychiatrique de droit commun doit développer des capacités d'accueil adaptées pour les patients détenus

3.3.1 De façon générale développer l'offre de droit commun accessible aux personnes détenues

Pour répondre aux besoins d'hospitalisation, étant observé que les seules places d'UHSA même augmentées n'y pourront suffire, il est nécessaire d'intervenir simultanément dans deux directions.

D'un côté, l'enjeu est d'abord de limiter le nombre d'hospitalisations évitables par un travail de repérage et de soins en amont. Cela suppose notamment de doter de moyens suffisants et performants l'ensemble des dispositifs de premier niveau, afin de développer aussi le dépistage et la prévention des troubles et de s'assurer d'un suivi ad hoc des patients détenus. S'il paraît nécessaire, le renforcement des capacités en hospitalisation (en hôpital de jour) au sein des SMPR ne se pose pas dans les mêmes termes. Il doit se fonder sur une analyse préalable de leur fonctionnement, la sous efficacité qui se traduit par de faibles taux d'occupation pouvant autant relever d'un manque de moyen ou d'accessibilité que d'un problème plus général lié à l'attractivité et au positionnement du dispositif²⁰⁸.

Sans faire l'économie d'une réflexion sur la manière de recruter et de stabiliser dans leur exercice des médecins psychiatres, comme pour les USMP, l'idée est de mieux comprendre les écarts de fonctionnement existant entre les différents SMPR et d'apprécier les moyens visant à en redéfinir le fonctionnement en terme d'accessibilité :

- comment mieux prendre en compte les établissements pénitentiaires les plus éloignés, et particulièrement les établissements pour peines (centres de détention et maisons centrales) ?
- sous quelles conditions envisager l'accueil des femmes, majeures et mineures ?

Pour faire face aux demandes croissantes d'hospitalisation, un autre levier d'action est de rechercher l'optimisation de l'efficacité de l'offre existante. Ceci passe par une meilleure coordination des acteurs, et une réflexion sur les pratiques. Au-delà de ces améliorations, il s'agit néanmoins de prendre acte de manière claire que les UHSA, même avec des capacités et un fonctionnement augmenté et un dispositif d'amont plus performant, ne pourront suffire à couvrir à elles seules l'ensemble des besoins d'hospitalisation.

Une piste pourrait dès lors consister à s'orienter vers un fonctionnement à temps complet de l'hospitalisation en SMPR comme l'idée en a déjà émise il y a quinze ans²⁰⁹. A cet effet, il serait utile, par exemple, de s'interroger sur la manière d'augmenter la capacité d'accueil des lits d'hospitalisation afin de répondre à la demande de l'ensemble de la région pénitentiaire dépendant du SMPR. Cette approche devrait reposer sur le souci concomitant de renforcer l'équipe soignante avec une permanence infirmière constante, de réaménager les locaux en séparant les lieux d'hospitalisation de l'activité ambulatoire, et en adaptant des cellules à une prise en charge psychiatrique.

²⁰⁸ Cf. annexe n°5

²⁰⁹ « L'état des lieux des SMPR », (in l'information psychiatrique VOL. 81, N° 7 - septembre 2005).

Recommandation n° 15. *Limiter les hospitalisations évitables en UHSA en renforçant les moyens des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP)*

D'un autre côté, outre une meilleure mobilisation des EPSM, il serait utile, à l'instar de ce qui se fait déjà dans certaines unités spécialisées (cf. *supra* § 2.2.1.5) de soutenir des initiatives permettant d'accueillir et de prendre en charge des patients détenus dans un contexte strictement sanitaire et sécurisé.

Si elles n'en poursuivent pas les mêmes objectifs, ces unités viennent en soutien des UHSA en assurant la gestion des situations de crise et d'urgence²¹⁰ dans un contexte amélioré avec des ressources soignantes plus conséquentes, un contexte de vie amélioré et un environnement de soins sécurisé. Ces initiatives sont, de ce point de vue, différentes par rapport aux hospitalisations habituelles sous le régime des dispositions de l'article D. 398 du CPP. Outre un consensus institutionnel (ARS, CHS, EP...) et une adhésion des soignants, elles supposent pour certaines des moyens dédiés spécifiques.

En outre, des moyens pourraient être mobilisés en priorité vers les EPSM des territoires qui ne seraient pas dotés d'une UHSA²¹¹.

3.3.2 La prise en charge des malades chroniques

Au-delà de ces évolutions possibles, demeure en suspens la question des patients détenus affectés de troubles psychiatriques graves et chroniques dont l'état de santé est incompatible avec un retour en détention. Tout laisse penser que cette population, déjà présente de manière marginale dans la plupart des UHSA, devrait croître dans les années à venir au risque d'entraver le bon fonctionnement des unités.

Les solutions telles que le quartier maison centrale de Château-Thierry (cf. *supra* §2.2.1.4) ne constituant pas une réponse satisfaisante pour ce profil de patients, une réflexion conjointe des ministères de la justice et de la santé doit parallèlement être menée pour envisager des alternatives à l'hospitalisation en UHSA.

3.4 Le rôle des tutelles doit être repensé et mieux affirmé

3.4.1 Toutes les étapes du parcours de soin doivent être prises en considération

La grande hétérogénéité des situations locales conjuguée à l'absence d'évaluation précise des besoins doit conduire à une réflexion d'ensemble visant à définir la place de chacune des structures susceptibles d'accueillir des personnes détenues pour des troubles psychiatriques. Outre de recenser l'offre et ses caractéristiques, il s'agit notamment de préciser les acteurs/structures qui prennent en charge les urgences, les situations de crise, les soins volontaires, les hospitalisations courtes ou de longue durée. A cette occasion, la place et le rôle des SMPR doivent être réexaminés, à la fois en terme d'efficacité²¹² et de fonctionnement.

²¹⁰ Si l'idée était de pouvoir aussi offrir des prises en charges comparables à celles des UHSA, une réflexion sur les moyens et conditions à réunir (que la mission n'est pas à ce stade en mesure de préciser) devrait être menée.

²¹¹ Ainsi, par exemple, des anciennes régions Auvergne et Limousin dont les établissements pénitentiaires des sept départements (Allier, Cantal, Haute-Loire, Puy de Dôme, Corrèze, Creuse et Haute-Vienne) ont des temps de transport supérieurs à trois heures pour rejoindre l'UHSA compétente.

²¹² Développer les projets DAP/DGOS sur ce point (le 1% des places des futurs établissements pénitentiaires).

Quel que soit le rôle des SMPR, l'enjeu est aussi de s'entendre sur des définitions de cas (type de symptômes/pathologies, durée prévisible) permettant les orientations les plus adaptées et les articulations les plus pertinentes, avec un souci particulier pour la continuité des soins des sortants de prison. Une telle approche suppose de disposer d'indicateurs permettant à la fois de réguler l'offre en fonction des besoins mais aussi d'assurer un suivi des patients détenus.

Recommandation n° 16. *Évaluer le fonctionnement des SMPR comme acteur de niveau 2, afin d'en améliorer l'efficience*

3.4.2 Les besoins et les pratiques doivent être mieux connus

A ce stade de maturité du dispositif, il faut envisager, à l'instar de ce qui se fait pour les UMD, une démarche de certification des UHSA par la Haute autorité de santé (HAS), incluant une évaluation des pratiques professionnelles sur les critères d'admission de l'unité. Elle devrait également considérer les prises en charge proposées au sein des différentes unités afin de caractériser qualitativement les demandes, de disposer de données épidémiologiques objectives sur celles qui sont acceptées. Ceci doit permettre d'adapter l'offre de soins aux évolutions des besoins.

A cet effet, la question des UHSA devrait figurer à l'agenda du programme pluriannuel «Psychiatrie et santé mentale 2018-2023 » de la HAS²¹³. Celui-ci prévoit notamment une certification des établissements ayant une autorisation d'activité en psychiatrie, la production d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins, ainsi qu'une réflexion sur la pertinence des soins dans ce champ.

3.4.3 Les projets médicaux doivent être rapprochés

En complément de cette démarche, et en regard des différences d'approches dont la mission n'est pas en mesure d'évaluer l'intérêt comparé, il faut pouvoir définir, en lien avec les professionnels concernés à l'occasion par exemple d'une conférence de consensus, un minimum de bonnes pratiques partagées dans le respect des spécificités des différentes stratégies thérapeutiques développées au sein des UHSA.

3.4.4 Les choix architecturaux doivent être normalisés et les implantations soumises à un travail préalable d'identification des besoins par les ARS et les DISP

Les établissements de santé se sont montrés soucieux de conserver la maîtrise d'ouvrage des unités sanitaires installées dans leurs emprises.

La modalité de financement retenue pour la construction doit cependant autoriser la recherche de formules plus centralisées de maîtrise d'ouvrage déléguée, notamment dans la production des avant-projets sommaire (APS) qui pourrait solliciter l'expertise de l'agence pour l'immobilier de la justice (APIJ), pour mieux appréhender les contraintes d'aménagement liées à la garde pénitentiaire. Des conventions d'assistance à la maîtrise d'ouvrage pourraient ainsi être envisagées.

²¹³ Il est évolutif et pourra notamment être actualisé en fonction des nouvelles saisines institutionnelles, d'une évolution des besoins des acteurs de terrain et des résultats des études de faisabilité et de cadrage.

La mission, à partir des différents entretiens qu'elle a menés et des constatations qu'elle a pu faire lors de ses visites sur les différents sites a retenu quelques principes directeurs qui devraient guider les choix des concepteurs.

Tout d'abord, et afin de favoriser les synergies avec l'établissement de santé de rattachement de l'UHSA, il est apparu nécessaire de maintenir le principe d'une utilisation du foncier disponible sur les emprises de ces établissements pour construire ou étendre les unités de la seconde tranche.

Concernant les missions dévolues à l'administration pénitentiaire, la surveillance des extérieurs doit être renforcée afin notamment de donner à ses personnels de surveillance des vues préventives sur les fenêtres des bâtiments des unités, notamment pour détecter d'éventuels préparatifs d'évasion.

Les postes centraux de circulation (PCC), situés à la jonction de la zone pénitentiaire et des unités de soins, couverts en journée, sécurisés, blindés et barreaudés, n'actionnent parfois qu'un nombre limité de portes à ouverture électromagnétique²¹⁴. Ils ne disposent pas toujours de report de caméras de vidéosurveillance. Ils ne se trouvent, dans certains cas, face à un petit espace de circulation, fermé par des portes pleines distribuant les zones de soins. Ces postes protégés ont fait l'objet auprès de la mission de critiques régulières de la part des acteurs pénitentiaires²¹⁵.

S'agissant de la conception des unités par elles-mêmes, le principe devrait être de privilégier les choix d'aménagement, de formes et de circulation retenus dans les unités d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie.

Ainsi, il est apparu à la mission que les unités dans lesquelles le bâtimentaire reposait sur des constructions étalées de plain-pied, devaient être privilégiées. Cette solution, si elle est consommatrice de densité au sol, présente cependant de nombreux avantages facilitant considérablement les circulations et notamment des accès privilégiés aux espaces extérieurs de promenade ou les déplacements des patients des zones d'hébergement vers les zones de soins et d'activité (Cf. supra § 1.3.1.1.).

D'un point de vue sécuritaire, elle favorise également les interventions éventuelles des personnels de surveillance.

3.4.5 Une refondation de la gouvernance des champs ministériels santé / justice s'impose

Aujourd'hui, les personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques sont l'objet d'une attention conjointe des administrations sanitaires et pénitentiaires. Elle est cependant insuffisamment coordonnée et à ce titre ne peut demeurer en l'état, en raison des risques sociaux, sanitaires et sécuritaires qu'elle comporte (cf. Introduction).

Les constats de la mission renforcent cette nécessité d'un pilotage partagé, mais aussi de la création d'une instance qui puisse traiter une population qui cumule les difficultés liées à l'incarcération et les problématiques sanitaires et sociales.

Concernant le pilotage, la mission estime comme un préalable absolu la meilleure connaissance des publics concernés.

²¹⁴ UHSA de Toulouse.

²¹⁵ Le PCC a d'ailleurs par exemple été « découvert » de façon permanente à l'UHSA de Lille et ses missions reportées sur celles des agents de la porte d'entrée principale (agent de la porte assisté de celui du sas véhicules). Ailleurs, au moins deux officiers ont déjà envisagé de le supprimer et, en tous les cas, le découvrent régulièrement en cas de besoin, notamment pour des transferts.

3.4.5.1 *Un meilleur suivi épidémiologique est nécessaire ainsi qu'une meilleure collecte des données au sein de chacun des ministères et un rapprochement de leurs systèmes d'information*

Les dernières enquêtes des directions DAP-DGS et de la direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques (DREES) sur la santé en prison remontent à quinze ans. Depuis lors, la création des UHSA et le fonctionnement des autres structures ont été financés et pilotés sans connaissance ni évaluation du nombre et des parcours de patients détenus souffrant de troubles psychiatriques. Pendant cette période, la population carcérale a cru et, en proportion (cf. *supra* § 1.2.2), les besoins en soins.

Le vieillissement de la population a été intégré aux politiques générales de santé. La population carcérale est demeurée à l'écart de ces avancées. Elle est aujourd'hui mal connue et fait l'objet d'un accès au soin hétérogène et non évalué jusque dans l'accès aux dispositifs de droit commun²¹⁶.

Il est donc nécessaire, d'une part de procéder à de nouvelles études épidémiologiques, mais aussi de construire le cadre méthodologique permettant d'apprécier, dans la durée, la diversité des parcours et des approches de soins que la mission a tenté d'objectiver. A défaut, les facteurs exogènes à ces parcours (judiciaires, pénitentiaires, géographiques) ne pourront être isolés, entravant de fait la réflexion et l'action en matière de prise en charge générale des détenus.

Rien ne s'oppose à ce que ce travail s'organise en associant les services chargés des études des deux ministères concernés.

Une meilleure connaissance des populations admises en UHSA pourrait être obtenue, à condition impérative d'un travail en amont des deux directions sur la fiabilisation et le partage de leurs données, par un rapprochement des systèmes d'information. Sous réserve de préserver le secret médical (cf. *supra* § 1.4.5.2) une réflexion sur un espace commun d'information ne paraît pas hors de portée²¹⁷.

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé, la DGS s'emploie à « *mieux connaître l'état de santé et déterminer les besoins en matière de santé des personnes placées sous main de justice* » via la mise en place d'une surveillance épidémiologique et d'études sur la santé somatique et psychiatrique de ces publics, reposant sur les bases de données médico-administratives susceptibles de fournir des données sur la prise en charge psychiatrique des détenus en UHSA, SMPR et USMP, et incluant un volet portant sur les sorties de prisons. Ces données pourraient être complétées par des analyses périodiques des admissions au titre des dispositions de l'article D.398 du CPP et celles des personnes détenues en USIP et en UMD.

3.4.5.2 *La création d'une instance commune de gouvernance apparaît comme un préalable*

La situation décrite dans le rapport ne peut perdurer. Elle aboutit au mieux à un usage faiblement planifié, puis régulé, des moyens, au pire à des incohérences de parcours de soins contraires à l'intérêt des patients incarcérés.

²¹⁶ Rappel : les extractions médicales varient dans un rapport de 1 à 10.

²¹⁷ Des modules du système Genesis sont déjà accessibles aux personnels de la santé s'ils le souhaitent.

Parce que les patients incarcérés cumulent les handicaps - sociaux, somatiques, psychiques - et que les étapes de leurs parcours peuvent les confronter aux acteurs judiciaires, préfectoraux, pénitentiaires, sanitaires et sociaux, la coordination des différentes politiques publiques à leur intention est complexe²¹⁸. Elle s'adresse de plus à une population qui s'apprécie à une double mesure puisqu'elle représente à la fois une patientèle peu nombreuse - et parfois difficile à gérer - pour le secteur hospitalier, mais qu'elle est aussi une réalité quotidienne et significative pour les magistrats et l'administration pénitentiaire, y compris dans sa mission de réinsertion.

Pour parvenir à traiter conjointement le rapprochement des cartes sanitaires et pénitentiaires, faire vivre le principe de l'équivalence des soins dans la transparence entre individus et territoires, instaurer un véritable pilotage budgétaire des projets, intégrant des critères d'efficacité et d'arbitrages entre structures et inter régions ou régions, il faut une instance à forte autorité et donc fort mandat politique. Celle-ci fait actuellement défaut.

Pour y pallier, la mission préconise la création d'un service à compétence nationale (SCN) sous la double tutelle des ministres de la justice et de la santé et rattaché pour sa gestion administrative à la DGOS/DAP, couvrant la totalité du champ de la santé somatique et psychiatrique des personnes placées sous main de justice²¹⁹.

Parmi ses missions, la conduite du chantier d'outillage et de suivi épidémiologique pourrait s'organiser via un comité scientifique. Le pilotage des actions territoriales impliquerait qu'il ait tout ou partie autorité sur les agents des DISP et des ARS chargés des politiques de santé en milieu carcéral.

Dans les objectifs du SCN, la réalisation de schémas territoriaux d'organisation des soins aux détenus²²⁰ permettrait de mener le recensement des offres réellement existantes. Elle ferait également apparaître les points de ruptures à la construction de parcours-type de prise en charge. Pour aider les ARS à mener ce chantier, un schéma-type d'organisation serait nécessaire. Il pourrait s'inspirer de l'organisation retenue par l'ARS Occitanie qui place le référent santé des personnes détenues auprès du directeur général.

Recommandation n° 17. *Créer un service à compétence nationale (SCN), sous double tutelle Santé/Justice, couvrant la totalité du champ de l'offre sanitaire destinée aux personnes placées sous main de justice. Lui confier la coordination et l'évaluation des actions des correspondants « santé des détenus » en ARS et en DISP. Y associer la publication d'un rapport annuel.*

²¹⁸ Il faudra notamment traiter la coordination entre ARS lorsque plusieurs sont intégrées dans le ressort territorial d'une même DISP : DISP Rennes versus ARS Bretagne, Normandie et Pays de la Loire, DISP Marseille versus ARS Marseille et Corse et DISP Dijon versus ARS Bourgogne-Franche-Comté et Centre-Val-de-Loire.

²¹⁹ Une autre option serait la création d'une mission interministérielle. Elle présenterait l'avantage de traiter un aspect majeur de la santé post-carcérale : l'accès au logement de transition et le repérage par les services décentralisés en complément sur suivi de secteur qui butte aujourd'hui sur le problème de la domiciliation puis du retour à la marginalité.

²²⁰ Selon une échelle à définir et pouvant remettre en cause le découpage actuel entre UHSA et entre ARS. Cf. arrêté du 20 juillet 2010 précité.

3.4.5.3 *L'animation au niveau territorial, doit garantir une organisation au service de tous les publics*

A. Une territorialisation de type « sectorisation » est à privilégier

La mission privilégie une territorialisation de type « sectorisation », en vigueur en psychiatrie, plutôt qu'une logique reposant sur le territoire administratif des DISP ou ARS. Cette approche permet de cartographier les UHSA en fonction des services médico-psychologiques régionaux, mais aussi des établissements de santé mentale proches, qui seraient ainsi mieux articulés avec le fonctionnement des UHSA, notamment dans la mise en œuvre des dispositions de l'article D. 398 du CPP.

En amont, cela pourrait aussi faciliter la continuité des soins extra-carcéraux via l'identification et le renforcement éventuel de CMP référents²²¹. Pour optimiser le service rendu il faut également veiller à ce que les professionnels exerçant en CMP aient une connaissance des spécificités de l'univers carcéral et des publics qui en viennent, en favorisant l'attractivité du travail en UHSA (travailler l'attractivité des postes et faciliter la polyvalence d'activité) et en valorisant leur potentiel formateur (susciter des stages d'internat).

La proximité des hôpitaux généraux (avec imagerie et fauteuil dentaire) et la possibilité de pôle de médecine générale in situ ou via une téléconsultation devront être également recherchées pour une meilleure prise en compte de la fréquente comorbidité somatique retrouvée chez les patients des UHSA. Idéalement, cette prise en compte des capacités locales en soins somatiques pourrait être affinée par une analyse des demandes d'extraction à visée médicale pour connaître les besoins les plus fréquemment rencontrés au sein de ces populations.

B. Une action mieux conjuguée des acteurs par la mise en place d'outils institutionnels doit être mise en place

La circulaire du 18 mars 2011 souligne l'importance de la coordination institutionnelle entre les acteurs intervenant au cours de l'hospitalisation d'une personne détenue à l'UHSA.

Des modalités d'organisation et d'intervention de tous les acteurs doivent ainsi être formalisées dans le cadre de procédures de travail élaborées conjointement et identifiées par tous. Ces procédures, consignées dans la convention locale précitée (Cf. supra § 1.3.5.1) permettront, outre leur traçabilité, une implication de toutes les institutions engagées dans le suivi et la prise en charge des patients détenus.

Au surplus, la commission de coordination locale sous la présidence du préfet doit être réunie à son initiative au moins une fois par an²²² sur l'ensemble des territoires concernés. Seules quatre UHSA mentionnent leur existence, pour quatre autres, ces réunions ne sont pas en place ou l'ont été une seule fois²²³.

²²¹ Le principe de la sectorisation se fait sur la zone de domiciliation avant incarcération de la personne détenue et non d'implantation de l'UHSA ou du lieu de détention, ce qui peut poser des problèmes quand la personne n'habite pas à proximité de son lieu d'incarcération ou quand elle n'a pas de domicile.

²²² Outre le président, membre de droit, cette commission comprend les personnes suivantes : le directeur de l'établissement de santé ou son représentant, le chef de l'établissement pénitentiaire dont relèvent les personnels pénitentiaires affectés à l'UHSA ou son représentant, le directeur interrégional des services pénitentiaires ou son représentant, le directeur général de l'ARS ou son représentant, le directeur interrégional des services de la protection judiciaire de la jeunesse ou son représentant, le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation du département d'implantation de l'UHSA ou son représentant.

²²³ Réponses qualitatives au questionnaire de la mission. Ainsi, à Marseille, la réunion de coordination ne s'est pas encore réunie du fait de l'ouverture récente de l'UHSA.

La coordination des acteurs est fondamentale car elle permet de traiter les difficultés et désaccords mais aussi de faire progresser les pratiques grâce aux regards croisés et attentifs des institutions locales. Aussi, il semble nécessaire qu'outre les dispositions de gouvernance préconisées par la mission, une nouvelle circulaire interministérielle devrait, tenant compte des premiers éléments d'évaluation, servir de fondement à cette nouvelle étape recommandée par la mission.

La mission considère en outre qu'il existe entre les différentes parties prenantes, médicales, judiciaires et pénitentiaires des différences d'approche, de méthodes, voire des considérations d'ordre éthique ou philosophique sur la place et le rôle du soin contraint par l'exécution d'une décision pénale.

Ces différences doivent être explicitées afin de déterminer les champs communs, au travers de la réalisation d'une conférence de consensus, seule manière de lever les divergences et les blocages rencontrés.

Recommandation n° 18. *Confier à la Haute Autorité de Santé, la conduite d'une conférence de consensus, sur les pratiques professionnelles mobilisées dans la prise en charge des personnes sous main de justice souffrant de troubles mentaux et associant toutes les parties prenantes : médicales, judiciaires, pénitentiaires et services de l'Etat .*

Conclusion

Plus de seize ans après le vote de la loi du 9 septembre 2002, la première tranche d'UHSA est presque totalement déployée, l'UHSA de Marseille, ouverte en février 2018, devant encore mettre en service une unité de soins de 20 lits.

Au cours de cette période, l'installation et l'organisation des UHSA se sont indéniablement opérées au bénéfice d'une meilleure prise en charge des patients incarcérés. Malheureusement, ces apports s'inscrivent dans une approche nationale-pénitentiaire et sanitaire- à la fois mal coordonnée et non évaluée.

De ce point de vue, le présent rapport est un appel sans ambiguïté à ce que la seconde tranche d'UHSA ne soit déployée qu'après un travail d'harmonisation de leurs conditions d'implantation et de fonctionnement dont la mission a posé les bases. Les futures unités devront impérativement articuler leur offre avec celle des structures spécialisées (UMD, SMPR, USIP), comme celles de droit commun, y compris somatiques. Les besoins croissants de soins psychiatriques chez les personnes détenues impliquent en particulier de penser des schémas d'organisation territoriaux qui intègrent de manière efficiente les dispositifs de droit commun (EPSM, unités spécifiques sur le modèle de l'unité Badinter à l'EPSM de Saint Etienne du Rouvray) pour la gestion des urgences et des crises à résolution rapide. C'est à ces seules conditions que l'égalité d'accès aux soins pourra être organisée et une planification sérieusement envisagée.

Concernant les modalités de fonctionnement des UHSA, outre un indispensable appareillage statistique et épidémiologique (impliquant les deux administrations de tutelle et qui fait aujourd'hui gravement défaut), un rapprochement des pratiques de soins entre UHSA –ou leur spécialisation organisée- s'impose. A cet égard, force est de reconnaître que l'adjonction des projets médicaux, même quand ils s'inspirent de pratiques comparées, n'y suffit pas.

La mission a pris acte de la difficulté d'un tel rapprochement ; c'est pourquoi elle privilégie, parallèlement au recueil d'indicateurs d'activité communs au sein des UHSA, une phase préalable s'exprimant dans une conférence de consensus sous l'autorité de l'HAS et portant sur l'ensemble des pratiques professionnelles impliquées dans la gestion des détenus souffrant de troubles psychiatriques : psychiatriques, mais aussi judiciaires et des services préfectoraux. A l'issue, les recommandations pourraient former le cadre futur de conception et - à terme pour l'ensemble- de fonctionnement des UHSA.

Enfin, considérant la forte asymétrie entre le poids sanitaire des UHSA et les nombreux enjeux judiciaires et d'ordre public conditionnant leur bon fonctionnement, la mission propose une instance de pilotage unique avec la création d'un service à compétence nationale (SCN) sous double tutelle DGOS/DAP. A défaut, le déploiement de nouvelles unités pourrait s'effectuer sans progrès décisif dans l'application du principe d'équivalence des soins et concrètement des parcours des patients-détenus.

Finalement, la mission estime que la mise en œuvre efficace d'une nouvelle étape dans la prise en charge des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques doit garantir pour l'accès aux soins équivalence effective et égalité réelle. Dès lors il conviendrait qu'une volonté politique forte s'exprime pour définir et appareiller cette stratégie. Cette dernière implique une clarification des positions et des enjeux actuels et à venir entre l'ensemble des professionnels concernés : sanitaires, pénitentiaires, judiciaires.

Dans une première étape, la mission préconise l'organisation d'une conférence de consensus permettant, par le biais d'auditions publiques, de définir les missions de chacune des parties prenantes en levant les zones de tensions potentielles. Cette démarche permettrait de réaffirmer la mission dévolue au service public de santé mentale : la prise en charge de personnes, détenues à un moment de leurs vies mais qui ont vocation, à revenir – accompagnées- dans la société. Elles doivent pouvoir y poursuivre, sans discrimination, les soins qui leur sont nécessaires.

A Paris, le 18 décembre 2018

Membres de la mission

M. Vincent DELBOS,
Magistrat, inspecteur général
de la justice,

M. François SCHECHTER
Inspecteur général
des affaires sociales

M. Antoine DANIEL,
Inspecteur de la justice,

Dr Julien EMMANUELLI
Inspecteur général
des affaires sociales

Mme Sylvie DURAND MOUYSSET,
Inspectrice de la justice

Annexes

- Annexe 1** Lettre de mission
- Annexe 2** Liste des personnes rencontrées
- Annexe 3** Acronymes
- Annexe 4** Données concernant spécifiquement les UHSA (questionnaire mission, données ATIH)
- Annexe 5** Autres données utilisées par la mission
- Annexe 6** Eléments de modélisation et simulation concernant l'implantation de nouvelles UHSA
- Annexe 7** Cartes de France
- Annexe 8** Fiches d'identité des UHSA en service
- Annexe 9** Unités sanitaires spécifiques (Évreux, Badinter, Roanne)
- Annexe 10** Mineurs
- Annexe 11** Centre pénitentiaire de Château Thierry
- Annexe 12** Parangonnage Europe et Canada

Décembre 2018
IGJ N°061-18
IGAS N° 2018-072R

Annexes

Évaluation de la première tranche des
UHSA en vue de la mise en place d'une
seconde tranche

Annexes

ANNEXE 1.	LETTRE DE MISSION.....	4
ANNEXE 2.	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES OU CONTACTEES	6
ANNEXE 3.	ACRONYMES	14
ANNEXE 4.	LES DONNEES RELATIVES AUX UHSA PRODUITES DANS LE CADRE DE LA MISSION	16
ANNEXE 5.	LES AUTRES DONNEES UTILISEES PAR LA MISSION.....	28
ANNEXE 6.	ÉLÉMENTS DE MODELISATION ET SIMULATION CONCERNANT L'IMPLANTATION DE NOUVELLES UHSA	34
ANNEXE 7.	TRAVAUX DE RECHERCHE	55
ANNEXE 8.	FICHES D'IDENTITE DES UHSA EN SERVICE - 2017.....	69
ANNEXE 9.	UNITES SANITAIRES SPECIFIQUES IDENTIFIEES PAR LA MISSION.....	78
ANNEXE 10.	LES MINEURS DETENUS HOSPITALISES EN UHSA.....	84
ANNEXE 11.	LE CENTRE PENITENTIAIRE DE CHATEAU THIERRY	87
ANNEXE 12.	LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DETENUES SOUFFRANT DE TROUBLES MENTAUX – REVUE INTERNATIONALE.....	92
ANNEXE 13.	ELEMENTS DE NOSOGRAPHIE PSYCHIATRIQUE	124

Annexe 1. LETTRE DE MISSION

Inspection Générale
de la Justice

06 AVR. 2018



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET
DE LA SANTÉ

Les Ministres

Paris, le - 5 AVR. 2018

Note à l'attention de
Mme Nathalie DESTAIS
Cheffe de l'Inspection générale des Affaires Sociales
M. Patrick POIRRET
Chef de l'Inspection générale de la Justice

Objet : saisine conjointe IGAS/IGJ – lettre de mission d'évaluation de la première tranche des UHSA en vue de l'installation d'une seconde tranche

La loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice a créé les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour recevoir des personnes détenues présentant un trouble de santé mentale.

Le programme de construction initial prévoyait l'ouverture de 705 places en deux tranches de construction successives. L'ouverture de l'UHSA de Marseille en février 2018 a achevé la réalisation de la première tranche de construction de 9 unités totalisant 440 places.

En 2015, un premier bilan de la montée en charge des UHSA ouvertes, réalisé par nos services en prenant appui sur les indicateurs prévus par la circulaire interministérielle relative au fonctionnement des UHSA du 18 mars 2011 a permis de souligner les apports du dispositif dans la prise en charge sanitaire des personnes détenues présentant un trouble de santé mentale.

Or, l'accessibilité aux UHSA reste inégale sur le territoire. Le taux d'occupation en UHSA est en augmentation régulière et atteint aujourd'hui une moyenne élevée de 80% mais avec des disparités selon les unités hospitalières. De nombreux établissements pénitentiaires sont encore éloignés de ces structures et le nombre de places actuellement disponibles en UHSA ne permet pas d'accueillir l'ensemble des personnes hospitalisées sous contrainte. A défaut de pouvoir être prises en charge en UHSA, celles-ci sont aujourd'hui accueillies dans les centres hospitaliers spécialisés de rattachement, en vertu de l'article D.398 du code de procédure pénale, dans des conditions de sécurité inadaptées.

14, avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP – Tél. 01 40 56 60 00
www.sante.gouv.fr/offre-de-soins

En ce sens, votre rapport conjoint de novembre 2015 relatif à l'évaluation du plan d'action stratégique 2010-2014 recommandait de « poursuivre sans tarder le déploiement des UHSA ».

Au regard des enjeux de déploiement de la seconde tranche, nous sollicitons la réalisation d'une évaluation pour permettre :

- Dans un premier temps :
 - ✓ d'interroger l'efficience du dispositif de prise en charge en santé mentale des personnes détenues actuellement en vigueur et notamment la place des UHSA dans ce dispositif et l'articulation entre UHSA, centre hospitalier autorisé en psychiatrie et unités pour malades difficiles (UMD).
 - ✓ de préciser les besoins prioritaires en termes de prise en charge psychiatrique, en France métropolitaine et en Outre-mer, afin de permettre aux personnes détenues un accès efficient à une offre de soins en psychiatrie et lutter contre tout retard de prise en charge ;
 - ✓ d'évaluer l'impact des UHSA sur les prises en charge sanitaires des personnes détenues, sur la gestion de la détention et sur le parcours pénal, ceci pour orienter une seconde tranche d'implantation des UHSA.
- Dans un second temps, au regard de l'analyse que vous aurez faite :
 - ✓ d'identifier les évolutions nécessaires du cahier des charges technique pour l'aménagement des UHSA et de la circulaire de fonctionnement du 18 mars 2011 ainsi que les obstacles à l'uniformisation des pratiques professionnelles. Cette analyse prendra en compte les modalités de fonctionnement et d'organisation actuelles afin de proposer des pistes d'amélioration notamment dans l'articulation avec les autres structures de soins (USMP, SMPR, Etablissements autorisés en psychiatrie, UMD) et entre les acteurs de la prise en charge ;
 - ✓ de proposer dans la perspective de la mise en chantier de nouvelles unités, les lieux d'implantation les plus opportuns en termes de maillage territorial (bassins de vie et données populationnelles, activité des UHSA de la première tranche, taux de recours aux SMPR et aux centres hospitaliers spécialisés de rattachement, temps de trajet depuis les établissements pénitentiaires etc.). Cette proposition prendra en compte les impacts de la réforme territoriale sur les ressorts des UHSA, définis par l'arrêté du 20 juillet 2010 ;

Pour conduire votre mission, vous vous appuyerez sur les services de nos deux ministères.

Votre rapport final est attendu pour juin 2018.


Nicole BELLOUBET


Agnès BUZYN

Annexe 2. LISTE DES PERSONNES RENCONTREES OU CONTACTEES**ADMINISTRATIONS CENTRALES ET INSTITUTIONS****Ministère de la Justice****Direction de l'administration pénitentiaire (DAP)**

Stéphane BREDIN, directeur

Anne BERARD, chef de service, adjointe au directeur

Romain PERAY, sous-directeur, sous-direction des missions

Lucie CHARBONNEAU, référente nationale santé

Sous-direction de la statistique et des études - SG (SDSE)

Christine CHAMBAZ, sous-directrice

Laetitia BRUNIN, adjointe à la sous-directrice

Ministère de la santé**Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**

Sylvie ESCALON, adjointe au sous-directeur de la DGOS

Sophie TERQUEM, adjoint à la cheffe du bureau santé mentale

Caroline FRIZON, sous-direction offre de soins (bureau R4)

Virginie BONFILS chargée de mission sur l'organisation de l'offre de soins en détention

Direction générale de la santé (DGS)

Sébastien DELBES, Sous-direction de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques

Direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques (DREES)

Valérie CARRASCO, chargée d'études santé mentale

Agence de traitement de l'information hospitalière (ATIH)

Dr Anis ELLINI

Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL)

Adeline HAZAN, Contrôleure générale des lieux de privation de liberté,

Betty BRAHMY, psychiatre, contrôleure extérieure au CGLPL

Assemblée nationale

Thomas MESNIER, député

Dr Sylvie BETTOUL, médecin responsable de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt d'Angoulême

ASSOCIATIONS**Coordination UHSA**

Dr Anne Hélène MONCANY (Toulouse)

Dr Pascale GIRAVALLI (Marseille)

Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP)

Dr Michel David Président

Observatoire international des prisons (OIP)

Laure ANNELI, rédactrice en chef de la revue dedans dehors ;
Sébastien SAETTA, sociologue et membre du conseil d'administration

Association des juges d'application des peines (ANJAP)

Cécile DANGLES, présidente

Association des directeurs d'établissement de santé mentale (ADESM)

Pascal MARIOTTI, Président

ORGANISATIONS SYNDICALES**OS-CGT pénitentiaire**

Didier LAIR, surveillant brigadier UHSA Rennes,
Éric LEMOINE, Secrétaire national, 1^{er} surveillant, CP Rennes Vezin

CGT Insertion – Probation

Flore DIONISIO, CPIP

SNEPAP

Youssef CHOUKRI, CPIP
Sébastien GEORGES, CPIP

SNDP-CFDT

Damien PELLEN, DSP, premier secrétaire national
Julie LATOU, DSP, secrétaire nationale
Jean-Michel DEJENNE, secrétaire national

FO – personnel de direction

Sébastien NICOLAS, DSP, Secrétaire Général
Patrick WIART, DSP, bureau national
Xavier VILLEROY, DSP, bureau national

SITES VISITES**LILLE****UHSA**

Pr Pierre THOMAS, PU-PH, Chef de pôle
Dr Catherine ADINS, Médecin coordonnateur
Dr Thomas FOVET, Praticien Hospitalier Psychiatre,
Dr Maud BERTRAND, PH Psychiatre,
Dr Fabien AGNERAY, PH Psychiatre,
Dr Suzanne BUYLE-BODIN, AH Psychiatre,
Robin RYCKEBUSCH, interne,
Angélique DEMAN, faisant fonction de cadre supérieur,
Pauline SPYCHALA, Assistante sociale

DISP de Lille

M. WILLEMOT, directeur interrégional adjoint

PARIS**UHSA de Villejuif**

Didier HOTTE, Directeur du GH Paul Guiraud
 Cécilia BOISSERIE, Adjointe au directeur du GH Paul Guiraud
 Dr Magali BODON-BRUZEL, Chef de pôle SMPR-UHSA-CSAPA,
 Dr David TOUITOU, Chef de service UHSA,
 Frédérique ARDON, Cadre supérieur de pôle SMPR-UHSA-CSAPA,
 Baptiste LE TENIER, Directeur pôle juridique et des missions transversales CP Fresnes,
 Claire BALLOT Assistante sociale,
 Paul MANIJEAN, Responsable pénitentiaire de l'UHSA

DISP Paris

Renaud SEVEYRAS, adjoint au DISP

Mission Outre-Mer (MOM)

Hubert MOREAU, chef de la MOM
 Claire MERIGONDE, adjointe au chef de la MOM

Préfecture du Val de Marne

M. Sébastien LIME, directeur de cabinet

Etablissement public national de santé de Fresnes (EPSNF)

Olivier REILLON, chef d'établissement de l'EPSNF

ORLEANS**Administration pénitentiaire**

Soulmaz ALAVINIA, Directrice adjointe CP Orléans-Saran
 Michael SANCHEZ, responsable transfert et escorte de la DISP de Dijon
 Sylvain PICCIOLI, Adjoint chef du département insertion probation de la DISP de Dijon,
 Christophe FOREAU, Commandant responsable UHSA,

UHSA d'Orléans

Jean-Yves BOISSON, Directeur général du CHS Georges Daumezon,
 Pr Alexandre GUILLARD, Chef de pôle,
 Dr Coralie LANGLET, PH psychiatre,
 Nathalie LASCAUX, Cadre de santé de l'UHSA,
 Alexandra PARIS, Cadre santé,
 Marine MENON, infirmière diplômée d'État
 Valérie PASQUIER, infirmière diplômée d'État
 Matthieu LOURME, infirmière diplômée d'État,
 Laurent BENIT, Assistant de service social (AS),
 Thibaut DELAPLACE, AS

NANCY**UHSA**

Dr Emilie PARENTY, PH Psychiatre responsable UHSA
 Dr Cathy NARDIN, PH Psychiatre,
 Denise CESAR, Cadre de santé
 Alain KNOPF, représentant de la direction de l'EPSM, DRH

Armand MATHE, commandant pénitentiaire en charge de l'UHSA
 Magalie MARET, infirmière diplômée d'État
 Anne POWELL, infirmière diplômée d'État
 Marie CHEVES, infirmière diplômée d'État
 Arnaud GENIN, infirmier diplômé d'état
 Valériane CHEROUGE, assistante sociale

DISP Strasbourg – Grand- Est

M. GELY, directeur interrégional par intérim
 Mélanie HERRMANN, responsable de l'action sanitaire-DPIP

Maison d'arrêt de Nancy-Maxéville

Hugues STAHL, chef d'établissement
 Dr Clémence DARDENNE, médecin généraliste responsable de l'US
 Dr Julie NOUCHI, médecin généraliste, `
 Béatrice ROUH, cadre sup US

LYON

UHSA

Pascal MARIOTTI, directeur général du CH le Vinatier (Bron)
 Dr Frédéric MEUNIER, chef de pôle SMD-PI, Ch le Vinatier (Bron)
 Dr Eve BECACHE, psychiatre, responsable de l'UHSA, Ch le Vinatier
 Dr Blandine PERRIN, Présidente de la CME, Ch le Vinatier

MA Lyon Corbas

Emmanuel FENARD, chef d'établissement

ARS

Dr Sylvie YNESTA, médecin inspecteur, chargée de la santé des personnes détenues

TGI

Thierry POLLE, Président
 Marc CIMAMONTI Procureur de la république

DIRPJJ et DISP de Lyon

Mme HANICOT, DISP,
 M. RONZEL, DIRPJJ,
 Mme ZEIZIG, chargée de mission santé à la DISP

RENNES

UHSA

Bernard GARIN, directeur de l'EPSM
 Anaïs JEHANNO, directeur adjoint de l'EPSM
 Dr Marc FEDELE, chef de pôle
 Dr Anne HENRY, médecin responsable de l'UHSA
 Sylvie BERCHOT, cadre supérieur de santé, assistante de pôle
 Sophie TROUVE, cadre de santé UHSA
 Tiphaine COCAUD, assistante médico administrative
 Anne-Marie KEROMNES, chargée de mission offre de soins ambulatoires ARS/DT 35

Dr FEDELE, chef de pôle UHSA
 Madame BERCHOT, cadre supérieur de santé
 Madame TROUVE, cadre de santé
 Madame COCAUD, assistante Médico Administrative

Administration pénitentiaire

M.DORSEAU, commandant chargé de l'UHSA

ARS Bretagne

Dominique PENHOUE, directeur adjoint
 Anne-Marie KEROMNES, chargée DD de mission offre de soins ambulatoires

DISP Grand Ouest

Éric MORINIERE, DISP Adjoint,
 Mme PONDAVEN, SA en charge de la santé des personnes détenues et de la prévention du suicide.

SPIP de l'Ile et Vilaine

M. BERNARD, DFSPIP 35,
 M. ROGER, CPIP référent de l'UHSA et de l'UHSI au CP de Rennes-Vezin

TOULOUSE

UHSA

Catherine PASQUET, DG CH Gérard – Marchand,
 Dr Catherine CHAIX, Psychiatre cheffe de pôle PCAMP,
 Dr Anne-Hélène MONCANY, Psychiatre responsable de l'UHSA,
 Dr Julie RIEU, Psychiatre,
 Dr VEDERE Maxime, Psychiatre,
 Dr Sylvie BARTOLUCCI, Psychiatre UHSA et CD Muret,
 Dr Aude LAGARRIGUE, Médecin légiste UHSI,
 Sophie VILETTE, Secrétaire ;
 Carlos CARDOSO, Cadre de santé de l'unité A,
 Agnès AMELAINE, Cadre de santé de l'unité B,
 Yasmina YAYAHOU, Assistante sociale,
 Christophe MALINOWSKI, infirmière diplômée d'état,
 Philippe GENOIT, Psychologue

Administration pénitentiaire

Arnaud MOUMANEIX, Chef d'établissement du CP de Toulouse-Seysses
 Jean-Pierre PEREIRA, Lieutenant responsable de l'UHSA

ARS OCCITANIE

Bertrand PRUDHOMMEAUX, directeur adjoint de la Direction de l'offre de soins et de l'Autonomie (DOS), responsable pôle hospitalier,
 Dr Olivier PUECH, conseiller médical en santé mentale, en charge du suivi des détenus,
 Dr Mohamed Amid ELAROUTI, charge de mission pôle hospitalier, DOSA

Préfecture de Haute-Garonne

Marc TSCHIGGFREY, directeur de Cabinet
 Pierre BRESSOLLES, chef de cabinet

DISP Toulouse

Stéphane SCOTTO, DISP

MARSEILLE

UHSA

Sylvia BRETON, directrice générale adjointe AP-HM,
 Isabelle FABRIS, directrice générale adjointe Hôpital Nord et DG du pôle 11 de l'AP-HM,
 Dr Catherine PAULET, Cheffe du pôle 11 de l'AP-HM et cheffe de service de l'UHSA,
 Dr Pascale GIRAVALLI, Médecin coordinateur de l'UHSA,
 Sandrine DRAY, Cadre supérieure de santé et directeur des soins par intérim,
 Frédéric IRIDE, Cadre de santé,
 François LE CLEZIO, Ingénieur général responsable de la maîtrise d'ouvrage,
 Dr Flore LEVRAT, Psychiatre,
 Dr Pierre GIRERD, Psychiatre,
 Sofia GUENFICI, infirmière diplômée d'état,
 Sara AMARI, infirmière diplômée d'état,
 DEPREZ, Cadre socio-éducatif,
 Julien HERRERO, Psychologue clinicien,
 Laurence FOURNIER, Ergothérapeute,
 Fatima ALI, Aide-soignante

Centre pénitentiaire de Marseille les Baumettes

Sabine MOUTOT, adjointe du chef d'établissement

DISP de Marseille

Patrick MOUNAUD, DISP
 Laure MORETTI, adjointe chef de département DIPPR à la DISP

SPIP Bouches du Rhône

Mme PEREZ, directrice référente pour l'UHSA et l'UHSA,
 Mathieu BESSEC, CPIP, référent UHSA,
 Antoine MAZELLA, CPIP, référent UHSA,
 Agathe LANGE, élève avocate

DIRPJJ PACA

M. ARNAL, directeur interrégional DIRPJJ,
 M. CHARPENTIER, directeur territorial DT Bouches-Du-Rhône,
 M. MIRALLES, chargé de la maîtrise des risques, DIRPJJ
 Mme LANATA, responsable des missions éducatives

Juridiction

M. TARABEUX, procureur de la république,
 M. RIDE, procureur adjoint
 Mme DELABY, JAP VP, coordination de l'application des peines, référente UHSA et UHSA
 Mme BALESIE, JLD et coordonnatrice du service JLD
 Mme GIRARD, substitut chargée de l'exécution des peines

Préfecture de police de Marseille

M. Christophe REYNAUD, directeur de cabinet du préfet de police de Marseille.
 M. Bruno CANTAT, commandant de la police nationale

ARS PACA

Claude d'HARCOURT, Directeur général
 Caroline VON DE VONDELE, chargée de mission en santé pénitentiaire
 Dr Laurent SAUZE, ARS PACA,
 Dr Evelynne FALIP, référent psychiatrie et santé pénitentiaire

BORDEAUX**UHSA Cadillac**

Dr Dominique DANDELLOT
 Monsieur le commandant responsable de l'UHSA

CP Bordeaux Gradignan

M VARIGNON, directeur CP

DISP Bordeaux

Alain POMPIGNE, directeur

SPIP de la Gironde

Mme C. LUPION, DFSISP de Gironde
 Mme A. CHANSEAUME, CPIP référente

ARS NOUVELLE-AQUITAINE

Michel LAFORCADE, directeur général
 Daniel HABOLD, directeur de la santé publique,
 Samuel PRATMARTY directeur de l'offre de soins et de l'autonomie,
 Olivier SERRE, directeur des territoires et directeur de la délégation départementale de la Gironde,
 Anne Sophie LAVAUD, adjointe au directeur délégué à l'autonomie,
 Dr Marylène FABRE, conseillère médicale à la direction de la santé publique

NORMANDIE**CH ST ETIENNE DU ROUVRAY**

Richard DUFOREAU, Directeur des affaires médicales et juridiques,
 Dr Christian NAVARRE, vice-président de la CME,
 Dr Jean-Michel PASQUIER, Chef de pôle RSCB, responsable filière personnes détenues,
 Dr Gaël FOULDRIN, Chef de pôle UMD,
 Dr Marie-Claire ROISSET, PH psychiatre à l'unité Badinter,
 Sébastien LAIR, CSS assistant de pôle RSCB,
 Alexandra BONNET, Cadre de santé de l'unité Badinter,
 Thomas AZOUCHY, Responsable des services techniques, patrimoine et investissements,

Administration pénitentiaire

Muriel TABEAU, chef d'établissement du CP du Havre,
 Malou CONNAN-ANDRE, adjointe au chef d'établissement du CD de Val-de-Reuil,
 Frédéric RUSSEAU, major responsable infra/sécurité du CD de Val-de-Reuil

ARS NORMANDIE

Mme NOGUERA, directrice générale adjointe,
 Mme MILIN, directrice de l'offre de soins,
 Dr ROMBEAU (référente ARS PPSMJ)

Dr MORISSE (responsable soins psychiatriques sans consentement, DT Caen)

HAUTS DE FRANCE

CP Château Thierry

Frédéric LOPEZ, directeur,
Mme Laëtitia RUCH, chef de détention,
M. Renald CHAMPRENAUT, surveillant poste fixe USMP,
M. Cyril CREPIN, brigadier unité sanitaire.

EPSM Prémontzé

Hans NSAME PRISO, directeur adjoint
Brigitte MARCINIAK, cadre de santé
Frédéric NAVARRE, faisant fonction cadre supérieur de santé
Sophie BARTHES, infirmière diplômée d'Etat
Ophélie MARTEAU, étudiant infirmière 3eme année

CH Château-Thierry

Philippe MERCIER, directeur adjoint
Florence BERTUCCHI, cadre de santé
Annie SEGRETIN, coordonnateur de soins

PERSONNALITÉS QUALIFIÉES

Dr Cyrille CANETTI, Hôpital Sainte Anne,
Dr Alain LOPEZ, ancien IGAS, pilote du plan « Santé mentale 2005/2008 »
Pr Louis JEHEL, professeur d'université des Antilles et chef de service CH et US de Martinique

Annexe 3. ACRONYMES

AILSIS : alternative à l’incarcération par le logement et le suivi intensif dans la cité

AP : administration pénitentiaire

APIJ : agence pour l’immobilier de la justice

APPI : application des peines - probation - insertion

APS : avant-projet sommaire

ARS : agence régionale de santé

AS : assistante sociale

CD : centre de détention

CEDH : comité européen des droits de l’homme

CGLPL : contrôleur générale des lieux de privation de liberté

CH : centre hospitalier

CHR : centre hospitalier régional

CHS : centre hospitalier spécialisé

CIT : cellule d’isolement thérapeutique

CJD : centre des jeunes détenus

CMP : centre médico-psychologique

COPIL : comité de pilotage

CP : centre pénitencier

CPIP : conseiller pénitentiaire d’insertion et de probation

CPP : code de procédure pénale

CPT : comité de prévention de la torture

DAP : direction de l’administration pénitentiaire

DGOS : direction générale de l’offre de soins

DGS : direction générale de la santé

DIRPJJ : direction interrégionale de la protection judiciaire de la jeunesse

DISP : direction interrégionale des services pénitentiaires

DMH : durée moyenne d’hospitalisation

DMP : dossier médical partagé

DMS : durée moyenne de séjour

DPJJ : direction de la protection de la jeunesse

DREES : direction de la recherche, de l’évaluation et des études statistiques

DTPJJ : direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse

EP : établissement pénitentiaire

EPM : établissement pénitentiaire pour mineurs

EPSM : établissement public de santé mentale

EPSNF : établissement public national de santé de Fresnes
ETP : équivalent temps plein
GENESIS : gestion nationale des personnes écrouées pour le suivi individualisé et la sortie
HAS : Haute autorité de santé
HDJ : hospitalisation de jour
HL : hospitalisation libre
IGAS : inspection générale des affaires sociales
IGJ : inspection général de la justice
INED : institut national des études démographiques
JAP : juge d'application des peines
LOPJ : loi d'orientation et de programmation pour la justice
MA : maison d'arrêt
MNA : mineur non accompagné
OMS : organisation mondiale de la santé
OSSD observatoire des structures de soins aux personnes détenues
PCC : poste de contrôle et de circulation
PJJ : protection judiciaire de la jeunesse
PRAPS : programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
PREJ : Pôles de Rattachement des Escortes Judiciaires
PRS : programme régional de santé
QCD : quartier centre de détention
QM : quartiers mineurs
SCN : service à compétence nationale
SDRE : soins à la demande du représentant de l'Etat
SMPR : services médico-psychologiques régionaux
SPIP : service pénitentiaire d'insertion et de probation
STEMOI : service territorial éducatif de milieu ouvert et d'insertion
UHSA : unités hospitalières spécialement aménagées
UMD : unité pour malades difficiles
USIP : unité en soins intensifs psychiatriques
USMP : unité de soins en milieu pénitentiaire
VIH : virus de l'immunodéficience humaine

**Annexe 4. LES DONNEES RELATIVES AUX UHSA PRODUITES DANS
LE CADRE DE LA MISSION**

En l'absence de sources constituées, la mission a documenté l'activité et les pratiques des UHSA via un questionnaire adressé aux directeurs d'hôpital et chefs de service de rattachement des unités. Elle a complété les informations ainsi recueillies par une demande d'extractions spécifiques de la base RIM-P gérée par l'agence technique d'information hospitalière (ATIH).

QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX UHSA PAR LA MISSION

Adressés début juillet, les questionnaires ont été saisis sous la responsabilité des personnels sanitaires des UHSA, le cas échéant en lien avec l'administration pénitentiaire et ré-adressés à la mission dans le courant du mois de septembre.

a. LE QUESTIONNAIRE

Données quantitatives

1. Nom de la structure
2. Date d'ouverture
3. Établissement hospitalier de rattachement
4. Établissement pénitentiaire d'écrou
5. Nombre total de lits
6. Nombre de chambres d'isolement dédiées non comptabilisées dans les lits disponibles
7. Durée moyenne de séjour (séjours terminés en 2016 et 2017) en 2016 et en 2017
8. Effectifs médical et soignant, affectés ou intervenant, en équivalent temps plein
9. Effectifs pénitentiaires, affectés ou intervenant
10. Nombre total de séjours en 2016 et en 2017
11. Nombre total de patients hospitalisés sur l'année (HL et HO) en 2016 et 2017
12. Nombre total de journées d'hospitalisation (HL et sous contrainte) en 2016 et 2017
13. Nombre d'admissions moins de 48h suite au contact entre praticiens en 2016 et 2017
14. Nombre de séjours faisant immédiatement suite à une hospitalisation en établissement public de santé mentale au titre de l'article D.398 en 2016 et 2017
15. Nombre de séjours débutant en hospitalisation sous contrainte en 2016 et 2017
16. Nombre de journées en hospitalisation sous contrainte en 2016 et 2017
17. Nombre de patients re-hospitalisés dans les 12 mois après 1er admission en 2016 et 2017
18. Nombre de patients re-hospitalisés 2 fois ou plus dans cette même période parmi les patients ré-hospitalisés dans les 12 mois suivants leur première admission,
19. Nombre (jours) de chambres indisponibles (dégradations, déféctuosité...) en 2016 et 2017
20. Nombre de patients en attente d'admission à date du renseignement du questionnaire
21. Délai moyen d'attente pour l'admission en UHSA à date de renseignement du questionnaire pour les patients admis en hospitalisation sous contrainte et en HL
22. Nombre de femmes majeures hospitalisées depuis l'ouverture
23. Nombre de mineurs hospitalisés depuis l'ouverture
24. Nombre d'extractions réalisées pour des raisons médicales (hospitalisations, consultations) et judiciaires (JLD et visioconférence) en 2016 et en 2017

25. Nombre habituel de personnels soignants et de l'administration pénitentiaire mobilisés lors des transports suivants (hors chauffeurs) : entrées en hospitalisation sans consentement et en hospitalisation libre, extractions pour raisons médicales et judiciaires (HL et sous contrainte), extraction pour raisons (HL et sous contrainte), retour en détention
26. Nombre de visioconférences judiciaires réalisées depuis l'UHSA en 2016 et en 2017
27. Nombre de consultations par télé-médecine réalisées depuis l'UHSA en 2016 et en 2017
28. Nombre de prêts de main-forte effectués sur l'année en 2016 et en 2017
29. Nombre de dossiers de demande de suspension de peine transmis au juge de l'application des peines en cours d'hospitalisation pour des motifs psychiatriques depuis l'ouverture
30. Nombre de suspensions de peines prononcées pour motifs psychiatriques depuis l'ouverture
31. Nombre d'aménagements de peines prononcés en cours d'hospitalisation
32. Nombre de décisions d'irresponsabilités pénales prononcées en cours d'hospitalisation
33. Nombre de séjours terminés inférieurs à 1 mois en 2016 et en 2017
34. Nombre de séjours terminés compris entre 1 et 2 mois en 2016 et en 2017
35. Nombre de séjours terminés compris entre 2 et 6 mois en 2016 et en 2017
36. Nombre de séjours terminés supérieurs à 6 mois en 2016 et en 2017
37. Nombre total de journées de placement à l'isolement décidés sur la base de l'article L3222-5-1 du CSP en 2016 et en 2017

Données qualitatives

38. Existe-t-il une phase d'observation et d'évaluation à l'arrivée des patients ? Si oui, se déroule-t-elle dans une chambre ou une unité spécifique ?
39. Pouvez-vous décrire brièvement les modalités d'admission programmées des patients en HL et sans consentement.
40. Les admissions en moins de 48h sont-elles pratiquées et selon quelles modalités ?
41. Les unités sont-elles dédiées à des patients en raison de leur statut (SDRE ou patient en hospitalisation libre), de leurs pathologies, de la progression de leur prise en charge ?
42. Pouvez-vous expliquer les raisons principales des délais d'attente à l'admission (temps administratif, temps de transports, etc...) ?
43. L'UHSA dispose-t-elle d'un fauteuil dentaire ?
44. Existe-t-il une convention avec un centre hospitalier général disposant d'un plateau technique somatique ?
45. Quelles sont les modalités d'organisation permettant de garantir la continuité des soins et comment est préparée la sortie ?
46. Quelles sont les modalités prévues en l'absence de médecin psychiatre dans l'établissement pénitentiaire de destination du patient sortant ?
47. Quels sont les motifs de séjours longs au sein de l'UHSA (supérieurs à 6 mois) ?
48. Quels sont les objectifs du travail thérapeutique fixés pour ces longs séjours ?
49. La commission de coordination locale (au sens de la circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 no 2011-105), présidée par le préfet de département ou son représentant, est-elle réunie de façon annuelle ? Répond-t-elle à vos attentes ?
50. Avez-vous mis en place d'autres temps institutionnel (comités de pilotage) ?

51. Pouvez-vous nous détailler les modalités de travail en commun des assistantes sociales de l'unité, des CPIP et des éducateurs PJJ ?
52. Quelles sont les difficultés rencontrées ?
53. Quelles sont les moyens entrepris en faveur des aménagements ou suspension de peine pour raisons somatiques et/ou psychiatriques ?

Liste des graphiques issus de l'exploitation des questionnaires

Graphique 1 : nombre de patients admis en 2017	20
Graphique 2 : % de patients réhospitalisés une ou plusieurs fois lors des 12 derniers mois en 2017	20
Graphique 3 : nombre de journées d'hospitalisation en 2017	21
Graphique 4 : mode d'admission en 2017	21
Graphique 6 : délais moyens en jours d'attente selon le mode d'admission en 2017	22
Graphique 7 : ratio chambre d'isolement par lits en UHSA en 2017	22
Graphique 8 : Proportion équipe médicale par lits en UHSA en 2017	22
Graphique 8 : taux de rotation des lits en UHSA en 2017	23
Graphique 9 : proportion de personnes sous main de justice venant d'un EPSM et d'un SMPR par séjour en 2017	23
Graphique 10 : extractions pour raisons médicales et moyenne par séjour en 2017	23

Liste des tableaux issus de l'exploitation des questionnaires

Tableau 1 : DMS par UHSA (mission vs ATIH) en 2017	24
Tableau 2 : Nombre journées d'isolement par UHSA (mission vs ATIH) en 2017	25
Tableau 3 : Nombre journées de présence par UHSA (mission vs ATIH) en 2017	25
Tableau 4 : Profils cliniques des entrants hommes en 2017	25
Tableau 5 : Profils cliniques des entrants femmes en 2017	25
Tableau 6 : Profils cliniques ensemble des entrants en 2017	26
Tableau 7 : répartition des troubles psychiatriques CIM 10 par UHSA en 2017	26
Tableau 8 : Durée moyenne de séjour (DMS)/ pathologies	27
Tableau 9 Effectifs administration pénitentiaire en UHSA	28
Tableau 10 Tableau synthétique des UHSA	29
Tableau 11 Provenance des patients admis en UHSA	30
Tableau 12 Part d'adressage des SMPR et de réorientation vers les SMPR	31
Tableau 13 Taux d'occupation des SMPR	32
Tableau 14 Modélisation Ile de France	37
Tableau 15 Modélisation Occitanie – PACA – scénario 1	43
Tableau 16 Modélisation Occitanie –PACA, scénario 2	44
Tableau 17 Modélisation région Normandie	48
Tableau 18 Modélisation Bourgogne-Franche-Comté	52
Tableau 19 Principales données disponibles sur la santé mentale en détention	57
Tableau 20 Comparaison entre l'unité Badinter les valeurs moyennes UHSA	79
Tableau 21 Comparaison entre l'unité Erable rouge et les valeurs moyennes en UHSA	81

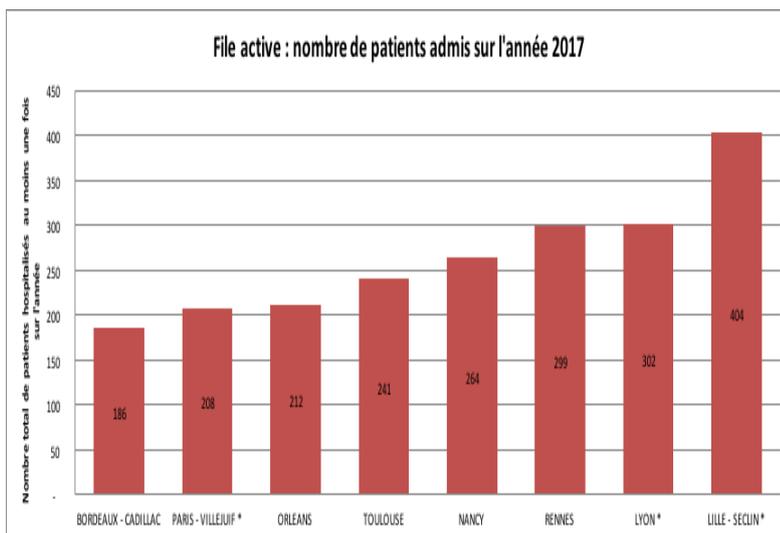
b. LES PRINCIPAUX RESULTATS RELATIFS AUX DONNEES QUANTITATIVES DE L'ENSEMBLE DES PUBLICS

L'ensemble des UHSA a répondu aux questionnaires, avec une certaine hétérogénéité dans les taux de remplissage. La mission a fait le choix de présenter dans les annexes les données les plus exploitables et significatives (caractérisation des sites et comparaison entre eux¹). Faute de recul suffisant, l'UHSA de Marseille, ouverte depuis février 2018, n'est pas toujours intégrée à cette analyse.

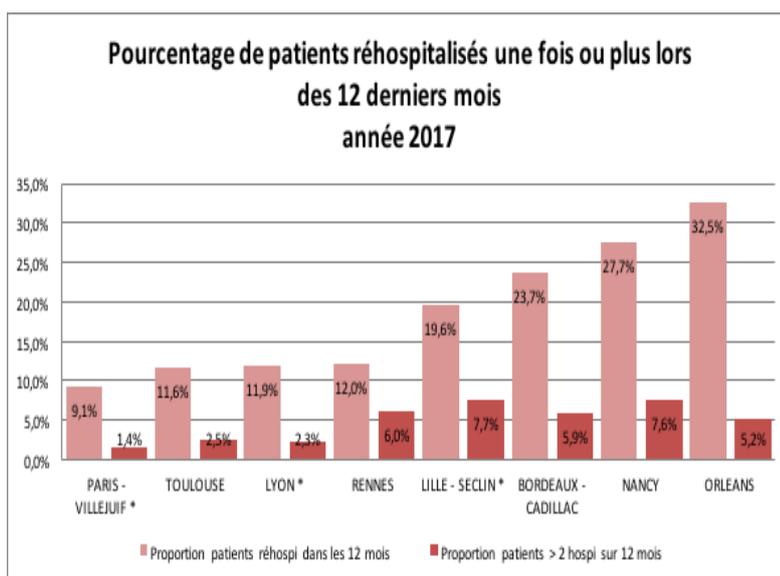
Ces données issues des questionnaires, ont été traitées dans la perspective de réfléchir à des éléments de tableaux de bord. À cet effet, elles sont restituées sous formes de graphiques.

Dans les graphiques suivants, les UHSA de 60 lits sont signalées par un astérisque.

Graphique 1 : nombre de patients admis en 2017

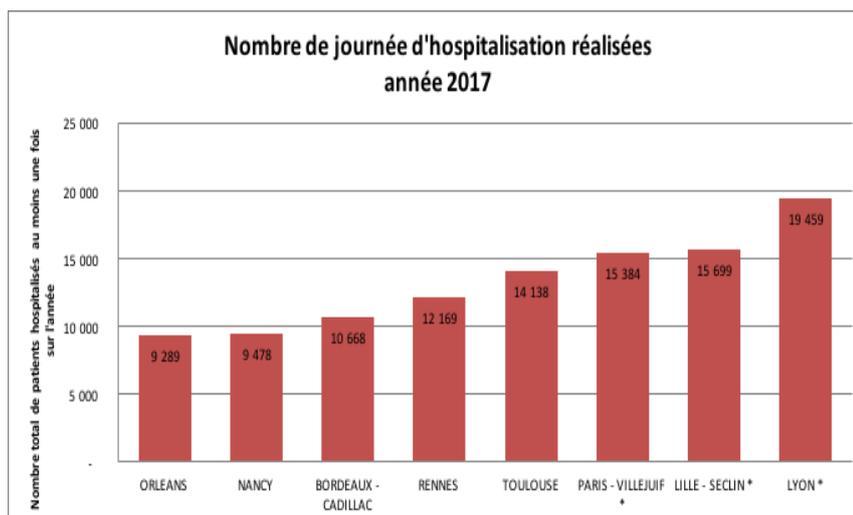


Graphique 2 : % de patients réhospitalisés une ou plusieurs fois lors des 12 derniers mois en 2017

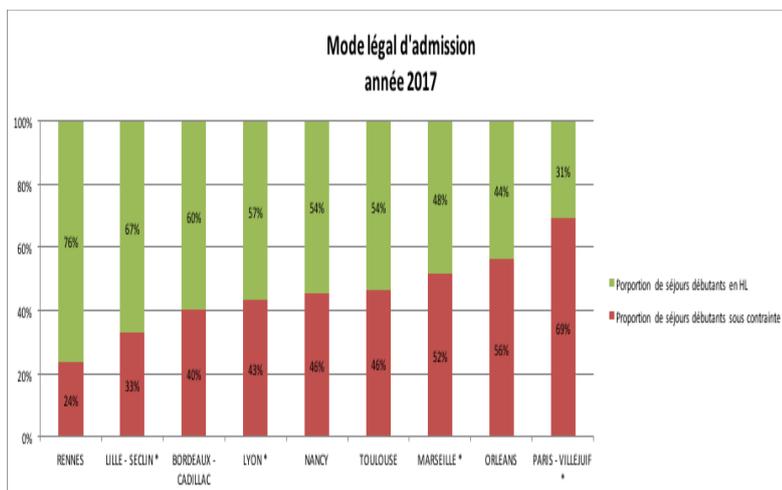


¹ Pour un certain nombre de variables, les mêmes UHSA ont pu produire des données différentes (il y a parfois des écarts importants entre les réponses données au questionnaire et les données transmises aux tutelles).

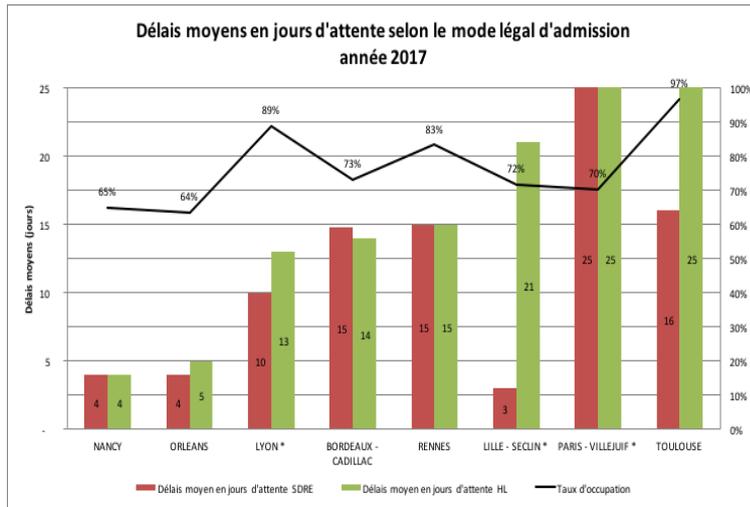
Graphique 3 : nombre de journées d'hospitalisation en 2017



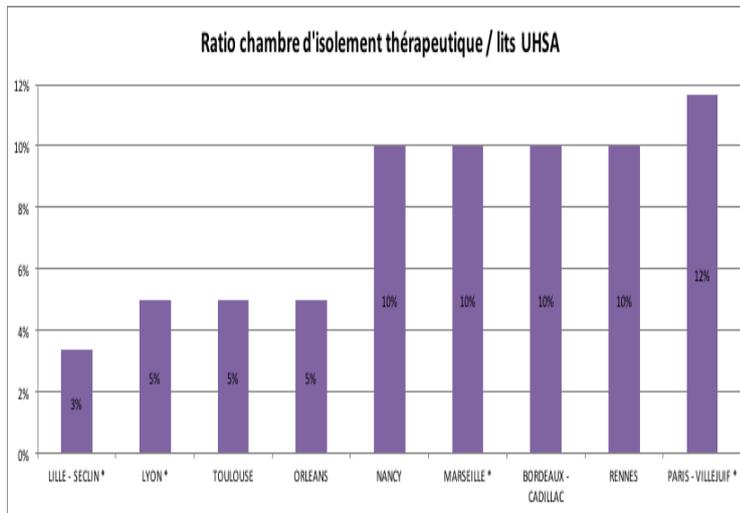
Graphique 4 : mode d'admission en 2017



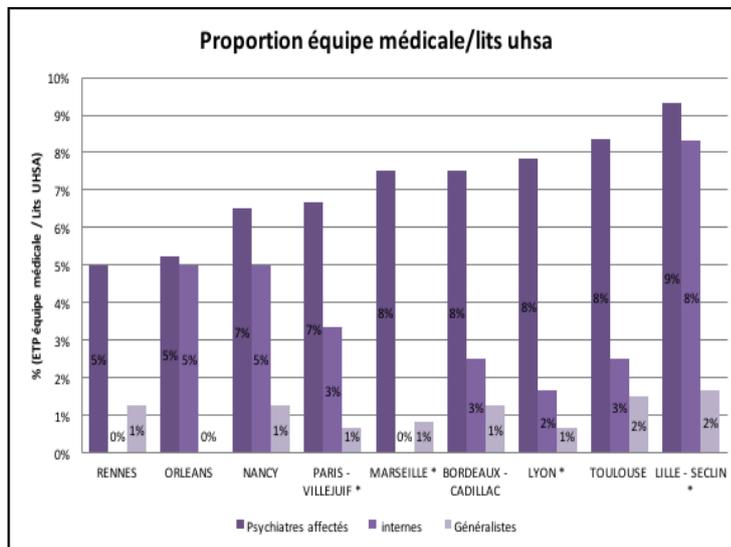
Graphique 5 : délais moyens en jours d'attente selon le mode d'admission en 2017



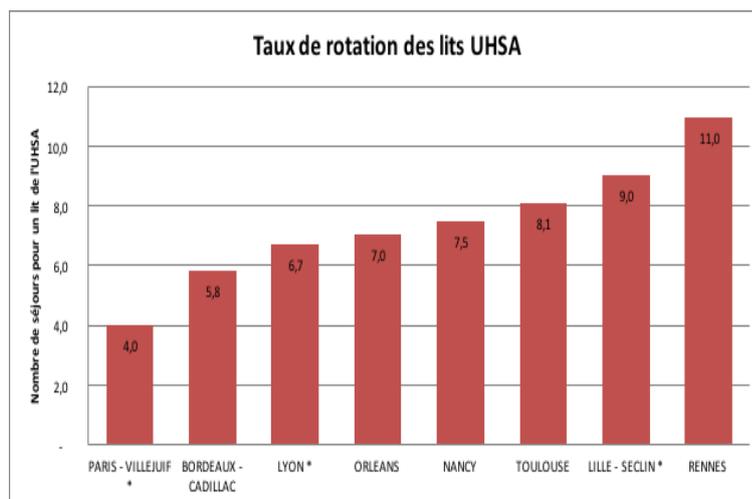
Graphique 6 : ratio chambre d'isolement par lits en UHSA en 2017



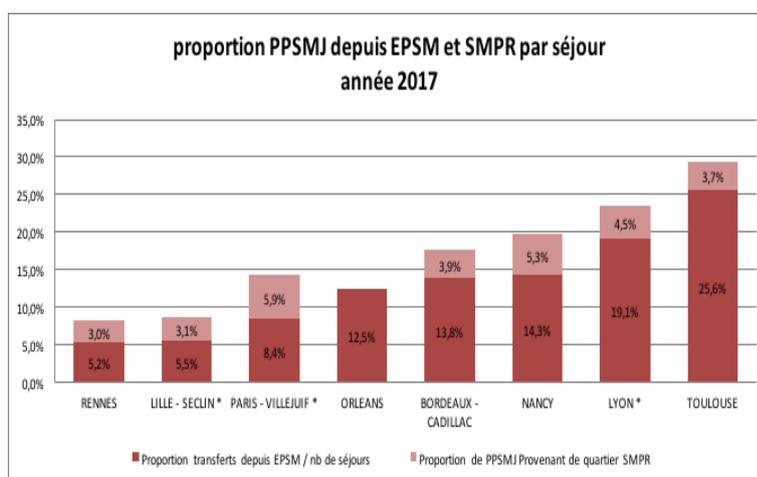
Graphique 7 : Proportion équipe médicale par lits en UHSA en 2017



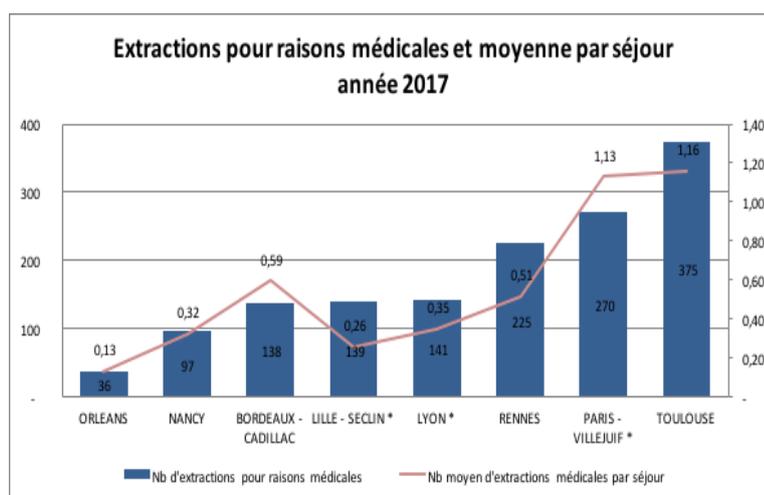
Graphique 8 : taux de rotation des lits en UHSA en 2017



Graphique 9 : proportion de personnes sous main de justice venant d'un EPSM et d'un SMPR par séjour en 2017



Graphique 10 : extractions pour raisons médicales et moyenne par séjour en 2017



2. LES DONNEES PRODUITES PAR L'ATIH A LA DEMANDE DE LA MISSION

Les données demandées par la mission à l'ATIH sont issues d'extractions de la base RIM-P. Une partie des données portait sur la DMS et DMH des patients détenus dans chacune des 9 UHSA, calculées selon différent intervalle de temps :

- Intervalle 1 = (nombre de journées d'hospitalisation sur l'année 2017) / (nombre de séjours débutés et terminés entre le 01/01/2017 et le 31/12/2017)
- Intervalle 2 = (nombre de journées d'hospitalisation sur l'année 2017) / (nombre de séjours débutés entre le 01/01/2017 et le 31/12/2017, terminés ou toujours en cours)
- Intervalle 3 = (nombre de journées d'hospitalisation sur l'année 2017) / (nombre de séjours débutés en amont ou entre le 01/01/2017 et le 31/12/2017, terminés pendant cette période)
- Intervalle 4 = (nombre de journées d'hospitalisation sur l'année 2017) / (nombre de séjours débutés en amont ou entre le 01/01/2017 et le 31/12/2017, terminés ou toujours en cours)

Une autre partie porte sur les diagnostics principaux, le nombre de placements en chambre d'isolement thérapeutique, le mode légal de soins (admission et sortie, conversions SDRE en hospitalisation libre et hospitalisation libre en SDRE au cours du séjour).

a. CONTROLE DE COHERENCE AVEC LES DONNEES DE L'ENQUETE DE LA MISSION IGSA-IGJ

Les données produites par l'ATIH ont d'abord été comparées à celle issues du questionnaire de la mission. Pour la plupart des items communs aux deux sources, on note une concordance des valeurs (taux d'occupation, files actives, séjours, DMH calculée en prenant l'intervalle 4). En revanche, des divergences plus ou moins marquées selon les unités s'observent pour les valeurs de la DMS (l'intervalle 4 correspondant aux DMS calculées par l'ATIH les plus proches de celles de l'enquête de la mission). Dans ses analyses, la mission s'est fondée sur les données ATIH qui minorent globalement les valeurs issues du questionnaire de la mission.

Tableau 1 : DMS par UHSA (mission vs ATIH) en 2017

UHSA	DMS IGAS	DMS ATIH
Rennes	26	27
Lille - Seclin *	31	27
Nancy	32	29
Orléans	33	33
Toulouse	40	43
Bordeaux - Cadillac	42	48
Lyon *	61	49
Paris - Villejuif *	80	65
Total général	41	30

La mission retrouve aussi quelques écarts concernant le nombre de journées en isolement, la valeur nulle retrouvée par l'ATIH pour Bordeaux l'amenant à se référer plutôt à ses données.

Tableau 2 : Nombre journées d'isolement par UHSA (mission vs ATIH) en 2017

Nombre de jour isolement	mission	ATIH
Rennes	410	484
Lille - Seclin *	149	221
Nancy	542	523
Orléans	275	275
Toulouse	158	155
Bordeaux - Cadillac	214	0
Lyon *	146	263
Paris - Villejuif *	1 778	1 721
Total général	3 672	3 642

Enfin, les différences retrouvées dans l'estimation du nombre des journées de présence ont conduit la mission à se fonder sur les données de l'ATIH.

Tableau 3 : Nombre journées de présence par UHSA (mission vs ATIH) en 2017

Nombre journées de présence	Mission	ATIH
Rennes	13 745	14 138
Lille - Seclin *	10 744	10 668
Nancy	11 916	12 169
Orléans	9 288	9 289
Toulouse	9 413	9 478
Bordeaux - Cadillac	15 624	15 699
Lyon *	19 595	19 459
Paris - Villejuif *	14 988	15 384
Total général	105 313	106 284

b. DESCRIPTION DES PROFILS DES PATIENTS ET DES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS

Complétant les données recueillies par la mission, les données de l'ATIH qui n'incluent pas les mineurs ont permis d'appréhender les profils cliniques des entrants et de leurs variations.

Tableau 4 : Profils cliniques des entrants hommes en 2017

F2 Schizophrénie, troubles schizo-typiques et troubles délirants	40%
F6 Troubles de la personnalité	21%
F3 Troubles de l'humeur (dépression, bipolarité...)	15%
F4 Troubles névrotiques	14%
F1 Troubles mentaux et du comportement liés à des substances psychoactives	4%
AUTRES	6%

Tableau 5 : Profils cliniques des entrants femmes en 2017

F6 Troubles de la personnalité	27%
F2 Schizophrénie, troubles schizo-typiques et troubles délirants	20%
F3 Troubles de l'humeur (dépression, bipolarité...)	20%
F4 Troubles névrotiques	17%
F1 Troubles mentaux et du comportement liés à des substances psychoactives	5%
AUTRES	11%

Tableau 6 : Profils cliniques ensemble des entrants en 2017

F2 Schizophrénie, troubles schizo-typiques et troubles délirants	38%
F6 Troubles de la personnalité	21%
F3 Troubles de l'humeur (dépression, bipolarité,..)	16%
F4 Troubles névrotiques	13%
F1 Troubles mentaux et du comportement liés à des substances psychoactives	5%
AUTRES	8%

Les psychoses (schizophrénies, troubles schizo-typiques, troubles délirants) dominent le tableau clinique des entrants (38%), suivi des troubles de la personnalité (21%) et des troubles de l'humeur (16%). Si l'usage de produits psychoactifs est retrouvé chez nombre de détenus, les troubles psychiatriques associés ne représentent qu'une part marginale des hospitalisations en UHSA (5%).

Cette répartition des diagnostics n'est pas homogène. Elle est d'une part fortement genrée, les hommes, beaucoup plus nombreux à être admis, étant le plus souvent affectés de troubles psychotiques, tandis que les femmes sont d'abord atteintes de troubles de la personnalité.

D'autre part, elle varie aussi fortement selon le lieu d'hospitalisation.

Tableau 7 : répartition des troubles psychiatriques CIM 10 par UHSA en 2017

Diagnostic par séjour et par UHSA en 2017 TOTAL H ET F en intégrant les diagnostics non renseignés dans le dénominateur	UHSA Lyon		UHSA Orléans		UHSA Lille		UHSA Nancy		UHSA Cadillac		UHSA Rennes		UHSA Toulouse		UHSA Paris		moyenne	
F0 Démence	0	0%	0	0%	7	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	7	0%
F1 Troubles mentaux et comport liés à substances psycho-actives	19	5%	5	2%	13	2%	27	8%	9	4%	20	5%	8	3%	4	2%	105	4%
F2 Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	181	45%	107	38%	169	29%	110	34%	81	36%	109	25%	125	40%	59	25%	941	34%
F3 Troubles de l'humeur (dépression, bipolarité,..)	81	20%	33	12%	97	17%	24	7%	34	15%	50	12%	51	16%	20	9%	390	14%
F4 Troubles névrotiques	32	8%	41	14%	90	15%	97	30%	29	13%	42	10%	15	5%	5	2%	351	13%
F6 Troubles de la personnalité	65	16%	57	20%	146	25%	34	10%	52	23%	50	12%	63	20%	26	11%	493	18%
Examen psychiatrique général, non classé ailleurs	4	1%	0	0%	0	0%	9	3%	0	0%	17	4%	18	6%	12	5%	60	2%
Difficultés liées à un emprisonnement et autre incarcération	0	0%	28	10%	16	3%	14	4%	3	1%	3	1%	0	0%	0	0%	64	2%
Autre	8	2%	3	1%	9	2%	9	3%	18	8%	4	1%	10	3%	9	4%	70	2%
Non renseigné	13	3%	9	3%	41	7%	0	0%	0	0%	139	32%	26	8%	97	42%	325	12%
TOTAL séjours	403	1	283	1	581	1	324	1	226	1	434	1	316	1	232	1	2806	1

D'une UHSA à l'autre, la fréquence des psychoses fluctue ainsi entre 25 et 45% (31 à 46% si on exclut les valeurs manquantes), celle des troubles de la personnalité entre 10 et 25%, et celle des troubles de l'humeur entre 7 et 20%. De tels écarts ne pouvant être le fait du seul hasard, il est vraisemblable qu'ils reflètent, au moins en partie des phénomènes de sélection liés au projet médical ou aux pratiques cliniques, qui suggèrent parfois une forme de spécialisation des prises en charge (psychoses, troubles de la personnalité, addictions...).

Les déterminants de cette sélection peuvent s'expliquer par la forte pression démographique dans les établissements pénitentiaires (surpopulation) qui amène certaines UHSA très sollicitées à ne retenir que les cas les plus lourds ou à une très bonne accessibilité d'autres UHSA capables répondre aux demandes urgentes des prescripteurs (qu'il s'agisse des médecins travaillant en prison, éventuellement des magistrats qui cherchent des solutions rapides). Inversement, certaines UHSA semblent privilégier l'accueil de cas moins complexes sur le plan clinique, associant une forte prévalence de troubles névrotiques et peu de troubles de la personnalité et de l'humeur, ou encore, recevant un nombre important de détenus présentant « des difficultés liées à l'incarcération » (10%).

Les autres facteurs à prendre en compte pour expliquer ces variations nosographiques sont l'existence de structures proposant des alternatives à l'UHSA et le jeu des acteurs locaux (sursollicitation de la part des prescripteurs, départ des EPSM, degré d'implication des SMPR).

Ces différences de « recrutement » appellent quelques commentaires de la part de la mission :

- elles doivent nuancer les différences d'efficacité apparente des UHSA, étant observé que la gravité des troubles a pour effet global de limiter les capacités de prise en charge en augmentant la DMS et en mobilisant plus de moyens ;
- elles doivent nuancer le jugement sur les pratiques, le recours à l'isolement étant forcément plus important avec les psychoses (1,2 j par séjour) et les troubles de la personnalité (0,6 j) qu'avec les troubles de l'humeur ou névrotiques (0,2j) ;
- elles posent la question de l'égalité des soins selon le type de troubles. A titre d'illustration, la moindre proportion de psychoses dans certaines UHSA peut signifier leur moindre repérage et/ou l'orientation des patients vers des structures de droit commun (la part des orientations des patients détenus vers les UMD et les USIP est marginale) avec, aux dires d'experts, une certaine perte de chance en termes de qualité de prise en charge.

c. DE LA DIFFERENCE DE PRATIQUES PAR RAPPORT A L'HOPITAL DE DROIT COMMUN

Toutes pathologies confondues, on note, pour l'année 2017 et au niveau national, un écart de 11 jours entre la DMS en UHSA et la DMS en EPSM (30 vs 41j) et de 4 jours entre la DMH en UHSA et la DMH des EPSM (48 j vs 54 j, soit les mêmes durées d'hospitalisation).

La comparaison par groupe de pathologie CIM 10 permet de retrouver ces différences, les DMS étant à chaque fois plus importantes en UHSA mais surtout pour les psychoses.

Tableau 8 : Durée moyenne de séjour (DMS)/ pathologies

	UHSA	Pop générale
F2 Schizophrénie, troubles schizo-typiques et troubles délirants	39	29
F6 Troubles de la personnalité	29	27
F3 Troubles de l'humeur (dépression, bipolarité,..)	29	23,5
F4 Troubles névrotiques	23,5	21,6

Annexe 5. LES AUTRES DONNEES UTILISEES PAR LA MISSION
--

1- PRESENTATION DE L'EXPLOITATION DES DONNEES**Tableau 9 Effectifs administration pénitentiaire en UHSA**

	DISP	UHSA	Etablissement pénitentiaire de rattachement	Officiers	Gradés (1ers surv. Et majors)	Surveillants et PFDA	
Structures de 40 places	BORDEAUX	Cadillac	MA Bordeaux Draguignan	1	8	29	
	DIJON	Orléans	CP Orléans-Saran	1	5	28	
	RENNES	Rennes	CP Rennes-Vezin	1	7	26	
	STRASBOURG	Nancy	MA Nancy	1	6	26	
	TOULOUSE	Toulouse	CP Toulouse-Seysse	1	6	27	
	<i>Sous totaux 40 places</i>				5	32	136
	<i>Moyennes 40 places</i>				1,0	6,4	27,2
Structures de 60 places	LILLE	Lille-Seclin	CP Lille-Sequedin	1	9	29	
	LYON	Lyon	MA Corbas	1	5	26	
	PARIS	Villejuif	CP Fresnes	1	7	24	
	MARSEILLE	Marseille	CP Marseille-Les Baumettes	1	9	29	
	<i>Sous totaux 60 places</i>				4	30	108
	<i>Moyennes 60 places</i>				1,0	7,5	27,0
Ensemble	Total			9	62	244	
	Moyenne			1,0	6,9	27,1	

Chiffres
DAP

Tableau 10 Tableau synthétique des UHSA

DISP	DISP BORDEAUX	DISP DIJON	DISP LILLE	DISP LYON	DISP MARSEILLE	DISP PARIS	DISP RENNES	DISP STRASBOURG	DISP TOULOUSE
Localisation UHSA	UHSA de Cadillac	UHSA d'Orléans	UHSA de Lille-Seclin	UHSA de Lyon	UHSA de Marseille	UHSA de Villejuif	UHSA de Rennes	UHSA de Nancy	UHSA de Toulouse
Population écrouée et hébergée sur le ressort constaté de l'UHSA au 1er juillet 2018 (1)	5 322	3 125	7 270	7 746	7 688	13 658	6 136	5 792	5 812
Etablissement pénitentiaire de rattachement	MA de Bordeaux-Gradignan	CP d'Orléans-Saran	CP de Lille-Loos-Séquedin	MA de Lyon-Corbas	CP de Marseille-les-Beaumettes	CP de Fresnes	CP de Rennes-Vezin	CP de Nancy	MA de Toulouse-Seysses
Etablissement hospitalier de rattachement	EPSM de Cadillac	EPSM Georges Daumezon	CHRU Lille	EPSM Le Vinatier	AP-HM	EPSM Paul Guiraud	EPSM G. Regnier	EPSM Nancy-Laxou	EPSM Gérard Marchant
Date d'ouverture	juil-16	mars-13	juin-13	mai-10	févr-18	avr-13	sept-13	mars-12	janv-12
Capacité UHSA	40	40	60	60	60	60	40	40	40
Taux d'occupation 2017 (2)	73,20%	63,10%	75,60%	90,70%		71,30%	85,70%	64,90%	96,80%
Nombre de personnes écrouées par lit dans le ressort de l'UHSA	133	78	121	129	128	228	153	145	145

(1) Le ressort constaté par la mission prend en compte le ressort de l'UHSA tel que prévu par l'arrêté de répartition du 20 juillet 2010 ainsi que certaines particularités (Normandie)

(2) Chiffres DGOS

Tableau 11 Provenance des patients admis en UHSA

	STRASBOURG / NANCY	TOULOUSE	DIJON / ORLEANS	LYON	LILLE / SECLIN	BORDEAUX / CADILLAC	PARIS / VILLEJUIF	RENNES	Moyennes
Population écrouée sur la DISP au 1er juillet 2018	6 302	5 812	4 528	6 577	7 270	5 322	13 658	8 445	8273
Etablissement de rattachement	CP Nancy	MA Seysses	CP Orléans	MA Corbas	CP Sequedin	CP Bordeaux	CP Fresnes	CP Rennes Vezin	
<i>Nb de personnes détenues hébergées dans l'établissement de rattachement au 1er juillet 2018</i>	924	1222	590	945	942	716	2730	900	1281
Nb total de séjours à l'UHSA	300	324	240	330	542	203	195	440	368
Part des patients de l'UHSA provenant de l'établissement de rattachement	24,08%	25,17%	35,41%	21,81%	22,69%	29,06%	27,69%	41,81%	28,47%
<i>Part des détenus hébergé sur l'établissement de rattachement par rapport à l'effectif total hébergé sur la DISP</i>	14,66%	21,03%	13,03%	14,37%	12,96%	13,45%	19,99%	10,66%	15,02%
Par des patients de l'UHSA provenant de l'établissement de rattachement et du second établissement pourvoyeur de patients de l'UHSA	37,91%	43,35%	47,91%	32,72%	35,79%	46,30%	41,53%	56,13%	42,71%
<i>Part des détenus hébergé sur l'établissement de rattachement et du second établissement pourvoyeur de patients de l'UHSA par rapport à l'effectif total hébergé sur la DISP</i>	25,20%	30,64%	18,18%	25,30%	20,37%	19,07%	27,15%	20,06%	23,25%

UHSA de Marseille non ouverte sur 2017

Chiffres DAP

Tableau 12 Part d'adressage des SMPR et de réorientation vers les SMPR²

UHSA	Total des admis à l'UHSA en 2017	Provenance SMPR	SMPR	Destination SMPR
Cadillac	209	9	Poitiers Vivonne	10
		4,3%	<i>% des admis</i>	4,8%
Lille-Seclin	557	17	Lille Annoeullin	23
		3,1%	<i>% des admis</i>	4,1%
Lyon	354	6	Grenoble	10
		10	Dijon	9
		2	Lyon Corbas	1
		5,1%	<i>% des admis</i>	5,6%
Nancy	229	12	Metz	18
		3	Chalons en Champagne	3
		1	Strasbourg	11
		7,0%	<i>% des admis</i>	14,0%
Orléans	260	0	Fresnes	2
		0	Chalons en Champagne	4
		0	Dijon	5
		0,0%	<i>% des admis</i>	4,2%
Villejuif	204	13	Fleury Mérogis	7
		1	Fresnes	1
		6,9%	<i>% des admis</i>	3,9%
Rennes	411	2	Caen	0
		6	Nantes	6
		5	Rennes	0
		3,2%	<i>% des admis</i>	1,5%
Toulouse	286	12	Perpignan	11
		0	Toulouse	1
		4,2%	<i>% des admis</i>	4,2%
Totaux	2510	3,5%	<i>% des admis</i>	4,9%

Sources: UHSA

Lire par exemple le tableau de la façon suivante:

12 patients admis à l'UHSA de Nancy provenaient du SMPR de Metz

18 patients admis à l'UHSA de Nancy ont été orientés vers le SMPR de Metz

7% des patients admis à l'UHSA de Nancy provenaient d'un SMPR

² Les données sont celles remplies par les UHSA dans les tableaux de provenances : elles diffèrent des questionnaires qu'elles ont remplis.

Tableau 13 Taux d'occupation des SMPR

DISP	SMPR avec hospitalisation de jour	Nbre de lits d'hospitalisation de jour et observations DAP	Nombre de séjours en 2017	Nombre de nuits en 2017	DMS	Nb de jours d'occupation d'un lit sur 1 année	Rotation des lits: nb patient / lit / an	Taux d'occupation
Bordeaux	Poitiers	20	78	5755	74	288	3,9	78,8%
Dijon	Dijon	21 dont 5 doublées	68	5260	77	250	3,2	68,6%
Dijon	Orléans-Saran *	18	31	4116	133	229	1,7	62,6%
Lille	Lille-Annœullin *	20	209	3608	17	180	10,5	49,4%
Lyon	Grenoble-Varces	14 dont plusieurs cellules doublées ou triplées	74	5579	75	399	5,3	109,2%
Lyon	Lyon-Corbas *	30 dont 8 cellules doubles	191	8498	44	283	6,4	77,6%
Marseille	Nice	12	74	4514	61	376	6,2	103,1%
Marseille	Marseille-les-Baumettes *	39	193	7193	37	184	4,9	50,5%
Paris	Fleury-Mérogis	15	119	4196	35	280	7,9	76,6%
Paris	Fresnes *	45	206	12497	61	278	4,6	76,1%
Rennes	Rennes-Vezin *	20, théoriquement 30	155	6120	39	306	7,8	83,8%
Rennes	Rouen	7	69	2269	33	324	9,9	88,8%
Rennes	Nantes	20	131	5137	39	257	6,6	70,4%
Rennes	Caen	6	24	1218	51	203	4,0	55,6%
Strasbourg	Chalons en champagne	9 dont 6 cellules doublées	37	2095	57	233	4,1	63,8%
Strasbourg	Strasbourg	12 dont 1 cellule doublée	31	2295	74	191	2,6	52,4%
Strasbourg	Metz	24	82	4302	52	179	3,4	49,1%
Toulouse	Toulouse *	18	80	5007	63	278	4,4	76,2%
Toulouse	Perpignan	13	61	3476	57	267	4,7	73,3%
Total métropole		363	1913	93135	49	4986	5,3	70,3%

Calculs réalisés sur la base des données DAP d'affectation dans les cellules des quartiers SMPR

Données du SMPR d'Amiens non disponibles et SMPR de Paris la Santé fermé

* équipes communes SMPR / UHSA

Nouveau SMPR de Marseille ouvert en mai 2017; données sur les 12 suivants l'ouverture

Anomalies constatées sur les données des SMPR de Nice et Grenoble-Varces (pratiques de suroccupation des cellules)

2- Observations complémentaires

1) Les ressources humaines pénitentiaires consacrées aux UHSA

Il a été rapporté à la mission que les niveaux d'exigence n'étaient pas identiques entre UHSA tant en termes de formation aux armes que de formation à la conduite. Un chef d'établissement a par ailleurs également souligné certaines incohérences sur la doctrine d'usage des armes puisque, à l'occasion des missions similaires d'escorte de personnes détenues, le gel de défense semble pouvoir être utilisé par les équipes des PREJ mais pas par celles des UHSA.

2) Les missions d'escortes et d'extractions

Sur la mise en œuvre de solutions dégradées :

Souvent, une seconde équipe d'escorte peut être mobilisée en ponctionnant sur l'effectif de surveillance de l'unité, avec ou sans fermeture des portes des chambres des patients jusqu'au retour des surveillants. Cette pratique est systématique à Cadillac, y compris en journée.

S'agissant des transports justifiés par une prise en charge somatique entre l'UHSA et « un autre service hospitalier », alors que la circulaire du 18 mars 2011 précise qu'il s'agit de « transports sanitaires » à la charge de l'établissement de santé, les pratiques, négociées entre les acteurs, divergent : à Lyon et Nancy, les sorties réalisées dans l'enceinte de l'hôpital où se situe l'UHSA (extractions médicales et audiences JLD) sont effectuées en véhicule pénitentiaire sans accompagnement sanitaire y compris pour les patients sous contrainte ; à Rennes, des extractions piétonnes sont pratiquées pour les audiences JLD. A Villejuif, pour les patients sous contrainte, toutes ces sorties sont réalisées avec un véhicule sanitaire et un véhicule d'escorte pénitentiaire, y compris dans l'enceinte de l'hôpital. De fait, dans de nombreux cas relevant normalement de l'établissement de santé, l'AP est seule mobilisée sans que les charges ainsi allégées pour la santé ne soient évaluées.

Sur la conduite des véhicules :

Au CP de Fresnes, où la fonction de chauffeur n'a pas été déléguée à un prestataire privé, ce sont exclusivement des agents pénitentiaires qui assurent cette mission.

A Nancy et Lyon, deux établissements en PPP, la conduite des véhicules pénitentiaires est assurée par le prestataire privé de façon mutualisée sur l'UHSA et l'UHSA (auxquelles il faut ajouter les transferts depuis et vers l'établissement pénitentiaire pour la MA de Lyon). Néanmoins, le chef d'établissement de Lyon a soulevé le recours par le gestionnaire et de manière fréquente en été, à des intérimaires vraisemblablement non formés et non informés des enjeux de sécurité pénitentiaire. A Nancy, en cas d'indisponibilité du gestionnaire, les surveillants pénitentiaires de l'UHSA assurent eux-mêmes la conduite des véhicules.

A l'opposé, à l'UHSA de Rennes, la conduite est assurée par les surveillants pénitentiaires alors qu'au sein du CP de rattachement il s'agit d'une prestation confiée au privé. Il n'est qu'exceptionnellement fait appel aux chauffeurs du prestataire.

**Annexe 6. ÉLÉMENTS DE MODELISATION ET SIMULATION
CONCERNANT L'IMPLANTATION DE NOUVELLES UHSA**

1. METHODOLOGIE RELATIVE AUX CRITERES D'EVALUATION D'IMPLANTATION DE NOUVELLES UHSA

Afin d'évaluer la pertinence de construire de nouvelles UHSA sur un territoire donné et de préciser leur dimensionnement, la mission a retenu quatre critères. Ces critères doivent être combinés entre eux en les ajustant au besoin sur d'autres paramètres secondaires afin de procéder à des analyses d'opportunité technique. Sous réserve d'être confortées par les services, ces analyses devront être complétées par des considérants liés à la démographie médicale ainsi qu'à l'acceptabilité des solutions proposées.

Les quatre critères retenus sont les suivants :

- 1) Distance de l'UHSA des lieux de détention des personnes écrouées conjuguant impératifs de proximité d'une majorité des personnes détenues et diminution des éloignements ;

Pour chacun des établissements pénitentiaires existants ou devant être livrés d'ici 2027 dans le cadre du plan pénitentiaire³, la mission a évalué les temps de trajet nécessaires, en minutes, pour se rendre d'un établissement pénitentiaire vers une ou plusieurs UHSA, existantes ou dont la création est envisagée dans le cadre d'une simulation⁴.

- 2) Ratio de personnes détenues par lit existant en UHSA en 2018, intégrant l'évolution du nombre de places en établissement pénitentiaire et localisation prévisionnelle de ces nouveaux établissements à l'horizon 2027 ;

Le ratio de personnes détenues par lit d'UHSA a été calculé par la mission sur la base du nombre de personnes écrouées au 1^{er} juillet 2018 selon les statistiques mensuelles de la DAP dans le ressort concerné.

La mission a pris en compte, dans ses simulations, la création de places en établissements prévus par le plan pénitentiaire. A chaque fois, le nombre de places à l'horizon 2027 a été précisé en sus du nombre de places actuelles et du nombre de personnes écrouées au 1^{er} juillet 2018. A défaut de précision dans le programme de construction mais en prenant en compte les dispositions de la loi d'orientation pour la justice dont les conséquences attendues sont de limiter le recours aux courtes incarcérations et de faciliter les aménagements de peine, la mission a effectué des simulations sur la base d'un nombre de personnes écrouées, stabilisé à ce qu'il est en 2018.

S'agissant des capacités de chacune des nouvelles UHSA, la mission s'est tenue aux principes de dimensionnement ayant cours dans les unités d'hospitalisation complète en psychiatrie de droit commun, à savoir, des unités de 20 places, éventuellement doublées ou triplées.

³ Plan pénitentiaire présenté par le ministre de la justice.

⁴ Les estimations ont été effectuées sur la base des trajets les plus rapides donnés par le site viamichelin.fr. Un coefficient multiplicateur de 1,5 a été systématiquement appliqué sur la DISP de Paris.

3) Existence d'unités hospitalières spécifiques accueillant des personnes détenues pour des soins psychiatriques (EPSM, UMD, USIP, et structures identifiées par la mission fonctionnant sur le modèle de celle de St Etienne du Rouvray, dite unité Badinter⁵) et proximité de structures hospitalières permettant de réaliser des explorations et des soins somatiques ;

4) Cohérence des territoires administratifs

La mission s'est attachée à prendre en compte les cartes administratives en vigueur⁶. Elle a évalué, pour chaque simulation, les impacts sur les périmètres de chacune d'entre elles.

2. REGION ILE-DE-FRANCE

La DISP de Paris comptait, au 1^{er} juillet 2018, près de 14000 personnes écrouées pour 60 places en UHSA soit le ratio le plus élevé de la France entière (228 personnes écrouées hébergées par lit)⁷. Le plan pénitentiaire prévoit en outre la construction d'établissements pour une capacité supplémentaire de 4676 places nettes d'ici 2027 ce qui portera le nombre de places sur la DISP à près de 14000.

La région Ile de France cumulant les difficultés en terme sanitaires et de pathologies mentales, le doublement du nombre de lits en UHSA dans le ressort de la DISP de Paris est apparue à la mission, comme devant être une priorité de premier rang.

L'UHSA de Villejuif (Val de Marne) est située dans le sud de la DISP de Paris, à proximité de l'Essonne. Ces deux départements concentrent près de 7000 personnes détenues. En outre, plus de 3300 personnes sont écrouées dans les départements de l'Ouest parisien (Yvelines, Hauts de Seine et Val d'Oise) et plus de 3100 personnes écrouées dans l'Est parisien (Seine-Saint-Denis et Seine et Marne). Enfin, la maison d'arrêt de la Santé, au centre de Paris, pourra accueillir près de 1200 personnes à sa réouverture.

Les nouvelles places nettes prévues par le plan pénitentiaire seront, elles, d'ici 2027, davantage construites à l'Est et au Sud de la DISP⁸.

Ces répartitions et la localisation actuelle de l'UHSA de Villejuif devraient permettre que la création de la seconde unité, qu'elle soit construite à l'Est ou à l'Ouest de la DISP, aboutisse à un relatif équilibre⁹ des ressorts des deux UHSA ainsi qu'à des éloignements maîtrisés des établissements pénitentiaires avec leur unité de rattachement.

A titre d'exemple, la mission a conduit une simulation de localisation de la seconde UHSA de 60 lits à l'Ouest parisien, à Plaisir, dans les Yvelines¹⁰. Si le ressort de cette unité devait couvrir les départements des Yvelines, des Hauts de Seine, du Val d'Oise et de l'Essonne, 5516 places seront à termes concernées. Sur ce même périmètre ce sont, en 2018, près de 7000 personnes qui sont écrouées.

5 La mission a eu connaissance, lors de ses auditions et déplacements, de l'existence d'unités hospitalières spécifiques en EPSM. Pour trois d'entre elles (Saint Etienne du Rouvray, Evreux et Roanne) des documents et données ont été transmises à la mission.

6 Voir cartes DISP, DIRPJJ et ARS dans le rapport.

7 Voir annexe n°5 sur les ratios dans chaque UHSA.

8 1600 nouvelles places dans les départements 93 et 77, 1310 dans les départements 91 et 94 et 932 dans les départements 92, 78 et 95. Voir carte du plan pénitentiaire dans le rapport.

9 Ecart de 1600 places entre le nouveau ressort de l'UHSA de Villejuif et celui de la nouvelle UHSA si cette dernière devait inclure le département de l'Essonne.

10 L'établissement public de santé mentale de Plaisir avait postulé, dès 2012, à la construction d'une UHSA.

Ce découpage territorial conduirait, pour sept établissements du ressort, à une réduction de 20 à 40 minutes¹¹ des temps de trajet nécessaires pour rejoindre leur nouvelle UHSA de rattachement. Seuls les transferts et admissions de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis à l'UHSA de l'Ouest parisien seraient allongés de 20 minutes¹².

Le ressort de l'UHSA de Villejuif intégrerait alors les départements de Paris, du Val de Marne, de la Seine-Saint-Denis, de la Seine et Marne, soit, en 2027, 7310 places pour 6000 personnes écrouées en 2018.

Enfin, la mission a également développé un scénario permettant d'accueillir les détenus du Centre des Jeunes Détenus de Fleury-Mérogis – qui rouvrira d'ici 2022 – sur l'UHSA d'Orléans. Cette exception aux découpages administratifs permettrait de réduire sensiblement le nombre de personnes détenues hospitalisables dans l'une ou l'autre des UHSA parisiennes¹³ tout en renforçant l'efficacité de celle d'Orléans¹⁴ et en la spécialisant sur l'accueil de ce public¹⁵. Le temps de trajet serait néanmoins augmenté de 30 minutes environ par rapport à une orientation vers l'UHSA de Villejuif.

11 Du fait des difficultés de circulations en région parisienne, tous les temps indiqués incluent un multiplicateur de 1,5 par rapport au temps de trajet le plus rapide indiqué par le site Viamichelin.fr.

12 Pour totaliser un temps de trajet de 65 minutes..

13 460 places seront ouvertes au CJD d'ici 2022.

14 Quelques 3300 personnes écrouées sur le ressort de l'UHSA d'Orléans permettent à l'unité de disposer, en 2018, du ratio de détenus par lit le plus faible des neuf UHSA, soit 78 détenus par lit. Ce ratio pourrait d'ailleurs diminuer encore si une seconde UHSA était construite sur le ressort de la DISP de Dijon.

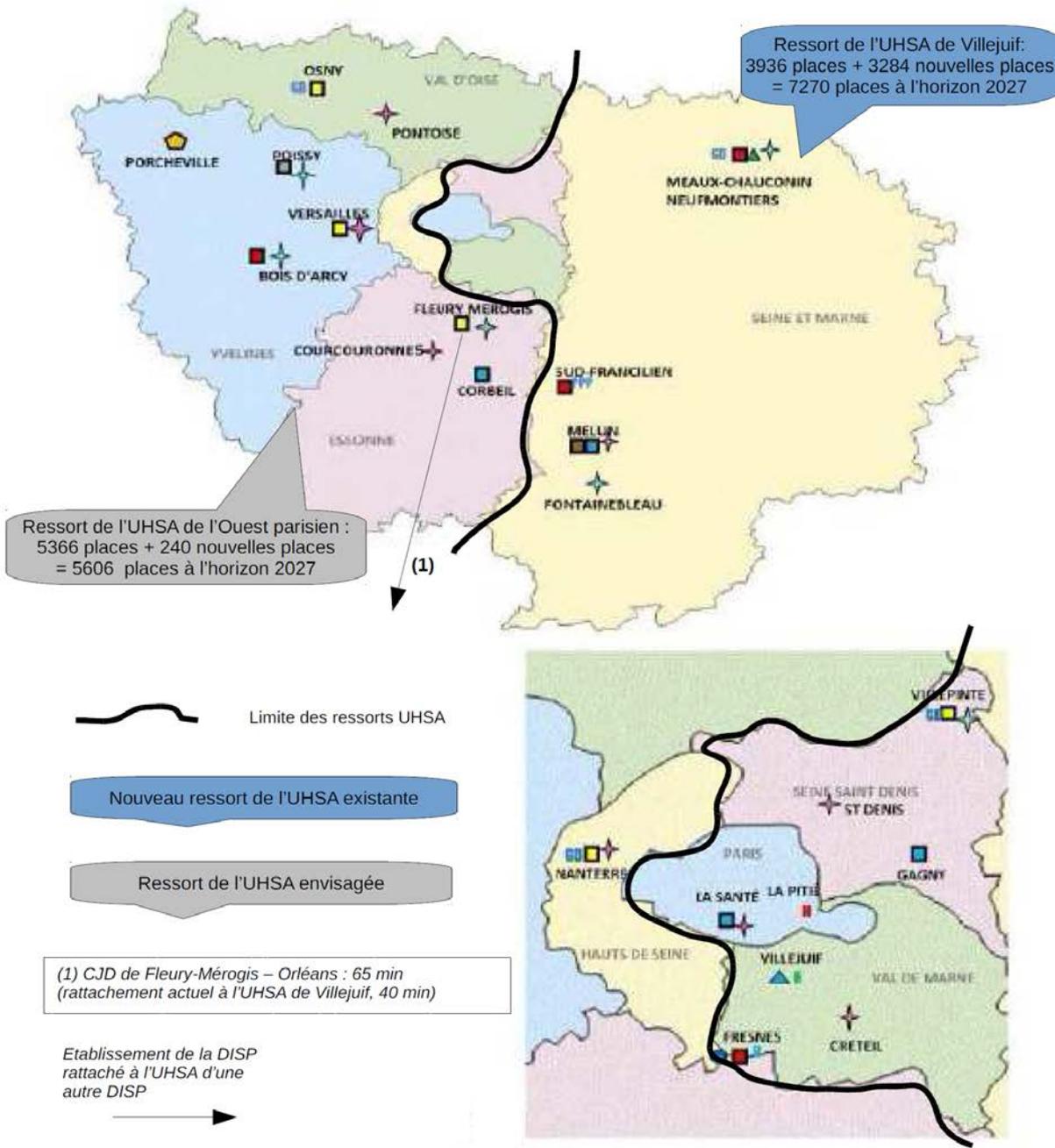
15 L'UHSA d'Orléans accueille déjà des mineurs en provenance du QM de la MA de Tours. Il faudra néanmoins que l'unité d'Orléans réorganise son fonctionnement, mobilise son partenariat pour une telle prise en charge et mette en place les activités scolaires et d'insertion.

Tableau 14 Modélisation Ile de France

Ile-de-France – DISP de Paris		Situation de l'UHSA de Villejuif en 2018	Scénario 1		Scénario 2	
			Construction d'une UHSA dans l'Ouest parisien à l'horizon 2027 incluant la Seine Saint Denis		Construction d'une UHSA dans l'Ouest parisien à l'horizon 2027 incluant l'Essonne	
		UHSA de Villejuif 60 places	UHSA de l'Ouest parisien 60 places	UHSA de Villejuif 60 places (impacts)	UHSA de l'Ouest parisien 60 places	UHSA de Villejuif 60 places (impacts)
Départements de la DISP de Paris intégrés au ressort de l'UHSA		Toute la DISP de Paris	78, 92, 95 et 93	75, 77, 91 et 94	78, 92, 95 et 91	75, 77, 94 et 93
Départements d'une autre DISP intégrés au ressort de l'UHSA		Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Nb places actuelles + nb places en 2027 dans le ressort		9302	3041 + 1060 = 4101	6261 + 2464 = 8725 (1)	5366 + 240 = 5606 (1)	3936 + 3284 = 7270
Eloignement mini en minutes		20	15	20	15	20
Eloignement maxi en minutes		85	85	70	70	70
Moyenne des éloignements en minutes		60	55	55	50	60
<i>PPSMJ écrouées sur le ressort</i>	<i>Sur la base du nombre de personnes écrouées au 1er juillet 2018</i>	<i>13658</i>	<i>4624</i>	<i>9034</i>	<i>7701</i>	<i>5953</i>
<i>Nb de personnes écrouées par lit sur le ressort</i>		<i>228</i>	<i>77</i>	<i>151</i>	<i>128</i>	<i>99</i>
<i>% de détenus écroués dans EP éloignés > 120 min</i>		<i>0,00%</i>	<i>0,00%</i>	<i>0,00%</i>	<i>0,00%</i>	<i>0,00%</i>
<i>% de détenus écroués dans EP éloignés < 60 min</i>		<i>60,00%</i>	<i>53,00%</i>	<i>78,00%</i>	<i>44,46%</i>	<i>46,56%</i>

(1) Hors les 460 nouvelles places nettes CJD de Fleury-Mérogis (orientation sur l'UHSA d'Orléans)

Scénario d'installation d'une nouvelle UHSA en Ile de France



3. REGIONS OCCITANIE ET PACA - POURTOUR MEDITERRANEEN

A l'horizon 2027, les DISP de Toulouse et de Marseille devraient connaître une forte évolution de leur nombre de places en établissement pénitentiaire. L'évolution sur la DISP de Marseille sera de plus de 3000 places d'ici 2027. Elle sera de 1900 places sur la DISP de Toulouse aggravant encore l'encombrement que connaît déjà l'UHSA de Toulouse¹⁶. Les trois scénarii qui seront développés ci-après permettront de répondre au risque de saturation.

Le nombre actuel de personnes écrouées sur le ressort de l'UHSA de Toulouse, rapporté au nombre de lits est de 145 détenus par lit. Ce ratio déjà élevé, ajouté au taux d'occupation de 96% de l'unité et aux 1900 places prévues par le plan pénitentiaire, justifient d'ores et déjà, la création de nouveaux lits d'hospitalisation accessibles aux détenus de la DISP.

En outre, l'éloignement des personnes écrouées pose actuellement, pour l'UHSA de Toulouse, de véritables enjeux de fonctionnement et d'organisation. Même si l'équipe médicale est celle qui parvient le mieux à maintenir un niveau d'accès presque égal entre les grands établissements situés à plus de deux heures et les plus proches¹⁷, la moitié des personnes détenues écrouées dans la DISP sont éloignées de deux heures ou plus de l'UHSA. Essentiellement prévues dans l'ancienne région Languedoc Roussillon¹⁸, les constructions de places programmées par le plan pénitentiaire, ne devraient pas modifier cette répartition.

Un scénario consistant à augmenter la capacité de l'UHSA de Toulouse de 40 à 60 lits a été testé par la mission : celui-ci permettrait de passer d'un ratio de 145 à 97 détenus par lit¹⁹. Cet agrandissement de l'unité permettrait également de donner davantage de souplesse aux équipes en termes de taux de rotation des lits et d'occupation de l'UHSA. Il permettrait également de renforcer le pôle de santé mentale des personnes détenues de l'hôpital Gérard MARCHANT, déjà aguerri à la prise en charge des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques.

Néanmoins, ce scénario ne permettrait pas de répondre à l'éloignement de la moitié des personnes détenues écrouées sur le ressort de l'unité, dans l'ancienne région Languedoc-Roussillon.

Aussi la mission a-t-elle détaillé deux autres scénarii prévoyant la construction d'une seconde UHSA et, sous réserve de projets déposés par les établissements hospitaliers de la région qui n'ont pas été portés à sa connaissance, qu'elle a positionné à proximité de l'établissement pénitentiaire le plus grand et le plus central, à Villeneuve lès Maguelone (Hérault).

En prenant en compte la création et la localisation des nouvelles places en établissement pénitentiaire, la mission propose de définir comme ressort territorial de cette nouvelle UHSA les départements de l'Hérault, du Gard et de la Lozère.

¹⁶ Ratio de 145 détenus par lit et taux d'occupation de 96%.

¹⁷ Les taux d'accès des personnes détenues en 2017 sur l'UHSA sont par exemple de 4,8% et 4,4% aux maisons d'arrêt de Villeneuve-lès-Maguelone situées à 155 et 135 minutes de l'unité et de 5,9% pour la maison d'arrêt de Toulouse-Seysses, située à 20 minutes et par ailleurs établissement pénitentiaire de rattachement.

¹⁸ Perpignan, Alès, Nîmes et Montpellier, soit un total de 1300 places nettes après fermetures associées.

¹⁹ Sous réserve d'une stabilisation de la population pénale écrouée hébergée.

Bien que positionnés sur le pourtour méditerranéen, les départements des Pyrénées-Orientales et de l'Aude pourraient en effet rester rattachés à l'UHSA de Toulouse : la maison d'arrêt de Carcassonne, dans l'Aude, parce qu'elle n'est située qu'à 75 minutes de Toulouse contre 90 minutes de Montpellier, le centre pénitentiaire de Perpignan – et la nouvelle maison d'arrêt prévue pour 2027

– afin de maintenir un ressort suffisant à l'UHSA de Toulouse²⁰.

S'agissant des distances des établissements pénitentiaires des deux UHSA, les établissements les plus éloignés de cette nouvelle unité seraient alors la maison d'arrêt de Mende (qui voit son unité de rattachement se rapprocher de 205 à 135 minutes) et le futur établissement pénitentiaire d'Alès (90 minutes).

En outre, les deux UHSA de Toulouse et Marseille connaissent aujourd'hui des situations différentes s'agissant de leur éloignement avec les établissements pénitentiaires de leur ressort : 50% des personnes détenues sur la DISP de Marseille (hors Corse) sont écrouées à moins de 60 minutes de l'UHSA de Marseille. Les personnes détenues relevant de la DISP de Toulouse sont, elles, très réparties sur dans le ressort de l'UHSA : 37% sont écrouées à moins d'une heure et plus de 50% sont écrouées à deux heures et plus.

Par ailleurs, les deux UHSA ne sont pas localisées au centre géographique de leur ressort de compétence mais sont construites plutôt à l'Ouest. Les établissements pénitentiaires de la DISP de Toulouse situés dans le Gard et l'Hérault se trouvent en moyenne plus proches de l'UHSA de Marseille que de celle de Toulouse (115 minutes contre 170 en moyenne²¹). A l'opposé, les établissements de la DISP de Marseille étant davantage localisés à l'Ouest de la direction interrégionale, les trois établissements pénitentiaires des départements des Alpes Maritimes et des Alpes de Haute Provence²² sont les seuls à être éloignés de plus de deux heures de l'UHSA de Marseille. Cet éloignement de l'UHSA des établissements de Nice, Grasse et Gap ne semble pas cependant, à lui seul, constituer un obstacle d'accès à l'UHSA des personnes écrouées dans ces structures. S'agissant de la Corse, si l'insularité augmente considérablement les temps d'accès à l'UHSA de Marseille, le faible nombre de personnes détenues en Corse²³ ne justifie pas la création d'une UHSA sur l'île.

Ainsi les deux directeurs interrégionaux des services pénitentiaires rencontrés par la mission ont exprimé des positions conformes à ces constats : le directeur interrégional de la DISP de Toulouse souhaite voir l'offre de places d'UHSA se développer dans l'ancienne région Languedoc Roussillon, tandis que le directeur interrégional de la DISP de Marseille ne juge pas nécessaire la construction d'une UHSA dans l'Est de son interrégion, notamment en raison du rôle rempli par le centre hospitalier spécialisé Sainte-Marie à Nice.

Au vu de ces éléments, il est donc apparu nécessaire à la mission de détailler deux scénarii :

- le premier dans lequel les deux DISP développent une offre d'UHSA de manière autonome ;

20 Le CP de Perpignan est éloigné de 135 minutes de l'UHSA de Toulouse ; il ne serait éloigné que de 90 minutes d'une UHSA à Montpellier. Par ailleurs, l'UHSA de Toulouse a déjà tissé des liens avec le CP de Perpignan et son SMPR puisque les taux d'accès y sont déjà importants.

21 La maison d'arrêt de Nîmes (DISP de Toulouse) se situe ainsi à 190 minutes de son UHSA de rattachement alors que l'UHSA de Marseille n'est qu'à 85 minutes. Seul le CP de Béziers (sud de l'Hérault) est plus proche de Toulouse (120 minutes contre 150 minutes de Marseille).

22 1937 détenus au total éloignés de 125, 135, 140 minutes de trajet respectivement pour Gap, Grasse et Nice.

23 375 personnes écrouées en Corse au 1er juillet 2018.

- le second dans lequel, en ouvrant la possibilité d'étendre le ressort territorial d'une nouvelle UHSA localisée dans l'Est de la DISP de Toulouse, une optimisation des nouvelles places et des temps d'éloignement des établissements pénitentiaire a été recherchée²⁴.

1) Premier scénario : les DISP développent leur UHSA de manière autonome : extension de 20 places à Marseille et construction d'une unité de 20 ou 40 lits dans l'Hérault

Il s'agit du scénario le plus simple mais aussi le plus couteux en termes d'investissement et le plus aléatoire en termes d'acceptabilité : il nécessite l'extension de l'actuelle UHSA de Marseille et la construction d'une UHSA en région Occitanie.

S'agissant des charges de fonctionnement liées à ces nouveaux lits, la création d'une seconde UHSA dans le ressort de la DISP de Toulouse nécessitera le recrutement de nouvelles équipes, tout comme l'extension de l'UHSA de Marseille. Ce scénario présente néanmoins l'avantage de maintenir la cohérence territoriale entre les différents ressorts administratifs régionaux (ARS, DISP, DRPJJ et préfectures de région).

• L'extension de 20 lits de l'UHSA de Marseille

Le nombre actuel de personnes écrouées sur le ressort de l'UHSA rapporté au nombre de lits actuels est de 128 détenus par lit.

Moyennant des études de faisabilité, une extension de 20 lits de l'unité actuelle d'une capacité de 60 lits²⁵ permettrait d'anticiper les besoins prochains et d'envisager un ratio de 96 personnes détenues par lit pour l'ensemble du ressort dans un contexte de construction de plus de 3000 places d'ici 2027 prévues par le plan pénitentiaire²⁶.

• La construction d'une UHSA de 20 places dans l'Hérault

Le découpage détaillé plus haut aboutirait à la répartition suivante : sur le ressort de la nouvelle UHSA de Montpellier²⁷, plus de 2200 personnes sont écrouées en 2018 et 800 nouvelles places sont prévues par le plan pénitentiaire. Une capacité de 20 lits de la nouvelle UHSA paraîtrait dès lors, suffisante²⁸.

Sur le nouveau ressort de l'actuelle UHSA de Toulouse, plus de 3500 personnes sont écrouées et 1100 nouvelles places sont prévues permettant de faire passer le ratio de 145 à 89 détenus par lit. Cette évolution significative s'explique par l'origine des admis, qui en 2017, provenaient, à plus de 32%, des départements de l'Hérault, du Gard et de la Lozère. Si le département des Pyrénées-Orientales était également rattaché à la nouvelle UHSA, le ratio chuterait à 73 détenus par lit.

2) Second scénario : construction d'une UHSA de 40 lits dans l'Hérault qui étendrait son ressort à des établissements pénitentiaires de la DISP de Marseille

Dans ce scénario, l'UHSA de Marseille ne serait pas agrandie mais une partie de son ressort relèverait d'une nouvelle UHSA de 40 lits construite dans l'Hérault avec un ressort identique à ce qu'il serait dans le premier scénario (Hérault, Gard et Lozère) auquel serait à minima ajouté le département du Vaucluse²⁹.

²⁴ Ce scénario connaît une déclinaison relativement aux départements inclus dans la nouvelle UHSA de la DISP de Toulouse.

²⁵ Dont seulement 40 lits sont pour l'heure opérationnels.

²⁶ Sous réserve de la stabilisation du nombre de personnes écrouées sur l'interrégion.

²⁷ Établissement pénitentiaires de l'Hérault, du Gard et de la Lozère.

²⁸ A population pénale identique, le ratio serait de 112 détenus par lit.

²⁹ CP d'Avignon-le-Pontet puis maison d'arrêt et SAS d'Avignon d'ici 2027.

Le ratio de la nouvelle UHSA de la DISP de Toulouse serait alors, sous réserve de stabilisation de la population pénale écrouée sur le ressort, de 77 détenus par lit pour une UHSA de 40 lits. Pour mémoire, 1320 nouvelles places sont prévues d'ici 2027 sur le ressort de l'UHSA ainsi défini.

Le ratio de détenus par lit à l'UHSA de Marseille passerait de 129 à 114. Il pourrait baisser davantage – et celui de l'unité de Montpellier augmenter dans la même proportion – si des personnes détenues d'autres établissements de la DISP de Marseille³⁰ étaient orientées vers la nouvelle UHSA.

S'agissant des distances, comme pour le premier scénario, les établissements situés dans les départements de l'Hérault, du Gard et de la Lozère se rapprocheraient considérablement de leur UHSA de rattachement. Le changement d'UHSA de rattachement serait neutre pour les personnes détenues au centre pénitentiaire d'Avignon-le-Pontet³¹.

Ce second scénario, qui exigerait néanmoins que les ARS de Marseille et d'Occitanie et les DISP de Marseille et Toulouse collaborent régulièrement, présente les trois avantages suivants :

- désengorgement du bassin de recrutement pour l'UHSA de Toulouse permettant de sortir d'une situation de saturation tout en maintenant un niveau d'activité soutenu et une continuité des liens construits par les équipes avec les USMP de l'Aude et des Pyrénées-Orientales ;
- construction de nouvelles places d'UHSA concentrées sur un seul site pour l'ensemble du pourtour méditerranéen ;
- capacité totale des deux UHSA de Marseille (maintenue à 60 lits) et de l'Hérault (40 nouveaux lits) permettant d'envisager une plus grande souplesse des orientations des détenus écroués sur les départements de l'Hérault, du Gard, du Vaucluse et des Bouches du Rhône qui gagneront, à eux quatre, plus de 2000 places de détention d'ici 2027.

Néanmoins, il conviendrait, davantage dans ce second scénario que dans le premier, de veiller, outre l'acceptabilité du projet, à la formation des personnels hospitaliers de l'Hérault.

30 Notamment les CD de Tarascon et de Salon de Provence situés à l'Ouest des Bouches du Rhône.

31 Temps identique de 70 minutes de trajet entre Avignon et Marseille et Avignon et Montpellier.

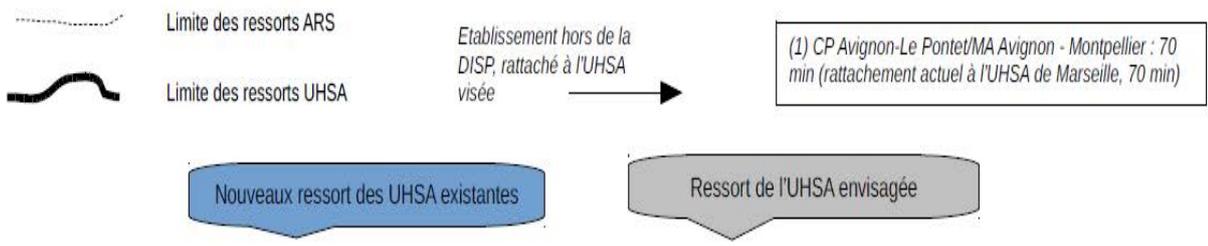
Tableau 15 Modélisation Occitanie – PACA – scénario 1

Régions Occitanie et PACA, DISP de Marseille et DISP de Toulouse		Situation de l'UHSA de Marseille en 2018	Situation de l'UHSA de Toulouse en 2018	Scénario 1: 40 ou 60 nouvelles places sur deux sites		
				Agrandissement UHSA Marseille de 20 places sans changement du ressort et construction d'une UHSA dans l'Hérault qui intègre / ou non le département 66		
				UHSA Marseille 60 +20 places	UHSA Montpellier 20 places / 40 places	UHSA Toulouse 40 places (impacts)
Départements de la DISP de localisation de l'UHSA intégrés au ressort de l'unité		Tous les départements de la DISP de Marseille	Tous les départements de la DISP de Toulouse	Tous les départements de la DISP de Marseille	30, 34 et 48 <i>ou</i> 30, 34, 48 et 66	Toute la DISP de Toulouse sauf 30, 34, 48 <i>ou</i> toute la DISP de Toulouse sauf 30, 34, 48 et 66
Départements d'une autre DISP intégrés au ressort		Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Nb places actuelles + nb places en 2027 dans le ressort de l'UHSA		6489	4422	6489 + 3268 = 9757	1681 + 800 = 2481 <i>ou</i> 1681 + 1300 = 2981	2741 + 1100 = 3841 <i>ou</i> 2741 + 600 = 3341
Eloignement mini en minutes		20	19	20	10	19
Eloignement maxi en minutes		140	205	140	135	120
Moyenne des éloignements en minutes		80	90	80	60	65
PPSMJ écrouées sur le ressort		7688	5812	7688	2235 <i>ou</i> 2875	3577 <i>ou</i> 2937
Nb de personnes écrouées par lit sur le ressort		128	145	96	112 si 20 places 56 si 40 places <i>ou</i> 143 si 20 places 72 si 40 places	89 <i>ou</i> 73
% de détenus écroués dans EP éloignés > 120 min		16,80%	51,80%	16,80%	2,70%	21,70%
% de détenus écroués dans EP éloignés < 60 min		49,30%	36,80%	49,30%	97,30%	64,40%

Tableau 16 Modélisation Occitanie –PACA, scénario 2

DISP de Marseille et DISP de Toulouse		Situation de l'UHSA de Marseille en 2018	Situation de l'UHSA de Toulouse en 2018	Scénario 2: 40 nouvelles places sur un site		
				Aucune construction de place d'UHSA sur la DISP de Marseille		
				Construction d'une UHSA dans l'Hérault		
				Extension du ressort de la nouvelle UHSA sur la DISP de Marseille		
				UHSA Marseille 60 places (impacts)	UHSA Montpellier 40 places	UHSA Toulouse 40 places (impacts)
Départements de la DISP de localisation de l'UHSA intégrés au ressort de l'unité		Tous les départements de la DISP de Marseille	Tous les départements de la DISP de Toulouse	Tous les départements de la DISP sauf 84	30, 34 et 48	Toute la DISP de Toulouse sauf 30, 34 et 48
Départements d'une autre DISP intégrés au ressort de l'UHSA		Aucun	Aucun	Aucun	84	Aucun
Nb places actuelles + nb places en 2027 dans le ressort de l'UHSA		6489	4422	5864 + 2748 = 8612	2306 + 1320 = 3626	2741 + 1100 = 3841
Eloignement mini en minutes		20	19	20	10	20
Eloignement maxi en minutes		140	205	140	135	120
Moyenne des éloignements en minutes		80	90	75	60	65
<i>PPSMJ écrouées sur le ressort</i>	<i>Sur la base du nombre de personnes écrouées au 1er juillet 2018</i>	7688	5812	6848	3075	3577
<i>Nb de personnes écrouées par lit sur le ressort</i>		128	145	114	77	89
<i>% de détenus écroués dans EP éloignés > 120 min</i>		16,80%	51,80%	18,80%	2,00%	21,70%
<i>% de détenus écroués dans EP éloignés < 60 min</i>		49,30%	36,80%	55,30%	70,70%	64,40%

Scenario d'installation d'une nouvelle UHSA en Languedoc



4. REGION NORMANDIE - DISP DE RENNES

La région Normandie, dans le périmètre résultant de la loi Notre de 2015, à la frontière des DISP de Lille et de Rennes, compte près de 4000 détenus répartis sur cinq départements et dix établissements pénitentiaires. Le plan pénitentiaire y prévoit la création de 462 places nettes d'ici 2027.

Quatre établissements, dans l'ancienne région de Haute-Normandie, s'ils se situent environ à mi-chemin entre les UHSA des deux DISP de Lille et de Rennes, en sont relativement éloignés³².

Avant la réforme territoriale de la loi Notre et la modification subséquente de la carte pénitentiaire, les établissements localisés dans l'ancienne région de Basse-Normandie (Calvados, Manche et Orne) relevaient de la DISP de Rennes. Ceux installés dans le ressort de l'ancienne région de Haute-Normandie (Eure et Seine-Maritime) dépendaient quant à eux de la DISP de Lille. En janvier 2017, les établissements pénitentiaires de Haute-Normandie ont intégré la DISP de Rennes. Devant l'importance du nombre de personnes détenues qui y étaient écrouées³³, la DISP de Lille a donné son accord, à la demande de l'équipe médicale de l'UHSA de Rennes, pour que l'UHSA de référence de ces deux départements demeure celle de Lille-Seclin³⁴.

Rapporté aux deux DISP, le ratio du nombre de détenus par lit d'UHSA demeure élevé³⁵. La création de 40 lits supplémentaires en UHSA dans le ressort de la DISP de Rennes apparaît donc nécessaire à la mission.

Cette nouvelle unité devrait couvrir les besoins de la région Normandie et y être localisée. Cette option permettrait, d'une part de rapprocher de leur UHSA de rattachement les personnes écrouées dans les départements concernés et, d'autre part, de faire coïncider les cartes administratives et sanitaires des deux DISP et des deux ARS.

La mission a examiné deux localisations possibles pour la nouvelle UHSA préconisée à Caen et à Saint-Etienne du Rouvray, près de Rouen. Les deux établissements publics de santé mentale avaient déposé une candidature dès 2012. En outre, deux des SMPR de la DISP de Rennes sont installés à Rouen et Caen.

Des simulations conduites, il ressort que la position géographique centrale de Caen dans la région, présenterait des avantages tant pour les patients du ressort que pour l'organisation des admissions et des transports. Ainsi, même si Caen dispose d'un bassin de recrutement un peu plus faible que celui de Saint Etienne du Rouvray³⁶ :

- le cumul des distances pour rejoindre les établissements du ressort s'élèverait à un peu plus de 600 kilomètres pour Caen et à un peu moins de 750 kilomètres pour Saint Etienne du Rouvray ;

32 De 175 à 240 minutes de l'UHSA de Rennes et de 140 à 180 minutes de l'UHSA de Lille.

33 Plus de 2300 détenus au 1er juillet 2018.

34 L'UHSA de Lille-Seclin dispose de 20 lits de plus que celle de Rennes.

35 Avec 15000 détenus sur les deux DISP le ratio y est de 156 détenus par lit pour les 100 lits des deux UHSA. Seuls les ratios de Nancy et de Villejuif sont plus élevés (respectivement 163 et 229).

36 En 2018, 58% de la population pénale du ressort est écrouée à moins de 60 minutes de Saint Etienne du Rouvray (contre 35% autour de Caen).

- si l'unité était installée à Caen les éloignements de l'UHSA de rattachement se réduiraient plus significativement pour une majorité de personnes détenues : seulement 8% de la population pénale³⁷ serait éloignée de plus de 90 minutes contre 20% si l'UHSA était localisée à Saint Etienne du Rouvray³⁸ ;
- dans cette même hypothèse, les deux établissements les plus éloignés seraient situés à 95 minutes (MA d'Evreux) et 90 minutes (MA Cherbourg) contre 160 minutes (MA Cherbourg) et 140 minutes (MA Coutances) si l'UHSA proposée était installée à Saint Etienne du Rouvray ;
- enfin, la construction d'une maison d'arrêt à Caen-Iffs³⁹ d'ici 2027 pourrait être l'occasion, pour l'administration pénitentiaire de mettre en place une plate-forme d'escortes et de transports.

S'agissant de l'offre de soins déjà existante, les unités hospitalières créées dans les établissements de santé mentale de Saint Etienne du Rouvray et d'Evreux permettent depuis 2012 d'accueillir des personnes détenues sur le fondement de l'art. D.398 du CPP dans des conditions d'hospitalisation qui permettent une meilleure qualité de prise en charge⁴⁰. La mission considère qu'il serait dommageable de fragiliser ces unités dans l'hypothèse d'une localisation à Saint-Etienne du Rouvray.

L'installation d'une UHSA à Caen ou Saint Etienne du Rouvray entraînerait les conséquences suivantes pour les unités existantes de Lille-Seclin et de Rennes :

- l'UHSA de Lille-Seclin verrait son ratio de personnes écrouées par lit diminuer considérablement⁴¹ et donc son fonctionnement quotidien s'améliorer significativement. En outre, en se séparant des quatre établissements pénitentiaires les plus éloignés du ressort (de 3 à 4 heures de trajet), les transports pourraient être optimisés ;
- l'UHSA de Rennes verrait elle aussi son ratio de personnes détenues par lit diminuer fortement⁴² du fait du rattachement des établissements pénitentiaires du Calvados, de la Manche et de l'Orne vers la nouvelle unité proposée.

Cette nette amélioration des ratio « nombre de personnes détenues par lit » devrait alors constituer une occasion, pour l'équipe médicale de l'UHSA de Rennes, de développer les recrutements au-delà des établissements rennais⁴³ et, pour l'unité et l'ARS Bretagne de renforcer les liens avec l'ARS des Pays de la Loire : en 2017, les deux plus grands établissements pénitentiaires (CP de Nantes et MA du Mans) ne comptaient que 8% de patients admis à l'UHSA de Rennes alors que l'ensemble des établissements pénitentiaires de cette région regrouperont, après l'ouverture de la seconde UHSA, 50% des personnes écrouées sur le nouveau ressort de l'unité de Rennes.

³⁷ MA d'Evreux et de Cherbourg soit moins de 400 détenus au 1er juillet 2018.

³⁸ MA de Coutances et de Cherbourg, CP d'Alençon-Condé sur Sarthe et CD d'Argentan soit plus de 800 détenus au 1er juillet 2018.

³⁹ 282 places nettes.

⁴⁰ Accueil des situations de crises et d'urgence, locaux sécurisés, encadrement, DMS plus longue.

⁴¹ De 175 en 2018, il pourrait passer à 135, sous réserve d'une stabilisation de la population pénale écrouée sur l'interrégion pénitentiaire.

⁴² De 153 en 2018, il pourrait passer à 113 sous réserve d'une stabilisation de la population pénale écrouée sur l'interrégion.

⁴³ En 2017, 52% des patients admis étaient originaires des centres de Rennes⁴³ alors que ces établissements ne représentaient que 14% de la population du ressort, voir annexe 5.

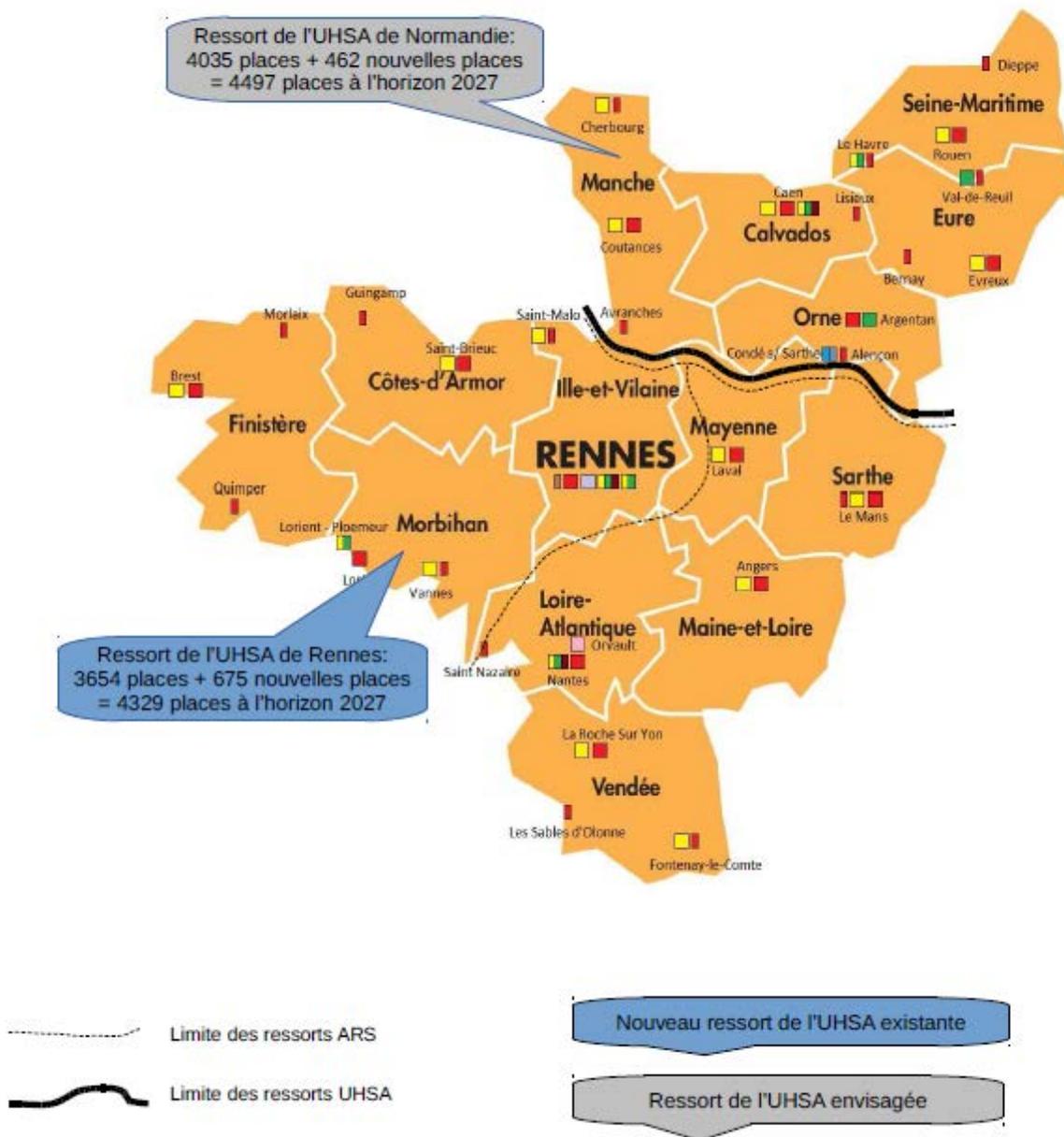
Enfin, la mission précise dès à présent que la création d'une UHSA dans la région des Pays de la Loire ne lui est pas apparue nécessaire. D'une part en raison du nombre peu élevé de personnes détenues (moins de 2500 détenus) et d'autre part, parce que les éloignements d'avec l'UHSA de Rennes restent globalement acceptables⁴⁴.

Tableau 17 Modélisation région Normandie

Région de Normandie DISP de Rennes		Situation de l'UHSA de Rennes en 2018	Scénario 1		Scénario 2	
			Construction d'une UHSA à Saint Etienne du Rouvray		Construction d'une UHSA à Caen	
		UHSA de Rennes 40 places	UHSA de Saint Etienne du Rouvray 40 places	UHSA de Rennes 40 places (impact)	UHSA de Caen 40 places	UHSA de Rennes 40 places (impact)
Départements de la DISP de Rennes intégrés au ressort de l'UHSA		Toute la DISP de Rennes sauf les départements 27 et 76	27, 76, 14, 50 et 61	Toute la DISP de Rennes sauf 27, 76, 14, 50 et 61	27, 76, 14, 50 et 61	Toute la DISP de Rennes sauf 27, 76, 14, 50 et 61
Départements d'une autre DISP intégrés au ressort de l'UHSA		Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Nb places actuelles + nb places en 2027 dans le ressort de l'UHSA		5410	4035 + 462 = 4497	3654 + 675 = 4329	4035 + 462 = 4497	3654 + 675 = 4329
Eloignement mini en minutes		15	10	15	10	15
Eloignement maxi en minutes		160	160	160	95	160
Moyenne des éloignements en minutes		95	75	80	60	80
<i>PPSMJ écrouées sur le ressort</i>	<i>Sur la base du nombre de personnes écrouées au 1er juillet 2018</i>	6136	3928	4517	3928	4517
<i>Nb de personnes écrouées par lit sur le ressort</i>		153	98	113	98	113
<i>% de détenus écroués dans EP éloignés > 90 min</i>		49,20%	20,40%	28,60%	8,20%	28,60%
<i>% de détenus écroués dans EP éloignés < 60 min</i>		22,00%	58,80%	24,50%	35,10%	24,50%

⁴⁴ De 60 minutes (MA de Laval) à 150 minutes (MA de Fontenay le Comte), les plus grands établissements du Mans et de Nantes se situant respectivement à 100 et 80 minutes.

Scénario d'installation d'une nouvelle UHSA en Normandie



5. REGION BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE -DISP DE DIJON

Etendue sur plus de 600 kilomètres d'Est en Ouest, de la maison d'arrêt de Tours à celle de Belfort et plus de 250 kilomètres du Nord au Sud, du centre pénitentiaire d'Orléans à la maison centrale de Saint Maur, la DISP de Dijon est la plus complexe en termes de répartition d'établissements dans les ressorts d'UHSA.

L'arrêté du 20 juillet 2010⁴⁵, basé sur l'organisation des DISP antérieure à celle mise en œuvre le 1^{er} janvier 2017, prévoit ainsi que trois UHSA (celles d'Orléans, de Lyon et de Nancy) se répartissent les hospitalisations des personnes écrouées à l'Est de la DISP de Dijon⁴⁶.

La mission a donc porté ses travaux sur deux scénarii tous deux basés sur la création d'une UHSA à Dijon⁴⁷. Dans le premier scénario, les ressorts des deux UHSA de la DISP ne dépassent pas le ressort de la DISP ; dans le second scénario, des établissements proches, situés sur d'autres DISP, sont intégrés aux UHSA d'Orléans et de Dijon.

Dans les deux cas cependant, les questionnements sur l'efficacité des deux UHSA restent entiers⁴⁸ : soit la nouvelle unité dispose de 40 lits et son ratio de détenus par lit n'est compris qu'entre 56 et 68⁴⁹, soit, avec les réserves émises ci-après sur les coûts d'investissement et de fonctionnement qu'une petite unité peut induire, l'UHSA de Dijon n'a que 20 lits et son ratio se situe entre 112 et 135.

Aussi, bien davantage que dans d'autres régions évoquées supra, l'offre de soins de droit commun devrait faire l'objet d'une étude en opportunité de la part des deux ministères autour des deux hypothèses suivantes :

- de ne pas construire de nouvelle UHSA et développer l'accessibilité des personnes détenues à cette offre de soins de droit commun, les UHSA de Lyon et Nancy continuant de porter certaines hospitalisations des personnes écrouées à l'Est de la DISP de Dijon⁵⁰ ;
- ou de créer 20 ou 40 places en UHSA.

Dans ce cas, il conviendra d'en évaluer préalablement l'efficacité au regard des coûts d'investissement⁵¹ et de fonctionnement, notamment en termes de ressources humaines. A défaut de comptabilité analytique, il n'a en effet pas été possible à la mission de mesurer les écarts des coûts de fonctionnement entre les UHSA de 40 et celles de 60 lits ni d'évaluer les coûts d'une unité de 20 lits⁵².

45 Arrêté relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux.

46 L'arrêté prévoit en outre que les établissements situés dans le département de l'Aube (à l'exception de la maison centrale de Clairvaux) sont intégrés au ressort de l'UHSA d'Orléans alors que ce département dépend aujourd'hui de la DISP de Strasbourg.

47 Choix de l'EPSM réalisé par simple commodité dans le cadre des simulations, la mission n'ayant pas eu connaissance des candidatures des EPSM de la région.

48 Le plan pénitentiaire prévoit la création de 528 places de détention sur le ressort de tel que proposé.

49 Tous les ratio sont effectués sous réserve d'une stabilisation du nombre de personnes écrouées sur le ressort.

50 Les détenus originaires de la DISP de Dijon représentaient 15,5% des personnes admises à l'UHSA de Lyon en 2017.

51 Respectivement 12 et 17 millions d'euros environ pour une unité de 40 ou 60 lits dans le cadre de la réalisation de la première tranche.

52 Il apparaît par exemple que le dimensionnement actuel des équipes pénitentiaires nécessaires pour assurer, de jour et de nuit, l'ensemble des missions de garde, ne puissent pas être abaissé de façon significative, tout comme, en conséquence, les effectifs totaux (cf. 1.3.2.1). Sur une UHSA ne comportant que 20 lits, seul le poste « PCC », tenu en journée, pourrait ainsi être supprimé. Sur les UHSA de 40 et 60 lits l'agent en poste au « PCC » est effectivement principalement chargé d'assurer les ouvertures de portes entre les unités. Sa suppression pourrait conduire à une baisse marginale de l'effectif total d'agents sur la structure.

Si l'option UHSA était privilégiée, la mission recommande d'élargir son ressort à des établissements pénitentiaires de la DISP de Strasbourg afin de tendre à un équilibre entre les unités et à une optimisation des temps de trajets et d'escortes.

La mission a ainsi conduit une simulation intégrant les établissements de la DISP de Strasbourg les plus proches de Dijon : dans l'Aube, la MA de Troyes puis le futur centre pénitentiaire de Troyes-Lavau⁵³, et, dans le Haut-Rhin, la MA de Mulhouse et le futur CP de Lutterbach.

De son côté, déchargée de quelques établissements de l'Est de la DISP, plus proches de Dijon que d'Orléans, l'UHSA d'Orléans pourrait continuer de prendre en charge les détenus du centre pénitentiaire de Villenauxe-La-Grande⁵⁴ et désormais hospitaliser ceux du Centre des Jeunes Détenus (CJD) de Fleury-Mérogis.⁵⁵

Dans ces conditions, le ratio de détenus par lit à l'UHSA d'Orléans passerait de 78 à 69. Il ne serait que de 57 personnes détenues par lit si le ressort de l'unité était strictement limité par les frontières de la DISP de Dijon.

Par ailleurs, tout comme pour l'UHSA de Rennes, le resserrement du ressort de l'UHSA d'Orléans devrait être l'opportunité pour les équipes médicales de développer les recrutements au-delà des établissements de proximité : en 2017, 35% des patients admis sur l'unité étaient originaires du centre pénitentiaire d'Orléans alors que celui-ci ne représentait que 13% de la population du ressort.

Enfin, toujours sous réserve d'une stabilisation des effectifs sur les ressorts concernés, la création d'une UHSA à Dijon, moyennant le découpage territorial présenté par la mission, conduirait, pour l'unité de Lyon à une baisse du ratio de personnes détenues par lit de 129 à 108⁵⁶ et, pour celle de Nancy, à une baisse de 142 à 140⁵⁷.

En synthèse, les impacts pour les unités seraient les suivants :

- l'UHSA de Lyon n'hospitaliserait plus⁵⁸ de personnes détenues originaires de la DISP de Dijon ;
- l'UHSA de Nancy n'hospitaliserait plus de personnes détenues originaires de la DISP de Dijon et les détenus originaires de cinq établissements de la DISP de Strasbourg seraient orientés vers une autre UHSA ;
- l'UHSA d'Orléans, qui verrait son ressort se réduire, devrait hospitaliser, outre les détenus écroués au CD de Villenauxe-la-Grande, ceux du CJD de Fleury-Mérogis ;
- enfin, le ressort de la nouvelle UHSA de Bourgogne-Franche-Comté s'étendrait alors sur sept des huit départements de l'ARS de Bourgogne-Franche-Comté⁵⁹ ainsi que sur quatre établissements dépendant de l'ARS Grand-Est.

⁵³ La maison centrale de Clairvaux aura fermé d'ici 2027.

⁵⁴ Villenauxe-la-Grande est un établissement de DISP de Strasbourg pour lequel l'arrêté du 20 juillet 2010 prévoit déjà un rattachement à l'UHSA d'Orléans.

⁵⁵ Le CJD de Fleury-Mérogis rouvrira à l'horizon 2022. Les UHSA de Villejuif et d'Orléans ont admis, depuis leur ouverture, respectivement neuf et six mineurs, provenant de Fleury-Mérogis ou de l'EPM de Porcheville pour l'UHSA de Villejuif, de la MA Tours pour l'UHSA d'Orléans. Une simulation inverse consistant à adresser à l'UHSA d'Orléans les majeurs de Fleury-Mérogis (hors CDJ) a également été conduite par la mission. Il n'est cependant pas certain que le ratio obtenu soit alors supportable, la question de la démographie médicale n'ayant pas été, en sus, examinée.

⁵⁶ Le plan pénitentiaire prévoit en outre la création de 240 places sur le ressort.

⁵⁷ Le plan pénitentiaire prévoit cependant la création de 820 places sur le ressort de l'UHSA de Nancy nouvellement définit.

⁵⁸ Sous réserve de l'article du CSP prévoyant des exceptions au ressort des UHSA notamment en cas de manque de places.

⁵⁹ La maison d'arrêt de Nevers, dans la Nièvre, dépendant de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté, est éloignée de 120 minutes d'Orléans contre 200 de Dijon.

Tableau 18 Modélisation Bourgogne-Franche-Comté

Région Bourgogne-Franche-Comté DISP DIJON		Situation de l'UHSA d'Orléans en 2018	Situation de l'UHSA de Lyon en 2018	Situation de l'UHSA de Nancy en 2018	Scenario 1	
					Construction d'une UHSA à Dijon Strict respect des frontières de la DISP de Dijon	
		UHSA Orléans 40 places	UHSA Lyon 60 places	UHSA Nancy 40 places	UHSA Dijon 20 ou 40 places	UHSA Orléans 40 places (impacts)
Départements de la DISP de Dijon intégrés au ressort de l'unité		18, 36, 37, 41, 45, 58 et 89	21, 25, 39, 71	70, 90	25, 39, 70, 90, 21, 71, 89	18, 28, 36, 37, 41, 45 et 58
Départements d'une autre DISP intégrés au ressort de l'UHSA		10 (sauf Clairvaux)	Tous les départements de la DISP de Lyon	Tous les départements de la DISP de Strasbourg (sauf Troyes et Villeneuve la Grande, dans l'Aude)	Aucun	Aucun
Nb places actuelles + nb places en 2027 sur le ressort		2883	-	-	1856 + 0 = 1856	2281 + 120 = 2401 (1)
Eloignement mini en minutes		10	20	10	15	10
Eloignement maxi en minutes		145	250	195	110	120
Moyenne des éloignements en minutes		90	100	95	75	70
<i>PPSMJ écrouées sur le ressort</i>	<i>Sur la base du nombre de personnes écrouées au 1er juillet 2018</i>	3125	7746	5792	2256	2272
<i>Nb de personnes écrouées par lit sur le ressort</i>		78	129	145	56 (40 places) 112 (20 places)	57
<i>% de détenus écroués dans EP > 120 min</i>		34,00%	16,60%	18,10%	0,00%	0,00%
<i>% de détenus écroués dans EP < 60 min</i>		37,00%	42,30%	42,50%	32,80%	58,00%

(1) réouverture du QCD d'Orléans-Saran compris

(2) Fermeture de Clairvaux et ouvertures Troyes-Lavau et Lutterbach comprises

(3) Réouverture CJD comprise

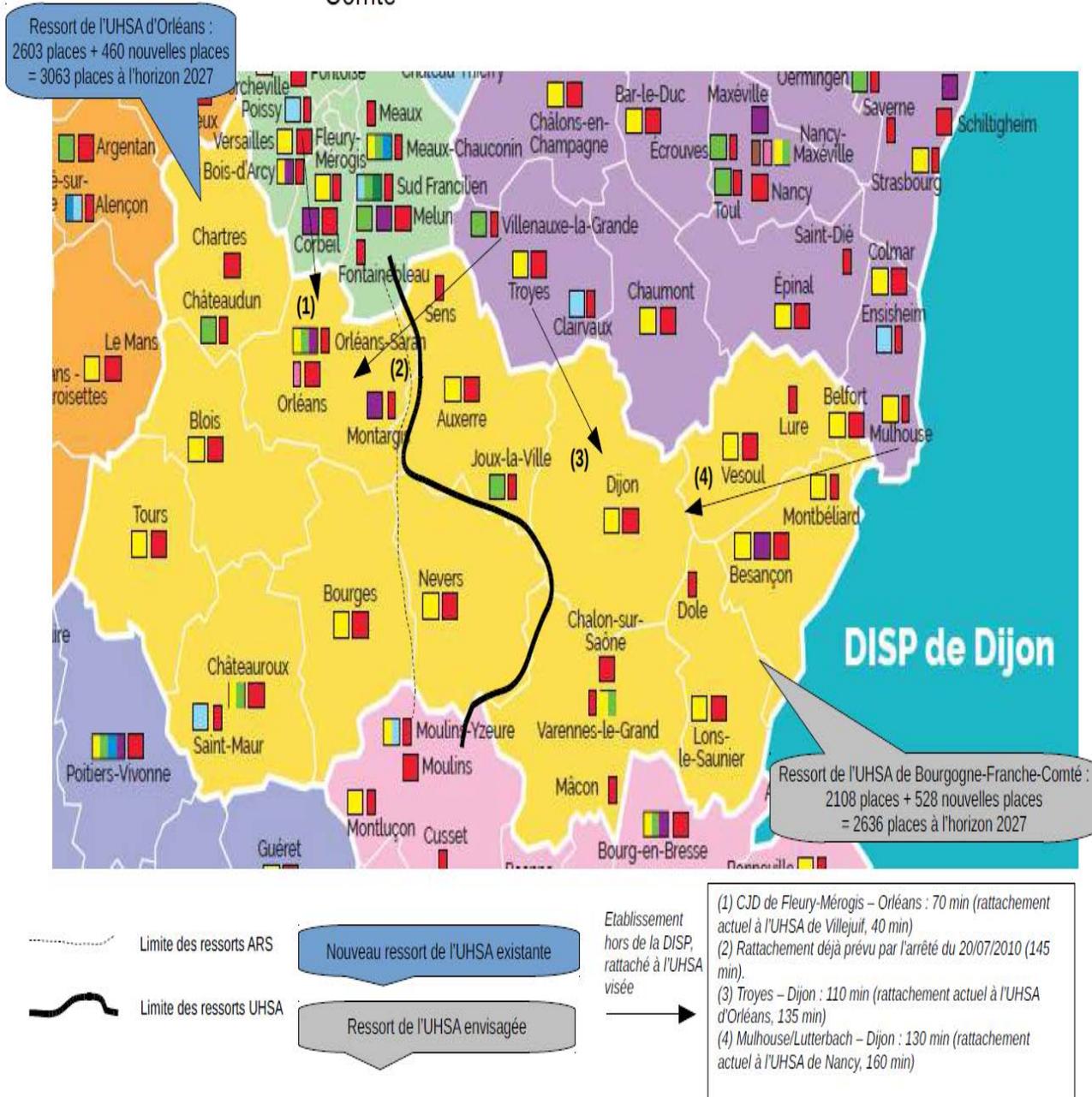
Région Bourgogne-Franche-Comté DISP DIJON	Situation de l'UHSA d'Orléans en 2018	Situation de l'UHSA de Lyon en 2018	Situation de l'UHSA de Nancy en 2018	Scenario 2		
	UHSA Orléans 40 places	UHSA Lyon 60 places	UHSA Nancy 40 places	Construction d'une UHSA à Dijon Avec départements ou établissements d'autres DISP		
Départements de la DISP de Dijon intégrés au ressort de l'unité	18, 36, 37, 41, 45, 58 et 89	21, 25, 39, 71	70, 90	UHSA Dijon 20 ou 40 places	UHSA Orléans 40 places	
Départements d'une autre DISP intégrés au ressort de l'UHSA	10 (sauf Clairvaux)	Tous les départements de la DISP de Lyon	Tous les départements de la DISP de Strasbourg (sauf Troyes et Villenauxe la Grande, dans l'Aude)	Troyes et Troyes-Lavau (10) et Mulhouse et Lutterbach (68)	Villenauxe la Grande (10) et CJD Fleury-Merogis	
Nb places actuelles + nb places en 2027	2883	–	–	2108 + 528 = 2636 (2)	2603 + 460 = 3063 (3)	
Eloignement mini en minutes	10	20	10	15	10	
Eloignement maxi en minutes	145	250	195	133	145	
Moyenne des éloignements en minutes	90	100	95	85	80	
<i>PPSMJ écroués sur le ressort</i>	Sur la base du nombre de personnes écrouées au 1er juillet 2018	3125	7746	5792	2707	2764
<i>Nb de personnes écrouées par lit sur le ressort</i>		78	129	145	68 (40 places) 135 (20 places)	69
<i>% de détenus écroués dans EP > 120 min</i>		34,00%	16,60%	18,10%	16,00%	13,40%
<i>% de détenus écroués dans EP < 60 min</i>		37,00%	42,30%	42,50%	27,40%	47,70%

(1) réouverture du QCD d'Orléans-Saran compris

(2) Fermeture de Clairvaux et ouvertures Troyes-Lavau et Lutterbach comprises

(3) Réouverture CJD comprise

Scenario d'installation d'une nouvelle UHSA en région Bourgogne-Franche-Comté



Annexe 7. TRAVAUX DE RECHERCHE⁶⁰
--

A. Approche descriptive du profil et du parcours de soin des patients admis à l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée de Toulouse en 2012, Thèse de médecine de B. JULLIAN, 07/04/2014

Nombreux sont ceux qui s'indignent de l'absence de soins dispensés aux aliénés dans les prisons : à l'image du Dr Lelut en 1843, qui considère que la fréquence de la folie est 7 à 8 fois plus élevée en prison que dans la population générale.

Elève de Pinel, Alexandre Brière de Boismont propose de construire des quartiers spécialisés pour les fous criminels qui « sont dangereux et troublent la tranquillité des autres malades, dont la liberté est restreinte à cause des mesures de précaution qu'exigent les aliénés criminels ; aussi, l'asile, dans ce cas, ressemble-t-il plutôt à une prison qu'à un hôpital ». Il défend le statut de malade des aliénés criminels, et préconise une réponse sanitaire, considérant qu'il est du rôle du médecin de se préoccuper de la prise en charge de ces patients.

Un quartier de sûreté pour les aliénés « criminels, vicieux et dangereux » ouvre à l'hôpital de Villejuif en 1910, dirigé par le Dr Henri Colin. Ce service est considéré comme le précurseur des Unités pour Malades Difficiles. (UMD)

Un tournant important concernant la responsabilité des malades mentaux est apporté le 20 décembre 1905 avec la notion de responsabilité atténuée : « À côté des aliénés proprement dits, on rencontre des dégénérés, des individus sujets à des impulsions morbides momentanées ou atteints d'anomalies mentales assez marquées pour justifier, à leur égard, une certaine modération dans l'application des peines édictées par la loi. Il importe que l'expert soit mis en demeure d'indiquer avec la plus grande netteté possible, dans quelle mesure l'inculpé était, au moment de l'infraction, responsable de l'acte qui lui est imputé ».

Ainsi, l'aliéné partiellement déresponsabilisé est incarcéré légalement mais écope d'une peine allégée. Cette légitimation de la présence de malades mentaux dans les prisons va rapidement soulever la question de la prise en charge sanitaire de ces malades à l'intérieur des prisons. Des établissements pénitentiaires vont se spécialiser dans l'accueil des aliénés.

À la Libération, une réflexion en profondeur sur la considération des détenus est amorcée, en particulier concernant les malades mentaux incarcérés. Elle place le soin aux détenus comme une priorité et fait émerger l'idée que la pathologie mentale peut favoriser la récidive, ouvrant la prison au champ social (« la peine privative de liberté a pour but essentiel, l'amendement et le reclassement social du détenu »).

En 1950, ouvrent les premiers services de soins, qui ont aussi la fonction d'évaluation et d'observation, le Centre National d'Observation (CNO) des longues peines à Fresnes et le centre d'observation psychiatrique à Château-Thierry, qui lui se spécialise dans l'accueil des détenus condamnés présentant des troubles mentaux pour leur proposer des soins. À partir de 1958, le nouveau code de procédure pénale, permet d'organiser des consultations d'hygiène mentale en milieu carcéral. L'administration pénitentiaire recrute ainsi des médecins et des infirmiers, aboutissant à la création de services spécialisés.

⁶⁰ Extraits de thèses de médecine consacrées aux UHSA/UMD/USIP.

Le premier centre médico-psychologique régional (CMPR) ouvre à la prison de la Santé (circulaire du 30 juillet 1967) avec l'objectif de soins et d'assistance aux patients. Mais les psychiatres recrutés et rémunérés par une structure sanitaire, restent sous l'autorité du chef d'établissement pénitentiaire. En 1977, Simone Veil, alors ministre de la santé, présente un projet de création de 17 CMPR qui deviennent SMPR (Services Médico-Psychologiques Régionaux) en 1986.

Chaque SMPR est rattaché à un établissement hospitalier public et organisé selon le triptyque : indépendance vis-à-vis de l'administration pénitentiaire - libre consentement aux soins pour les patients - intégration du soin dans le dispositif général de secteur. Les missions poursuivies sont la prévention des maladies mentales, le diagnostic et de traitement des troubles psychiatriques, le suivi psychiatrique et psychologique en post pénal la coordination et concertation des intervenants en secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, la recherche épidémiologique et la lutte contre les addictions

En France, il existe actuellement 26 antennes de SMPR, déployées en fonction des interrégions pénitentiaires (3 dans les DOM). Parmi les 187 établissements pénitentiaires, ceux dépourvus de SMPR voient les soins psychiatriques assurés par les services de psychiatrie générale, qui ont la mission d'organiser un dispositif de soin psychiatriques (DSP) au sein des 175 USMP (unités sanitaires en milieu pénitentiaire, ex-UCSA créés par la loi du 18 janvier 1994).

S'agissant des soins somatiques :

- les hospitalisations d'urgence et de courte durée sont réalisées dans les chambres sécurisées des hôpitaux de rattachement.
- les hospitalisations programmées de plus de 48 h, se déroulent depuis 2004, dans les unités hospitalières sécurisées interrégionales (8 UHSI), implantées dans les centres hospitaliers régionaux universitaires de 8 grandes villes.

S'agissant des soins psychiatriques :

- les soins ambulatoires sont réalisés au sein des dispositifs de soins psychiatriques intégrés aux USMP de niveau 1 ; il s'agit du premier niveau de soins psychiatriques que l'on retrouve au sein des unités de consultations et de soins ambulatoires : UCSA. Elles participent à la prise en charge globale du patient. Composée d'une équipe pluridisciplinaire, issue de l'hôpital psychiatrique de rattachement, associant médecins psychiatres, infirmière, psychologues, éventuellement ergothérapeute, éducateur spécialisé. Leur activité se limite à des consultations ambulatoires, ils peuvent parfois proposer des ateliers thérapeutiques. Basée sur le principe fondateur de la psychiatrie en milieu pénitentiaire du libre consentement au soin, il existe toutefois une incitation aux soins grâce au bénéfice secondaire que peut percevoir le détenu soigné, à travers l'attribution de remise de peine supplémentaire (RPS). Les missions de ce dispositif sont communes avec celles des SMPR (dépistage systématique des troubles psychiatriques par un entretien auprès des arrivants, prise en charge des problématiques liées aux addictions, prévention du suicide, mise en place de suivi, organisation du relais de soins pour des prises en charge plus soutenues en hospitalisation).

- les hospitalisations de jour sont réalisés au sein des dispositifs de soins psychiatriques intégrés aux USMP de niveau 2 et des services médico-psychologiques régionaux (26 SMPR)⁶¹; La plupart du temps les SMPR sont dotés de « lits » d'hospitalisation, trois services font exception : Rouen, Bordeaux, Baie-Mahault, et seulement deux (Fresnes et Marseille) disposent d'un dispositif d'hospitalisation à temps complet. De façon générale, il s'agit en réalité d'une prise en charge de type hôpital de jour, puisque la permanence des soins n'est pas assurée et que les locaux restent sous la gouvernance pénitentiaire. Aucune place à temps plein et à temps partiel n'est réservée aux femmes, ni aux mineurs.
- certaines hospitalisations sans consentement sont réalisées au sein des centres hospitaliers spécialisés de rattachement, d'autres avec ou sans consentement sont réalisées dans les unités hospitalières spécialement aménagées (9 UHSA⁶²) implantées en milieu hospitalier accueillant les hospitalisations psychiatriques de leur ressort géographique.

Le recours aux soins psychiatriques en milieu pénitentiaire est estimé à 271 pour 1000 c'est-à-dire 10 fois supérieur à celui de la population générale. En France, la mortalité par suicide était en moyenne de 19,1 pour 10 000 hommes écroués et de 17,8 pour 10 000 femmes écrouées entre 2000 et 2010, ce qui correspond à des chiffres 7 fois supérieurs à la population générale pour les hommes et 20 fois supérieurs à la population générale pour les femmes.

Tant en France qu'à l'étranger, et malgré des variabilités méthodologiques nécessitant une pondération des résultats, toutes s'accordent sur un point : la prévalence des troubles mentaux derrière les murs de nos prisons est nettement supérieure à celle retrouvée dans la population générale. Il peut s'agir de maladies psychiatriques préexistantes à l'incarcération, de pathologies révélées par le stress de la détention chez des personnes ayant un terrain vulnérable, ou de troubles réactionnels générés par le milieu carcéral.

Tableau 19 Principales données disponibles sur la santé mentale en détention

Sources	échantillon	année	Troubles psychotiques	Troubles dépressifs	Troubles anxieux	Troubles de personnalité	troubles addictifs	Pays concernés
Gallet	étude sur une maison d'arrêt	1998	3,5 - 4,6%					France
Danesh Fazel	méta-analyse 62 études	2001	4%	10-12%	27%	40-70%		12 pays occiden
DREES	étude entrants prison France	2001	10%	16%			27%	
DAP-DGS Rouillon Falissard	étude prévalence 23 prisons	2004	17%		56%	28%	30%	1000 dét France
DREES	étude entrants prison France	2003	3-8%	10-30%			30%	6000 dét France
Fovet T		2012	5,5%	10-14%				

⁶¹ L'arrêté du 10 mai 1995 précise les modalités de l'admission en hospitalisation au sein des SMPR. Celle-ci se fait obligatoirement en mode libre. Les services sont aménagés à l'intérieur des établissements pénitentiaires et sont constitués de cellules dont la surveillance reste dévolue à l'autorité pénitentiaire. L'offre de soins peut varier en fonction des SMPR. La plupart du temps il s'agit d'équivalents d'hôpitaux de jour, la présence soignante n'étant effective qu'en journée. Deux services font exception puisqu'ils proposent une présence soignante à temps complet, tandis que deux autres sont dépourvus de lits. Au total 412 lits sont disponibles en France. Les admissions se font depuis n'importe quel établissement de l'inter région pénitentiaire. Les soins proposés combinent prise en charge individuelle et groupale.

⁶² La 1^{ère} UHSA a été ouverte en mai 2010 à Lyon-Le Vinatier. En 2012, ce sont deux nouvelles UHSA qui ont été mises en service à Toulouse et Nancy. Les UHSA de Villejuif, Orléans, Seclin et Rennes ont été ouvertes en 2013. Les UHSA de Bordeaux et de Marseille ont été respectivement ouvertes en juin 2016 et février 2018.

Facteurs de surreprésentation des troubles psys chez les détenus :

- Effet de la sectorisation avec fermeture des asiles et baisse des capacités d'hospitalisation,- Réduction des déclarations d'irresponsabilité pénale et allongements des peines prononcées (passé de 17% en 1980 à 0,17% en 2000)
- Augmentation des procédures de comparution immédiate

Il est à craindre que la désinstitutionnalisation psychiatrique se soit accompagné d'une diminution des confrontations de soignants avec les patients réputés difficiles. Parallèlement l'augmentation du personnel féminin dans le milieu soignant ainsi que la disparition de la filière spécialisée en psychiatrie pour les infirmiers diplômés d'État ont pu contribuer à majorer les appréhensions ressenties par les équipes, non seulement avec les équipes relais dans les établissements pénitentiaires, mais aussi et surtout avec les secteurs de psychiatrie générale.

Avant la création des UHSA, l'hospitalisation des patients détenus s'applique selon les modalités de l'article D. 398. Mais les insuffisances de cette modalité de prise en charge sont régulièrement dénoncées. La qualité des soins offerts à ces patients, en service fermé et en chambre d'isolement la plupart du temps, du fait, entre autres, que le code de procédure pénale ne prévoit pas de garde statique met le personnel soignant dans une position complexe et contradictoire (assurer simultanément la surveillance et les soins).

L'accès au téléphone et l'organisation des parloirs ne sont, le plus souvent, pas applicables dans les services hospitaliers classiques, pas en mesure de faire respecter les règles de sécurité préconisées par l'administration pénitentiaire. Dans certains services, le patient n'a ni accès aux espaces collectifs, ni aux activités thérapeutiques pour des raisons de sécurité. La mise en place d'un lien thérapeutique dans un tel climat, s'avère difficile, entraînant souvent des sorties précipitées.

Les UHSA sont implantées au sein d'un établissement de santé, la sécurisation périmétrique est assurée par l'administration pénitentiaire, celle-ci a également à charge la gestion des entrées et sorties, et l'organisation des transferts. La permanence des soins y est appliquée comme dans n'importe quel service hospitalier, elle est assurée par une équipe pluridisciplinaire, qui conserve une certaine liberté dans ses choix thérapeutiques.

Les craintes suscitées sont les suivantes :

- provoquer une augmentation de l'incarcération des malades mentaux ;
- instaurer une prise en charge spécifique pour les personnes sous main de justice
- instaurer une confusion des missions de santé et de justice, favorisant l'instrumentalisation de la psychiatrie par les politiques sécuritaires à des fins de défense sociale ;
- faire l'économie d'une réflexion profonde sur l'expertise en France et le système pénal appliqué aux sujets dont la responsabilité est incomplète ;
- entretenir des inégalités territoriales concernant l'accès aux soins psychiatriques des patients détenus ;
- opérer un investissement financier important au détriment d'un renforcement des moyens et structures existantes entraînant un ralentissement dans le déploiement de structures sécurisées d'hospitalisation dans le droit commun (USIP, UMD).

Etudes portant sur l'UHSA de Toulouse en 2012 :

- 151 patients, majoritairement des hommes (n=139 ; 92%), deux d'entre eux mineurs au moment de leur hospitalisation, en moyenne 34 ans et 6 mois ($\sigma=10,4$), les extrêmes étaient de 17 et 86 ans.
- 44% ont été placés dans l'enfance (n=57), 11% ont une mesure de protection (n=16) et 32% bénéficient d'une allocation adulte handicapée (n=48). - 68% avaient un logement stable avant l'incarcération (n=102) et il s'agissait de la première pour 54% d'entre eux (n=66).
- 38% sans ATCD psy, 15% avec ATCD anciens, 47% avec ATCD fréquents et réguliers mais au total quand même 65% ATCD TS.
- motifs les plus fréquents : 32% décompensation psychotiques, 24% syndromes dépressifs
- diagnostics les plus fréquents : 48% psychoses, 25% troubles de la personnalité.
- traitement de sortie : 88% sous antipsychotiques
- nombre et durée moyenne d'hospitalisation : DMS = 31 jours, 27% de ré-hospitalisation dans l'année, 25% hospitalisation sous contraintes
- 41% toujours suivi à un an de leur passage en UHSA, 32% PDV
- Questions posées par les UHSA :
 - le risque des effets de l'institutionnalisation sur ces patients, qui pourrait les rendre incapables de repartir en détention, les UHSA se voyant ainsi contraintes d'accueillir au long cours des patients dont l'état mental ne permet pas une compatibilité avec les conditions de détention classique ;
 - la question de l'articulation avec les soins à l'extérieur reste prioritaire pour éviter l'évolution vers une filière dédiée à la prise en charge de la population sous main de justice.

B. Soins médicaux généraux en UHSA : une enquête nationale, thèse de médecine d'Agathe HIEULLE BOUTRY, 2017

Au 1er janvier 2016, 76 601 personnes sont écrouées en France, dont 66 678 sont détenues dans 187 établissements pénitentiaires. La population carcérale n'a cessé de s'accroître ces dernières années avec une augmentation de près de 20% de l'effectif en 20 ans. Ce contexte de surpopulation carcérale (densité carcérale de 113,9% au 1er janvier 2016) augmente les difficultés de prise en charge médicale des personnes incarcérées, cumulant de multiples problèmes de santé (10 fois plus de tuberculose, 4 à 6 fois plus de VIH et VHC)

Il est actuellement bien établi que la prévalence des pathologies médicales générales chez les patients souffrant de troubles psychiatriques est supérieure à celle retrouvée en population générale. On retrouve une prévalence élevée de facteurs de risque (FDR) cardiovasculaire chez les patients souffrant de schizophrénie ou de troubles bipolaires, notamment des FDR modifiables comme la surcharge pondérale, le diabète, l'HTA, le tabagisme et la sédentarité. Par ailleurs, les traitements médicamenteux par antipsychotiques augmentent le risque de survenue de ces FDR modifiables : surcharge pondérale, diabète et dyslipidémie à différents degrés selon le type d'antipsychotique.

L'épisode dépressif caractérisé est associé à une augmentation du risque cardio-vasculaire.

La prévalence des maladies infectieuses type VIH ou VHC est plus élevée chez les patients souffrant de trouble addictif. Le tabagisme chronique est le premier facteur de risque évitable de cancer : cancer du poumon, cancer des voies aéro-digestives, cancer de la vessie et cancer du pancréas. Il est aussi le premier facteur de risque évitable de maladie cardio-vasculaire. Enfin, l'abus d'alcool est un facteur de risque bien connu de nombreuses pathologies non psychiatriques, parmi lesquelles : la cirrhose, les cancers des voies aéro-digestives supérieures, les neuropathies périphériques, la tuberculose, les accidents domestiques.

Dans toutes les UHSA, un médecin généraliste intervient, sauf à l'UHSA de Lille-Seclin. Deux UHSA comptent un médecin généraliste à temps plein, et 4 UHSA, un médecin généraliste à mi-temps. Les UHSA de Lille-Seclin et Nancy-Laxou comptent un interne de médecine générale à temps plein, il n'y a pas de poste d'interne de médecine générale au sein des autres UHSA. Il n'y a pas de dentiste au sein des UHSA

La nécessité d'effectuer un examen clinique physique à l'entrée du patient concerne d'ailleurs tout établissement de santé et est détaillée dans les recommandations de l'HAS de 2014 (notamment pour recherche d'un diagnostic différentiel). Pourtant, l'examen clinique à l'entrée du patient dans les UHSA n'est pas systématique partout ni l'examen biologique (sérologies VIH, VHB/VHC, dépistage des effets secondaires des traitements, notamment chez les patients pour lesquels un traitement antipsychotique est prescrit), mais l'ECG est réalisé de manière systématique à l'UHSA, pour le bilan pré thérapeutique et le suivi.

Un avis téléphonique peut être sollicité mais quand il ne suffit pas, plusieurs possibilités : la consultation « sur place » du médecin spécialiste, l'extraction du patient vers le service de consultation est la règle, la consultation « sur place » et la télé-médecine n'étant réalisée dans aucune UHSA.

Concernant les soins dentaires, aucune UHSA n'est équipée pour ces soins. Ils peuvent être différés et effectués en détention au sein du CH où l'UHSA est située ou à l'école dentaire (1 UHSA sur 7 en cas d'urgence ou d'hospitalisation longue). En cas d'urgence relative nécessitant une extraction médicale, l'accompagnement du patient est le même pour chaque UHSA : 1 soignant si le patient est en soins libres, 2 soignants dont 1 IDE si le patient est en SDRE, et une escorte pénitentiaire. Le délai de départ de l'UHSA est variable pour chaque UHSA de 20-30 minutes à 48h, le délai moyen est de plusieurs heures. En cas d'urgence vitale, l'appel au SAMU est la règle (statistiques d'appels non connues).

Pour la plupart des UHSA, il y a un délai minimum pour une demande d'extraction médicale (en dehors des urgences vitales). Des extractions médicales sont parfois annulées par l'administration pénitentiaire avec pour conséquence de prolonger l'hospitalisation. Un avis médical est quand même systématiquement pris pour la plupart des UHSA. D'après le rapport de l'IGAS de 2015, les délais d'attente peuvent à certains moments être de plusieurs semaines pour une hospitalisation en UHSA (taux d'occupation entre 82 et 93%). Une organisation de fonctionnement optimale pour les extractions médicales apparaît donc primordiale pour permettre une prise en charge rapide et efficace des patients. Les extractions médicales sont donc contraignantes d'un point de vue organisationnel mais aussi du point de vue du patient. Il pourrait s'avérer intéressant de mettre en place des alternatives aux extractions : la consultation « sur place » du spécialiste, ou la télé-médecine, le choix du lieu d'implantation de l'UHSA.

C. Santé mentale des patients hospitalisés à l'UHSA de Nancy, thèse de médecine de Maureen FLOQUET, 2014

La présence en milieu carcéral de détenus souffrant de troubles mentaux pose des questions de santé publique et éthiques. Ces questions ne concernent pas uniquement les soignants, l'ensemble des acteurs intervenant auprès des personnes placées sous main de justice doivent également s'en saisir.

Pour les niveaux 1 et 2 de soins, les soins ne peuvent être que librement consentis, il n'existe pas de soins sous contrainte en milieu pénitentiaire, ce qui en pose les limites et peut amener à utiliser le dispositif de niveau 3.

Les hospitalisations au sein d'un établissement de psychiatrie générale sont possibles selon l'article D.398 du code de procédure pénale. Le patient est confié par arrêté préfectoral à la responsabilité de l'établissement de santé habilité à accueillir des patients hospitalisés sous contrainte. Il n'existe pas de garde statique et l'hospitalisation a lieu dans des unités accueillant des patients de droit commun. Ces conditions ne sont pas sans poser des problèmes de sécurité mais également des problèmes éthiques, notamment dans les indications de recours à la chambre de soins intensifs mais également dans des durées de séjour très courtes essentiellement pour des indications sécuritaires et non pas pour raisons médicales.

Lorsque les soins ne peuvent être assurés dans une unité classique, le patient peut être aussi admis dans une unité pour malade difficile (UMD) ou une unité de soins intensifs psychiatriques (USIP). Les indications d'hospitalisation en UMD ou USIP se font pour les patients qui présentent une dangerosité particulière liée à leur trouble psychiatrique, entraînant des difficultés dans la prise en charge dans les services de soins habituels. Les UMD ou USIP ne sont pas soumises à la sectorisation et ont une vocation nationale. Elles accueillent des patients en soins sans consentement exclusivement.

Etude sur l'UHSA de Nancy, 2013

- L'échantillon compte 186 détenus avec une majorité d'hommes (167 soit 89.9%) et 19 femmes (10.2%). Age moyen de 32.6 ans avec un écart type de 9.8, un âge minimum de 16 ans et un âge maximum de 86 ans. Durée moyenne de séjour = 49.6 jours.
- Un patient sur 5 est bénéficiaire de l'Allocation Adulte Handicapée (AAH) avant l'hospitalisation à l'UHSA. Peu de patients (6.5%) proviennent d'une Maison centrale. Un patient sur deux est adressé depuis une maison d'arrêt.

- 73.1 % des patients ont déjà des antécédents de suivi ambulatoire en psychiatrie. Il peut s'agir de suivi durant leur incarcération ou de suivi avant leur incarcération. Le motif principal des hospitalisations antérieures à celle de l'étude est pour 42.6% des hommes un trouble psychotique et pour 42.9% des femmes un trouble de l'humeur réactionnel.
- 75% : une hospitalisation, 19% deux, 5,4% trois, Plus de 30% des femmes sont hospitalisées deux voire trois fois durant l'année d'étude.
- Le principal motif d'hospitalisation à l'UHSA est pour 32,3% des patients une décompensation d'allure psychotique. 21,5% des patients nous sont adressés pour prise en charge des suites d'un geste auto agressif, 5.9% des patients nous ont été adressés en vue d'une évaluation psychiatrique.
- Diagnostics : 40% troubles psychotiques, 27% troubles de la personnalité, 37% troubles anxieux.
- Les patients souffrant de troubles psychotiques exercent moins d'activité professionnelle à l'extérieur et bénéficient plus régulièrement de l'AAH, contrairement aux autres patients (ils sont aussi le plus souvent adressés par les Maisons d'arrêt). 15% d'entre eux n'étaient pas connus pour leurs troubles. Sept patients sur 10 diagnostiqués avec troubles psychotiques sont adressés à l'UHSA pour décompensation de leur pathologie.
- La durée moyenne de séjour est de 71.5 jours pour un patient psychotique, il est plus souvent violent avec autrui, et a plus souvent recours à la chambre d'apaisement.
- Une irresponsabilité pénale a été prononcée durant l'hospitalisation à l'UHSA, amenant de ce fait le patient à quitter la structure et à être orienté en psychiatrie générale, en hospitalisation à temps plein et en SDRE. Trois patients ont nécessité un transfert sur l'USIP de Sarreguemines, car ils présentaient une certaine dangerosité liée à leur trouble psychiatrique difficilement compatible avec une unité d'admission.
- Mode d'hospitalisation reste stable avec 67,2 % des patients, hospitalisés dans la structure en soins libres.
- Recours à la chambre d'apaisement pour un patient sur 10, au maximum 6 jours, dans l'attente d'un transfert vers l'USIP. Un patient sur 2 est sous antipsychotiques, 80.1% sous anxiolytiques, 28% sous antidépresseur.
- Le changement le plus probant pour les USMP est la possibilité de proposer un nouveau mode de soins aux détenus (hospitalisation à temps plein en soins libres) qui permet de réduire le nombre d'hospitalisations en D398 et de faciliter l'alliance thérapeutique qui fait souvent défaut en détention. L'hospitalisation peut être programmée et travaillée en amont avec le patient. L'hospitalisation n'est plus alors vécue uniquement comme une contrainte.

- Les USMP considèrent aussi que les liens avec les équipes soignantes sont plus fréquents, ce qui diminue l'impression d'être isolé lors de la prise en charge d'un détenu. Ils soulignent que l'UHSA permet d'hospitaliser les patients souffrant de troubles psychiatriques dans un lieu où ils ne seront pas stigmatisés par leur origine carcérale, et permettra ainsi une meilleure neutralité dans les soins.
- Les SMPR constatent qu'avec la création de l'UHSA, il n'y a pas de baisse significative de leur activité. Certains centres rapportent même une augmentation de demandes d'hospitalisation de la part de leur patient et une augmentation de la file active des patients suivis pour troubles psychiques en détention. Ils relèvent que les patients sont plus stables après un séjour à l'UHSA.
- En 2014, sur la région, 144 hospitalisations sur le mode du D398 dont seuls 18 ont ensuite été transférés vers l'UHSA. 126 sont restés à l'hôpital général, ce qui peut s'expliquer notamment par le fait que certains centres travaillent plutôt avec l'hôpital de proximité surtout lors de situations d'urgence. La distance géographique de certains partenaires les oblige à privilégier l'hôpital de secteur. Il existe aussi des hospitalisations proches de la levée d'écrou pour favoriser le rapprochement du secteur de rattachement.
- Les troubles psychiatriques associés à une dangerosité nécessitent souvent une hospitalisation à l'USIP ou en UMD en première intention. Permet aussi d'éviter de psychiatriser les comportements exempts de troubles psychiatriques avérés.
- Par rapport à l'étude de 2012 portant sur le même UHSA, il est observé une diminution des patients pris en charge pour des troubles psychotiques mais les tableaux cliniques sont plus sévères. Cette sévérité se traduit parfois par des comportements inadaptés nécessitant la mise en chambre d'apaisement lors d'accès délirant. Ceci peut constituer une explication à l'augmentation du nombre d'interventions de l'administration pénitentiaire. Est noté en effet sur la période d'étude (12 mois), 44 interventions pénitentiaires dans les unités sanitaires dont la quasi-totalité avaient pour objectif l'accompagnement en chambre de soins intensifs (vs 4 sur les 4 premiers mois d'ouverture, soit pratiquement 4 fois plus).
- Les prises en charge à l'UHSA montrent des similitudes avec les soins en milieu ouvert et c'est d'ailleurs la vocation de ces unités. Cependant, des adaptations sont à faire dans les prises en charge afin de préparer un retour en détention à l'issue de ce temps hospitalier. Cela permet également préparer un patient à son retour à la liberté qui est un moment de vulnérabilité.
- Par ailleurs, les capacités d'accueil de l'UHSA sont limitées, renforçant la nécessité de travailler avec la psychiatrie générale. Il est donc tout aussi important de développer les capacités d'accueil en psychiatrie générale, en USIP et en UMD.

- Le travail de collaboration avec les ARS et les Préfectures est donc lui aussi indispensable et des échanges téléphoniques réguliers ont lieu lors des procédures d'admission. Enfin, une rencontre annuelle est organisée pour discuter le fonctionnement de l'UHSA avec les autorités de tutelle et les différents partenaires, il s'agit de la commission locale de coordination.

D. Les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques en France : Étude descriptive sur leurs missions, leurs modalités de prise en charge et leur intégration dans le réseau de soin, thèse de médecine d'Antoine DEGUILLAUME, octobre 2017

La seconde moitié du XX siècle a fait évoluer les soins psychiatriques selon une prise en charge de plus en plus diversifiée et de plus en plus ambulatoire, permettant aux malades d'avoir accès à des soins sur l'extérieur et propres à leurs difficultés. Une part significative de malades se montre réfractaire aux soins. Manque de repères, de structuration, d'attention et de guidance pour des troubles parfois graves du comportement dans un milieu trop ouvert sont souvent responsables d'une incapacité à favoriser le rétablissement de certains malades.

Pour subvenir aux besoins de ces patients incapables de s'adapter à ces nouveaux soins considérés comme agités et perturbateurs, un autre type de soin, héritier des hôpitaux de sûreté, existait déjà au travers des Unités pour Malades Difficiles (UMD). La raison principale statuant sur cette orientation était et reste encore de nos jours la violence. Leur mission est de permettre l'accueil des patients les plus lourds, présentant des comportements violents répétés, chimio-résistants, parfois auteurs d'actes médico-légaux graves et ceci pour des durées plus ou moins prolongées. Mais les UMD ont montré leurs limites par une lourdeur administrative, un faible nombre de lits, une saturation des demandes d'admission et des prises en charge trop longues. Avec des délais d'attente pouvant aller jusqu'à six mois, l'UMD ne peut se permettre de répondre à des demandes urgentes ou à des situations critiques.

Pour répondre à ces malades trop symptomatiques pour le secteur et insuffisamment symptomatiques pour l'UMD, des structures naissent en France.

Ouvert en 1910, le quartier sécurisé de Villejuif comporte 55 lits sous la responsabilité d'Henri Colin avec pour objectif l'accueil à la fois « d'aliénés criminels » mais aussi « d'aliénés vicieux, difficiles et perturbateurs ». Le service se diversifiera en 1930 avec l'ouverture d'une unité pour femme de 16 lits

Par la suite, 3 autres structures similaires ouvriront en France : l'UMD de Montfavet, en 1947 avec 91 lits, l'UMD de Sarreguemines en 1957 avec 216 lits d'hommes, l'UMD de Cadillac (proche de Bordeaux), ouverte en 1963 et ayant une capacité d'accueil initiale de 150 lits d'hommes. L'ouverture de ces structures permettra une capacité d'accueil sur le territoire de 521 lits au début des années 60 ; Ce nombre diminuera en 1994 à 400 lits

En 2008 s'ouvrira l'UMD de Plouguernevel, en 2011 l'UMD de Monestier-Merlines, l'UMD de Bron, l'UMD d'Albi et en 2012 les UMD de Châlons-en-Champagne et de Sotteville-lès-Rouen

Les malades agités qui, en raison de leurs réactions destructrices, constituent un élément perturbateur constant dans les services où ils se trouvent placés.

Les déséquilibrés anti-sociaux, médico-légaux ou non, qui présentent des troubles du comportement les rendant très difficiles à supporter par les autres malades sans exiger essentiellement des mesures de surveillance.

Les grands déséquilibrés anti-sociaux, généralement médico-légaux, qui ont des troubles du comportement plus graves, avec possibilité de réactions criminelles, préméditées et complotées.

C'est au préfet de prendre la décision de transfert du patient en UMD, ainsi que son maintien et sa sortie. Cette décision est prise en fonction du dossier médical qui doit s'accompagner « d'un certificat médical détaillé établi par le psychiatre de l'établissement demandant l'admission, le transfert en UMD ne peut être envisagé qu'avec l'accord du médecin responsable de l'UMD. En cas de litige, c'est au préfet que revient la décision finale. Dans chaque département où est créé une UMD doit se former une commission de suivi médical. Elle est composée de quatre membres nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé : Un médecin représentant l'agence régionale de santé, trois psychiatres hospitaliers n'exerçant pas leur activité dans l'unité pour malades difficiles. Cette commission statue sur le maintien ou non du patient au sein de l'établissement.

À l'heure d'aujourd'hui, il existe environ 650 lits d'UMD sur tout le territoire. Ces hôpitaux sont sujets à de nombreuses demandes d'admission émanant de l'ensemble des secteurs de psychiatrie générale (Départements et Régions d'Outremer inclus) et il apparaît évident qu'en raison du faible nombre de lits, l'UMD ne peut répondre à toutes ces demandes ; n'étant de surcroît pas équipée pour répondre à des situations urgentes, elle s'avère aussi inadaptée voire contre-productive pour des patients dont la dangerosité potentielle est corrélée à un état psychiatrique aigu pouvant s'amender en quelques mois.

Nécessité d'une structure intermédiaire

Début des années 1990, l'Unité Psychiatrique Intersectorielle Départementale » (UPID) de Cadillac et « l'Unité pour Malades Agités et Perturbateurs » (UMAP) de Nice sont créées. Elles poseront certaines bases du soin intensif psychiatrique « à la française » et serviront d'inspiration pour les autres unités à venir. Au début des années 2000, les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) vont prendre leur essor pour atteindre le nombre de 17.

Certains se concentrent sur l'accueil de patients uniquement hétéro-agressifs, d'autres s'intéressent à l'accueil de patients suicidaires en crises, d'autres encore n'accueillent que des patients hospitalisés sous contrainte là où d'autres permettent l'hospitalisation de soins libres.

Le soin intensif psychiatrique est destiné aux patients hospitalisés sans consentement, habituellement dans des conditions sécurisées, qui présente une phase de perturbation aiguë d'un trouble mental sévère. À cet état s'associe une perte de la capacité de self-control, avec une augmentation correspondante des risques, ce qui ne permet pas leur prise en charge thérapeutique en toute sécurité dans un service ouvert de psychiatrie générale de soins aigus.

Unité fermée, contenante et sécurisée de 10 à 15 lits

- Équipe pluri-professionnelle avec une densité médicale et paramédicale suffisante
- Provenance intersectorielle des patients adressés par un service hospitalier d'un territoire de santé défini ou par convention entre établissements de soins

- Indications : état de crise, intensité particulière des symptômes, troubles majeurs du comportement ne pouvant pas être pris en charge dans un service de psychiatrie général, nécessitant un cadre contenant.
- Admissions sur accord médical, avec sectorisation préalable et engagement de reprise Mode d'hospitalisation compatible avec la structure de l'unité de soins (SDT, SDRE)
- Importance des liens avec le service d'origine (réunions de synthèse et d'évaluation) Durée de séjours de 2 mois maximum Retour vers le service d'origine (transfert en UMD si nécessaire)

La première USIP naît en 1973 aux États-Unis. Elle sera imitée dans d'autres pays anglophones au Royaume-Uni et en Australie. Les besoins de telles unités sont les mêmes d'un pays à l'autre. On retrouve une nécessité locale de pouvoir admettre des patients en unité fermée sur des temps brefs en raison de troubles aigus du comportement dans le cadre d'une maladie mentale avec un potentiel agressif ou perturbateur avéré.

Quatre critères principaux sont retenus :

L'hétéro-agressivité : le patient est considéré comme présentant un risque important de nuire à d'autres personnes, ou présente une agressivité extrême envers les biens.

L'auto-agressivité : le patient est considéré comme présentant un risque important de suicide et ne répondant pas aux mesures préventives disponibles.

La fugue : dans le cadre d'un patient détenu ou dans le cas où sa fuite persistante aurait de graves conséquences.

L'imprévisibilité : le patient se montre imprévisible et pose potentiellement un risque important pour lui-même ou pour d'autres personnes, et nécessite une évaluation supplémentaire.

Etude portant sur l'USIP de Cadillac

Les données concernant l'USIP de Cadillac montrent que le « patient type » est un homme jeune d'une trentaine d'années souffrant d'un trouble schizophrénique. Ce profil type est d'ailleurs retrouvé dans le reste de la littérature internationale. Mais d'autres pathologies se montrent aussi assez fréquentes, comme les troubles mixtes ou spécifiques de la personnalité et notamment les troubles de personnalité antisociale et borderline. On constate aussi une proportion de plus en plus importante de troubles envahissant du développement.

L'environnement hospitalier est régi par des règles précises de fonctionnement, les limites physiques qu'il procure au patient et l'attitude rassurante des soignants ont un rôle structurant et protecteur. La prise en charge pharmacologique repose souvent, du fait des pathologies, sur un antipsychotique ou un neuroleptique mais également sur des thymo-régulateurs.

L'isolement et la contention nécessitent la décision d'un psychiatre et suivent les recommandations de l'HAS de février 2016

- Prévention d'une violence imminente du patient ou réponse à une violence immédiate, non maîtrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui.

- Uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées, et que les troubles du comportement entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui.

En dernier recours, pour une durée limitée, et uniquement de manière adaptée, nécessaire, et proportionnée au risque, après une évaluation du patient.

Des activités thérapeutiques et d'actions d'éducation à la santé sous formes d'ateliers sont aussi développées, ceci notamment grâce à une équipe d'ergothérapie couvrant à la fois l'UMD et l'USIP

Le retour sur le secteur hospitalier d'origine doit être envisagé dès l'admission du patient et un engagement de reprise est demandé en amont de l'admission. La durée maximale de séjour ne doit pas excéder 2 mois et les sorties directes sont évitées afin de favoriser la continuité des soins. En cas d'un état dangereux majeur persistant, le patient peut être admis en UMD.

Sur le plan géographique, ce soin s'est essentiellement développé dans la moitié sud de la France et les USIP ne bénéficient pas toutes des mêmes partenaires de soins dans leur région notamment en ce qui concerne les UMD et les UHSA (4 UMD acceptent les patients provenant d'UHSA (30%)).

E. Thèse de doctorat 2017, Suzanne Buyle-Bodin « Soigner, enfermer, éduquer : une étude nationale descriptive sur les patients mineurs pris en charge dans les unités hospitalières spécialement aménagées ».

Cette étude, la première de ce type réalisée en France a permis de mettre à jour les données épidémiologiques et les difficultés recensées dans l'accueil de ce public.

L'étude rétrospective a inclus l'ensemble des patients hospitalisés en UHSA de leur création en 2010 au 1er janvier 2017. L'auteure a traité de données anonymisées sociodémographiques, cliniques, judiciaires et de prise en charge recueillies à partir du dossier médical des patients.

80 patients mineurs ont fait l'objet de l'étude pour un total de 120 hospitalisations hors les UHSA de Marseille et Bordeaux qui n'avaient pas ouvert au moment de l'exploitation des données.

Sur cet effectif, il est dénombré une majorité de garçons (68 soit 85%) et 12 filles (15%). L'âge moyen, tout sexe confondu, est de 16.7 ans, un âge minimum de 15 ans et un âge maximum de 17 ans. Les patients sont majoritairement hospitalisés en soins libres (59%).

Les patients mineurs sont généralement admis qu'une seule fois en UHSA mais certains bénéficient d'hospitalisations séquentielles ou nécessitent plusieurs prises en charge à temps plein durant leur incarcération. Les durées d'hospitalisation sont courtes (48 jours en moyenne). L'hospitalisation est consécutive à un acte auto agressif pour 43% des cas.

Concernant les principaux diagnostics, 25% des adolescents manifestent des troubles psychotiques et 26% des troubles anxieux. L'auteure souligne que 86% des patients mineurs bénéficient à leur sortie d'un traitement psychotrope.

Sur les 120 hospitalisations, les éducateurs PJJ interviennent dans 81 cas (67.5%). Leur intervention n'est donc pas systématique et les modalités de contacts sont très différentes d'une UHSA à l'autre selon les établissements (visites aux parloirs, synthèses avec les équipes, contacts téléphoniques directs ou liens avec l'assistante sociale du service).

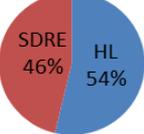
La majorité des patients (55%) ont des antécédents d'incarcération et plus de la moitié ont des antécédents de placements éducatifs, principalement en CEF.

L'auteure formule des recommandations de bonnes pratiques sur trois axes permettant d'améliorer la prise en charge de ce public concernant :

- l'amélioration des modalités générales d'accueil (séparation des patients majeurs dès que possible et surveillance adaptée, aménager l'enseignement et favoriser les liens avec la famille) ;
- l'adaptation de la prise en charge spécifique du soin,
- le développement du partenariat dans le respect du secret médical.

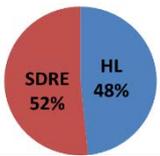
Une meilleure connaissance de l'état de santé mentale de la population mineure détenue serait nécessaire.

Annexe 8. FICHES D'IDENTITE DES UHSA EN SERVICE - 2017

UHSA Toulouse			
Capacité (lits)	40	Date d'ouverture	janvier-12
DISP	Toulouse	ARS	Occitanie
EP de rattachement (distance)	MA Toulouse-Seysses (17km)	ES de rattachement (distance)	EPSM Gérard Marchant (sur site)
Activité			
Population écrouée et hébergée sur la DISP au 1er juillet 2018	5 812	Nombre théorique de personnes écrouées sur la DISP par place d'UHSA	145,3
Taux d'occupation	96,80%	Durée moyenne de séjour	43
Nombre de patients admis	241	Durée moyenne d'hospitalisation	59
Nombre de séjours	324	Prêts de main-forte (1)	115*
Nb de femmes depuis l'ouverture	100	Nb de mineurs depuis l'ouverture	11
Admissions et transports			
Séjours débutants sous contrainte (SDRE) et séjours débutants en hospitalisation libre (HL)		Nombre d'admission à la suite d'une séjour en CHS (ratio sur nb de séjours)	83 (26%)
% PPSMJ du ressort de la DISP ayant bénéficié ≥ 1 séjour en UHSA	4,15%	Nombre d'admission provenant d'un quartier SMPR (ratio sur nb de séjours)	12 (3,7%)
Proportion des patients provenant de l'EP de rattachement	25,20%	Proportion des patients provenant de l'EP de rattachement et du second EP pourvoyeur	43,40%
Délais moyen d'attente pour une admission SDRE (jours)	16	Délais moyen d'attente pour une admission HL (jours)	25
Flotte de véhicules pénitentiaires	2	Taux de rotation des lits	8,1
Extractions pour raisons judiciaires sur l'année (ratio par séjours)	83 (0,26)	Extractions pour raisons somatiques sur l'année (ratio par séjours)	375 (1,41)
Ressources humaines : ETP (nombre de patients pour 1 ETP(2))			
Premiers surveillants	5 (8)	Psychiatres	3,34 (12)
Surveillants	26 (1,5)	Médecins généraliste	0,6 (67)
Conseiller(s) CPIP	0,1 (400)	Interne(s)	1 (40)
Aides-soignants	14,12 (2,8)	Infirmiers diplômés d'état	57,26 (0,7)
Soins somatiques			
Plateau technique somatique le plus proche (distance, temps)	Clinique Médipôle Garonne (2km, 5min)	Consultations dentaire	Sur l'EPSM Gérard Marchant
Fonctionnement			
Horaires chambres fermées	23h - 7h	Cycle de travail des soignants	3 fois 8h
Déambulation	Oui	Cantine	Equipe soignante
Cours de promenades	libre avec IDE	Recours systématique à la CIT lors de l'admission	non
Télévision dans la chambre	Non		

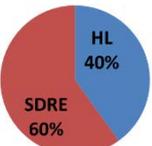
(1) Effectifs et simples mises en alerte (* Faute de données disponibles, il s'agit du nombre de prêts de main-forte effectif uniquement)

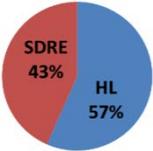
(2) Nombre de patients pour 1 ETP = (nombre de lits théoriques de l'UHSA/ETP)

UHSA Marseille			
Capacité (lits)	60 (40 lits ouverts)	Date d'ouverture	février-18
DISP	Marseille - Sud-Est	ARS	PACA
EP de rattachement (distance)	CP de Marseille les Beaumettes (21km)	ES de rattachement (distance)	AP-HM Hôpital Nord (500m)
Activité			
Population écrouée et hébergée sur la DISP au 1er juillet 2018	7 688	Nombre théorique de personnes écrouées sur la DISP par place d'UHSA	128,1
Taux d'occupation	16%	Durée moyenne de séjour	28,2
Nombre de patients admis	77	Durée moyenne d'hospitalisation	45,5
Nombre de séjours	93	Prêts de main-forte (1)	27
Nb de femmes depuis l'ouverture	8	Nb de mineurs depuis l'ouverture	1
Admissions et transports			
Séjours débutants sous contrainte (SDRE) et séjours débutants en hospitalisation libre (HL)		Nombre d'admission à la suite d'un séjour en CHS (ratio sur nb de séjours)	31 (33%)
% PPSMJ du ressort de la DISP ayant bénéficié ≥ 1 séjour en UHSA	1%	Nombre d'admission provenant d'un quartier SMPR (ratio sur nb de séjours)	-
Proportion des patients provenant de l'EP de rattachement	-	Proportion des patients provenant de l'EP de rattachement et du second EP pourvoyeur	-
Délais moyen d'attente pour une admission SDRE (jours)	3,73	Délais moyen d'attente pour une admission HL (jours)	3,29
Flotte de véhicules pénitentiaires	2	Taux de rotation des lits	1,6
Extractions pour raisons judiciaires sur l'année (ratio par séjours)	70 (0,75)	Extractions pour raisons somatiques sur l'année (ratio par séjours)	14 (0,15)
Ressources humaines : ETP (nombre de patients pour 1 ETP(2))*			
Premiers surveillants	6 (10)	Psychiatres	4,5 (13,3)
Surveillants	22 (2,2)	Médecins généraliste	0,5 (120)
Conseiller(s) CPIP	0,1 (600)	Interne(s)	0 (0)
Aides-soignants	22,5 (2,7)	Infirmiers diplômés d'état	40 (1,5)
Soins somatiques			
Plateau technique somatique le plus proche (distance, temps)	Hôpital Nord (500m, 5min)	Consultations dentaire	Hôpital Nord (500m, 5min)
Fonctionnement			
Horaires chambres fermées	22h – nc.	Cycle de travail des soignants	2 fois 12h
Déambulation	Oui	Cantine	Administration pénitentiaire
Cours de promenades	libre avec IDE	Recours systématique à la CIT lors de l'admission	non
Télévision dans la chambre	Oui		

(1) Effectifs et simples mises en alerte (* Faute de données disponibles, il s'agit du nombre de prêts de main-forte effectif uniquement)

(2) Nombre de patients pour 1 ETP = (nombre de lits théoriques de l'UHSA/ETP)

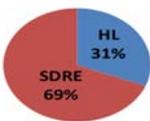
UHSA Cadillac - Bordeaux			
Capacité (lits)	40	Date d'ouverture	juillet-16
DISP	Bordeaux - Sud-Ouest	ARS	Nouvelle-Aquitaine
EP de rattachement (distance)	MA de Bordeaux-Gradignan (36km, 36min)	ES de rattachement (distance)	EPSM de Cadillac (1,3km, 3min)
Activité			
Population écrouée et hébergée sur la DISP au 1er juillet 2018	5 322	Nombre théorique de personnes écrouées sur la DISP par place d'UHSA	133
Taux d'occupation	73%	Durée moyenne de séjour	48
Nombre de patients admis	186	Durée moyenne d'hospitalisation	60
Nombre de séjours	232	Prêts de main-forte (1)	74
Nb de femmes depuis l'ouverture	25	Nb de mineurs depuis l'ouverture	3
Admissions et transports			
Séjours débutants sous contrainte (SDRE) et séjours débutants en hospitalisation libre (HL)		Nombre d'admission à la suite d'une séjour en CHS (ratio sur nb de séjours)	32 (14%)
% PPSMJ du ressort de la DISP ayant bénéficié ≥ 1 séjour en UHSA	3,49%	Nombre d'admission provenant d'un quartier SMPR (ratio sur nb de séjours)	8 (3,88%)
Proportion des patients provenant de l'EP de rattachement	29,10%	Proportion des patients provenant de l'EP de rattachement et du second EP pourvoyeur	46,30%
Délais moyen d'attente pour une admission SDRE (jours)	14,8	Délais moyen d'attente pour une admission HL (jours)	14
Flotte de véhicules pénitentiaires	2	Taux de rotation des lits	5,8
Extractions pour raisons judiciaires sur l'année (ratio par séjours)	138 (0,59)	Extractions pour raisons somatiques sur l'année (ratio par séjours)	116 (0,50)
Ressources humaines : ETP (nombre de patients pour 1 ETP(2))			
Premiers surveillants	7 (5,7)	Psychiatres	3 (13,3)
Surveillants	28 (1,4)	Médecins généraliste	0,5 (80)
Conseiller(s) CPIP	0,4 (100)	Interne(s)	1 (40)
Aides-soignants	29 (1,4)	Infirmiers diplômés d'état	36 (1,1)
Soins somatiques			
Plateau technique somatique le plus proche (distance, temps)	CH de Langon (13km, 15min)	Consultations dentaire	UMD Cadillac (adjacent)
Fonctionnement			
Horaires chambres fermées	Nc.	Cycle de travail des soignants	2 fois 12h
Déambulation	Non : les espaces jours et nuits sont sur deux étages	Cantine	Administration pénitentiaire
Cours de promenades	libre avec IDE	Recours systématique à la CIT lors de l'admission	non
Télévision dans la chambre	oui		
Unités organisés sur deux étages (Rdc : zone jour ; 1er étage : zone nuit)			

UHSA Lyon - Le Vinatier			
Capacité (lits)	60	Date d'ouverture	mai-10
DISP	Lyon - Centre-Est	ARS	Auvergne - Rhône-Alpes
EP de rattachement (distance)	MA de Lyon Corbas (12km, 18min)	ES de rattachement (distance)	EPSM Le Vinatier
Activité			
Population écrouée et hébergée sur la DISP au 1er juillet 2018	6 577	Nombre théorique de personnes écrouées sur la DISP par place d'UHSA	109,6
Taux d'occupation	89%	Durée moyenne de séjour	49
Nombre de patients admis	302	Durée moyenne d'hospitalisation	61
Nombre de séjours	403	Prêts de main-forte (1)	53
Nb de femmes depuis l'ouverture	114	Nb de mineurs depuis l'ouverture	49
Admissions et transports			
Séjours débutants sous contrainte (SDRE) et séjours débutants en hospitalisation libre (HL)		Nombre d'admission à la suite d'un séjour en CHS (ratio sur nb de séjours)	77 (19%)
% PPSMJ du ressort de la DISP ayant bénéficié ≥ 1 séjour en UHSA	4,60%	Nombre d'admission provenant d'un quartier SMPR (ratio sur nb de séjours)	18 (4,5%)
Proportion des patients provenant de l'EP de rattachement	21,80%	Proportion des patients provenant de l'EP de rattachement et du second EP pourvoyeur	37,20%
Délais moyen d'attente pour une admission SDRE (jours)	10	Délais moyen d'attente pour une admission HL (jours)	13
Flotte de véhicules pénitentiaires	2	Taux de rotation des lits	6,7
Extractions pour raisons judiciaires sur l'année (ratio par séjours)	141 (0,35)	Extractions pour raisons somatiques sur l'année (ratio par séjours)	100 (0,25)
Ressources humaines : ETP (nombre de patients pour 1 ETP(2))			
Premiers surveillants	5 (12)	Psychiatres	4,7 (12,8)
Surveillants	24 (2,5)	Médecins généraliste	0,4 (150)
Conseiller(s) CPIP	0,4 (150)	Interne(s)	1 (60)
Aides-soignants	31 (1,9)	Infirmiers diplômés d'état	52 (1,2)
Soins somatiques			
Plateau technique somatique le plus proche (distance, temps)	Sur le domaine de l'hôpital	Consultations dentaire	Non
Fonctionnement			
Horaires chambres fermées	nc	Cycle de travail des soignants	2 fois 12h
Déambulation	les patients de l'unité A ont leur clef	Cantine	administration pénitentiaire
Cours de promenades	Libre avec IDE	Recours systématique à la CIT lors de l'admission	
Télévision dans la chambre	non		

(1) Effectifs et simples mises en alerte (* Faute de données disponibles, il s'agit du nombre de prêts de main-forte effectif uniquement)

(2) Nombre de patients pour 1 ETP = (nombre de lits théoriques de l'UHSA/ETP)

UHSA Villejuif - Paris

Capacité (lits)	60	Date d'ouverture	avril-13
DISP	IDF	ARS	IDF
EP de rattachement (distance)	CP Fresnes	ES de rattachement (distance)	EPSM Paul Guiraud (sur site, 5 min)
Activité			
Population écrouée et hébergée sur la DISP au 1er juillet 2018	13658	Nombre théorique de personnes écrouées sur la DISP par place d'UHSA	227,6
Taux d'occupation	70,20%	Durée moyenne de séjour	65
Nombre de patients admis	208	Durée moyenne d'hospitalisation	80
Nombre de séjours	239	Prêts de main-forte (1)	134
Nb de femmes depuis l'ouverture	70	Nb de mineurs depuis l'ouverture	13
Admissions et transports			
Séjours débutants sous contrainte (SDRE) et séjours débutants en hospitalisation libre (HL)		Nombre d'admission à la suite d'une séjour en CHS (ratio sur nb de séjours)	20 (8%)
% PPSMJ du ressort de la DISP ayant bénéficié ≥ 1 séjour en UHSA	1,5%	Nombre d'admission provenant d'un quartier SMPR (ratio sur nb de séjours)	14 (5,9%)
Proportion des patients provenant de l'EP de rattachement	27,7%	Proportion des patients provenant de l'EP de rattachement et du second EP pourvoyeur	41,5%
Délais moyen d'attente pour une admission SDRE (jours)	25	Délais moyen d'attente pour une admission HL (jours)	25
Flotte de véhicules pénitentiaires	2	Taux de rotation des lits	4
Extractions pour raisons judiciaires sur l'année (ratio par séjours)	174 (0,73)	Extractions pour raisons somatiques sur l'année (ratio par séjours)	270 (1,13)
Ressources humaines : ETP (nombre de patients pour 1 ETP(2))			
Premiers surveillants	7 (8,6)	Psychiatres	4 (15)
Surveillants	22 (2,7)	Médecins généraliste	0,4 (150)
Conseiller(s) CPIP	0,1 (600)	Interne(s)	0,2 (30)
Aides-soignants	24 (2,5)	Infirmiers diplômés d'état	60 (1)
Soins somatiques			
Plateau technique somatique le plus proche (distance, temps)	GH Paul Guiraud (même site, 5 min)	Consultations dentaire	GH Paul Guiraud
Fonctionnement			
Horaires chambres fermées	nc	Cycle de travail des soignants	2 fois 12h
Déambulation	Non	Cantine	Administration pénitentiaire
Cours de promenades	oui	Recours systématique à la CIT lors de l'admission	oui
Télévision dans la chambre	non		

(3) Effectifs et simples mises en alerte (* Faute de données disponibles, il s'agit du nombre de prêts de main-forte effectif uniquement)

(4) Nombre de patients pour 1 ETP = (nombre de lits théoriques de l'UHSA/ETP)

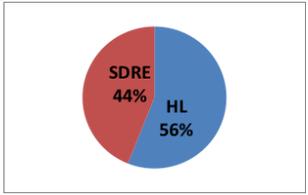
UHSA Rennes

Capacité (lits)	40	Date d'ouverture	septembre-13
DISP	Grand Ouest	ARS	Bretagne, Normandie, Pays de Loire
EP de rattachement (distance)	CP Rennes Vezin	ES de rattachement (distance)	EPSM G.Regnier sur site (5 min)
Activité			
Population écrouée et hébergée sur la DISP au 1er juillet 2018	8445	Nombre théorique de personnes écrouées sur la DISP par place d'UHSA	211,13
Taux d'occupation	83,3%	Durée moyenne de séjour	27
Nombre de patients admis	299	Durée moyenne d'hospitalisation	41
Nombre de séjours	439	Prêts de main-forte (1)	78
Nb de femmes depuis l'ouverture	226	Nb de mineurs depuis l'ouverture	15
Admissions et transports			
Séjours débutants sous contrainte (SDRE) et séjours débutants en hospitalisation libre (HL)		Nombre d'admission à la suite d'une séjour en CHS (ratio sur nb de séjours)	23 (5%)
% PPSMJ du ressort de la DISP ayant bénéficié ≥ 1 séjour en UHSA	3,5%	Nombre d'admission provenant d'un quartier SMPR (ratio sur nb de séjours)	13 (3%)
Proportion des patients provenant de l'EP de rattachement	41,8%	Proportion des patients provenant de l'EP de rattachement et du second EP pourvoyeur	56,1%
Délais moyen d'attente pour une admission SDRE (jours)	15	Délais moyen d'attente pour une admission HL (jours)	15
Flotte de véhicules pénitentiaires	3	Taux de rotation des lits	11
Extractions pour raisons judiciaires sur l'année (ratio par séjours)	35	Extractions pour raisons somatiques sur l'année (ratio par séjours)	225
Ressources humaines : ETP (nombre de patients pour 1 ETP(2))			
Premiers surveillants	7 (5,7)	Psychiatres	2 (20)
Surveillants	25 (1,6)	Médecins généraliste	0,5 (80)
Conseiller(s) CPIP	0,1 (400)	Interne(s)	0
Aides-soignants	17,3 (2,3)	Infirmiers diplômés d'état	44 (0,9)
Soins somatiques			
Plateau technique somatique le plus proche (distance, temps)	CHU (4,5 km, 15 min)	Consultations dentaire	CHU (4,5 km, 15 min)
Fonctionnement			
Horaires chambres fermées	nuit et temps de midi	Cycle de travail des soignants	3 fois 7h30
Déambulation	Oui	Cantine	AP
Cours de promenades	oui	Recours systématique à la CIT lors de l'admission	non
Télévision dans la chambre	oui		

(1) Effectifs et simples mises en alerte (* Faute de données disponibles, il s'agit du nombre de prêts de main-forte effectif uniquement)

(2) Nombre de patients pour 1 ETP = (nombre de lits théoriques de l'UHSA/ETP)

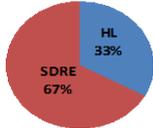
(3)

UHSA Orléans			
Capacité (lits)	40	Date d'ouverture	mars-13
DISP	Grand Centre	ARS	Centre Val de Loire, Bourgogne-FC
EP de rattachement (distance)	CP Orléans -Saran (10km , 15 min)	ES de rattachement (distance)	EPSM G.Daumezon (2 km, 5 min)
Activité			
Population écrouée et hébergée sur la DISP au 1er juillet 2018	4528	Nombre théorique de personnes écrouées sur la DISP par place d'UHSA	113,20
Taux d'occupation	63,6%	Durée moyenne de séjour	33
Nombre de patients admis	212	Durée moyenne d'hospitalisation	44
Nombre de séjours	281	Prêts de main-forte (1)	114
Nb de femmes depuis l'ouverture	50	Nb de mineurs depuis l'ouverture	7
Admissions et transports			
Séjours débutants sous contrainte (SDRE) et séjours débutants en hospitalisation libre (HL)		Nombre d'admission à la suite d'un séjour en CHS (ratio sur nb de séjours)	35 (12%)
% PPSMJ du ressort de la DISP ayant bénéficié ≥ 1 séjour en UHSA	4,7%	Nombre d'admission provenant d'un quartier SMPR (ratio sur nb de séjours)	0
Proportion des patients provenant de l'EP de rattachement	35,4%	Proportion des patients provenant de l'EP de rattachement et du second EP pourvoyeur	47,9%
Délais moyen d'attente pour une admission SDRE (jours)	4	Délais moyen d'attente pour une admission HL (jours)	5
Flotte de véhicules pénitentiaires	nc	Taux de rotation des lits	7
Extractions pour raisons judiciaires sur l'année (ratio par séjours)	94 (0,33)	Extractions pour raisons somatiques sur l'année (ratio par séjours)	36 (0,13)
Ressources humaines : ETP (nombre de patients pour 1 ETP(2))			
Premiers surveillants	5 (8)	Psychiatres	2,1 (19)
Surveillants	27 (1,5)	Médecins généraliste	0
Conseiller(s) CPIP	0,025 (1600)	Interne(s)	2 (20)
Aides-soignants	24 (1,7)	Infirmiers diplômés d'état	34 (1,2)
Soins somatiques			
Plateau technique somatique le plus proche (distance, temps)	CHR Orléans (15 km, 30 min)	Consultations dentaire	non
Fonctionnement			
Horaires chambres fermées	nc	Cycle de travail des soignants	nc
Déambulation	7h30 à 18h45	Cantine	AP
Cours de promenades	1 soignant pour 3 patients	Recours systématique à la CIT lors de l'admission	non
Télévision dans la chambre	oui		

(1) Effectifs et simples mises en alerte (* Faute de données disponibles, il s'agit du nombre de prêts de main-forte effectif uniquement)

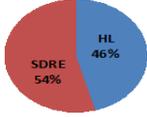
(2) Nombre de patients pour 1 ETP = (nombre de lits théoriques de l'UHSA/ETP)

(3)

UHSA Lille			
Capacité (lits)	40	Date d'ouverture	juin-13
DISP	Nord	ARS	Hauts-de-France
EP de rattachement (distance)	CP Lille Sequedin (13km, 20 min)	ES de rattachement (distance)	CHRU Lille (13km, 20 min)
Activité			
Population écrouée et hébergée sur la DISP au 1er juillet 2018	7270	Nombre théorique de personnes écrouées sur la DISP par place d'UHSA	121
Taux d'occupation	71,6%	Durée moyenne de séjour	27
Nombre de patients admis	404	Durée moyenne d'hospitalisation	39
Nombre de séjours	542	Prêts de main-forte (1)	33
Nb de femmes depuis l'ouverture	107	Nb de mineurs depuis l'ouverture	16
Admissions et transports			
Séjours débutants sous contrainte (SDRE) et séjours débutants en hospitalisation libre (HL)		Nombre d'admission à la suite d'une séjour en CHS (ratio sur nb de séjours)	30 (6%)
% PPSMJ du ressort de la DISP ayant bénéficié ≥ 1 séjour en UHSA	5,6%	Nombre d'admission provenant d'un quartier SMPR (ratio sur nb de séjours)	17 (3,1%)
Proportion des patients provenant de l'EP de rattachement	22,7%	Proportion des patients provenant de l'EP de rattachement et du second EP pourvoyeur	35,8%
Délais moyen d'attente pour une admission SDRE (jours)	3	Délais moyen d'attente pour une admission HL (jours)	21
Flotte de véhicules pénitentiaires	2?	Taux de rotation des lits	9,0
Extractions pour raisons judiciaires sur l'année (ratio par séjours)	97 (0,18)	Extractions pour raisons somatiques sur l'année (ratio par séjours)	139 (0,26)
Ressources humaines : ETP (nombre de patients pour 1 ETP(2))			
Premiers surveillants	7 (8,6)	Psychiatres	5,6 (10,7)
Surveillants	29 (2,1)	Médecins généraliste	1 (60)
Conseiller(s) CPIP	0,2 (300)	Interne(s)	5 (12)
Aides-soignants	39 (1,5)	Infirmiers diplômés d'état	54,3 (1,1)
Soins somatiques			
Plateau technique somatique le plus proche (distance, temps)	CHRU Lille (13km, 20 min)	Consultations dentaire	CHRU Lille (13km, 20 min)
Fonctionnement			
Horaires chambres fermées	entre 20h et 8h	Cycle de travail des soignants	nc
Déambulation	oui	Cantine	AP
Cours de promenades	oui	Recours systématique à la CIT lors de l'admission	non
Télévision dans la chambre	oui		

(1) Effectifs et simples mises en alerte (* Faute de données disponibles, il s'agit du nombre de prêts de main-forte effectif uniquement)

(2) Nombre de patients pour 1 ETP = (nombre de lits théoriques de l'UHSA/ETP)

UHSA Nancy			
Capacité (lits)	40	Date d'ouverture	mars-12
DISP	Grand Est	ARS	
EP de rattachement (distance)	CP Nancy (7 km, 13 min)	ES de rattachement (distance)	EPSM Nancy-Laxou (600m, 3 min)
Activité			
Population écrouée et hébergée sur la DISP au 1er juillet 2018	6302	Nombre théorique de personnes écrouées sur la DISP par place d'UHSA	158
Taux d'occupation	1	Durée moyenne de séjour	27
Nombre de patients admis	264	Durée moyenne d'hospitalisation	39
Nombre de séjours	300	Prêts de main-forte (1)	89
Nb de femmes depuis l'ouverture	191	Nb de mineurs depuis l'ouverture	23
Admissions et transports			
Séjours débutants sous contrainte (SDRE) et séjours débutants en hospitalisation libre (HL)		Nombre d'admission à la suite d'une séjour en CHS (ratio sur nb de séjours)	43 (14%)
% PPSMJ du ressort de la DISP ayant bénéficié ≥ 1 séjour en UHSA	4,2%	Nombre d'admission provenant d'un quartier SMPR (ratio sur nb de séjours)	16 (5,3%)
Proportion des patients provenant de l'EP de rattachement	24,1%	Proportion des patients provenant de l'EP de rattachement et du second EP pourvoyeur	37,9%
Délais moyen d'attente pour une admission SDRE (jours)	4	Délais moyen d'attente pour une admission HL (jours)	4
Flotte de véhicules pénitentiaires	2 (mutualisés avec UHSI)	Taux de rotation des lits	7,5
Extractions pour raisons judiciaires sur l'année (ratio par séjours)	82 (0,27)	Extractions pour raisons somatiques sur l'année (ratio par séjours)	97 (0,32)
Ressources humaines : ETP (nombre de patients pour 1 ETP(2))			
Premiers surveillants	5 (8)	Psychiatres	2,6 (15,4)
Surveillants	26 (1,5)	Médecins généraliste	0,5 (80)
Conseiller(s) CPIP	0,15 (266)	Interne(s)	2 (20)
Aides-soignants	12 (3,3)	Infirmiers diplômés d'état	45 (0,9)
Soins somatiques			
Plateau technique somatique le plus proche (distance, temps)	CHU Nancy (6km, 17 min)	Consultations dentaire	CHU Nancy (6km, 17 min)
Fonctionnement			
Horaires chambres fermées	19h30-8h30/11h30-12h/13h-14h/18h-18h30	Cycle de travail des soignants	3 fois 7h30
Déambulation	les patients ont leur clef	Cantine	AP
Cours de promenades	oui	Recours systématique à la CIT lors de l'admission	non
Télévision dans la chambre	Oui, y compris isolement		
Unités sur deux étages : Rdc : unité 1 pathologies lourdes ; 1er étage : unité 2 publics plus vulnérables (femmes, mineurs))			

(1) Effectifs et simples mises en alerte (* Faute de données disponibles, il s'agit du nombre de prêts de main-forte effectif uniquement)

(2) Nombre de patients pour 1 ETP = (nombre de lits théoriques de l'UHSA/ETP)

**Annexe 9. UNITES SANITAIRES SPECIFIQUES IDENTIFIEES
PAR LA MISSION**

Quel que soit leur niveau de spécificité, ces unités ont en commun d'accueillir des patients détenus dans un contexte strictement sanitaire en proposant une prise en charge de droit commun de qualité améliorée par rapport aux hospitalisations classiques sous le régime du D. 398 du CPP. Si elles ne poursuivent pas les mêmes objectifs thérapeutiques que les UHSA, elles bénéficient de ressources soignantes souvent plus conséquentes tout en proposant un environnement de vie et des commodités comparables. Outre un consensus institutionnel (ARS, CHS, EP...) et une adhésion des soignants, elles supposent pour certaines des moyens dédiés spécifiques.

Il s'agit de pistes parmi d'autres (il en existe sans doute plus) permettant d'envisager des solutions venant en complément et/ou en soutien des UHSA (en assurant la prise en charge des situations de crise et d'urgence). Si l'idée était de pouvoir aussi offrir des prises en charges comparables à celles des UHSA, une réflexion sur les moyens et conditions à réunir (que la mission n'est pas à ce stade en mesure de préciser) devrait être menée.

1. L'UNITE BADINTER DU CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE (CHS) ST ETIENNE DU ROUVRAY

L'ouverture depuis le 3 juillet 2012 de l'unité Badinter au sein du CHS St Etienne du Rouvray (Normandie, Seine maritime) est une réponse d'initiative locale (impulsion forte du DG ARS de l'époque) aux mauvaises conditions d'hospitalisation des détenus en EPSM (chambre d'isolement) et dans un contexte de grand éloignement des UHSA de recours (Lille et Rennes).

Palliant les question d'accessibilité (distance géographique et par conséquence insuffisance des escortes mobilisables), de capacité et de délais de prise en charge, cette unité mixte permet d'améliorer la prise en charge des patients autrement confinés en chambre d'isolement et les conditions de travail du personnel, en acceptant les demandes dans des délais optimaux de quelques heures.

L'unité Badinter accueille des patients provenant de la maison d'arrêt de Rouen (670 places) ou du centre de détention de Val-de-Reuil (800 places)⁶³. Le CP du Havre a rejoint le dispositif (convention négociée entre acteurs sanitaires sans association de la DISP), la MA d'arrêt d'Evreux bénéficiant d'une unité de 5 lit dédiés au CHS local sur le modèle du Rouvray.

Du fait de sa DMS (12 jours) et de son nombre de lits (8+2 d'accueil/isolement) beaucoup moins importants, cette structure ne répond qu'en partie aux objectifs des UHSA. Elle jouit toutefois de plus de moyens humains (cf. tableau ci-dessous) affectés en temps partiel à l'unité Badinter, certains de ces personnels exerçant au SMPR de Rouen ou en CMP.

En outre, et à la différence des UHSA, elle ne bénéficie pas non plus de la surveillance par l'administration pénitentiaire. Pour autant, seules 3 tentatives de fugue, 2 agressions de personnels et 2 appels à la police ont été dénombré depuis l'ouverture, chiffres sensiblement similaires à ceux d'une unité normale du CH.

⁶³ D'après l'adjointe au chef d'établissement du CD de Val de Reuil, les conditions de prise en charge psychiatriques des détenus se sont considérablement améliorées depuis la création de l'unité Badinter. Le fait que les médecins psy du CD interviennent également sur le SMPR de Rouen améliore encore davantage cette qualité de soins.

Tableau 20 Comparaison entre l'unité Badinter les valeurs moyennes UHSA

	Unité Badinter			UHSA
	ETP	lits	ratio ETP/lit	<i>ratio ETP/lit moy</i>
Psychiatre ⁶⁴	3	8	0,4	0,07
Infirmier	14	8	1,8	0,96
Aide-soignant	7	8	0,9	0,48
Psychologue	1	8	0,1	0,03
Cadre de santé	1	8	0,1	0,06
Agent de service hospitalier	4	8	0,5	0,14

Plutôt qu'une alternative à l'UHSA (dont la DMS ne permet pas d'assurer les missions de stabilisation), cette structure joue, aux dires de l'ARS, un rôle de « gare de triage »⁶⁵ en capacité d'orienter plus adéquatement les patients vers les soins et les structures dont ils ont besoin (UMD, UHSA...). L'objectif est de répondre à l'état de crise psychiatrique des patients et d'initier le traitement par la suite (urgences, situations où quelques heures ou quelques jours d'hospitalisation peuvent suffire). La stabilisation de l'état psychiatrique n'entre pas dans le projet médical. L'unité Badinter a ainsi accueilli en 2017, 130 détenus correspondant à 180 hospitalisations.

Lorsqu'un patient arrive, il est placé en chambre d'isolement durant 12 à 24 heures afin d'évaluer son comportement. Il est ensuite accueilli dans une chambre individuelle. Il s'agit de personnes qui souffrent d'épisode dépressif, d'autres de décompensations psychotiques, de délires ou encore de troubles du comportement. Le patient est hospitalisé en continu, de jour comme de nuit. A l'issue de son séjour, le patient retourne dans l'établissement pénitentiaire ou il intègre le secteur psychiatrique de son territoire géographique. Il peut être aussi dirigé vers l'UHSA ou l'UMD.

Si elle représente un modèle de prise en charge intéressant qui semble exister dans d'autres lieux⁶⁶, la modélisation de ce type de structure emporte de nombreuses contraintes de faisabilité (il faut un hôpital et un service psychiatrique volontaires, des moyens dédiés importants, une forte implication de l'ARS et une bonne coordination de l'ensemble des acteurs).

Par ailleurs, ce type d'unité pose des questions en terme RH-statutaires notamment parce que les personnels qui y sont affectés ne disposent pas des mêmes primes que leurs collègues en UMD ou même en SMPR.

A la question de savoir ce qu'il adviendrait du dispositif Badinter en cas d'ouverture d'une UHSA à Saint Etienne du Rouvray, les réponses ne sont pas univoques. En tout état de cause, les médecins estiment que cette unité répond à un besoin spécifique (situations d'urgence et crises) qui ne disparaîtrait pas avec la création d'une UHSA et que les deux dispositifs sont complémentaires dans un contexte où subsiste un besoin d'hospitalisation pour des temps plus longs faute de place dans les UHSA de recours déjà saturées.

⁶⁴ Le médecin chef de la structure, également responsable du SMPR, de l'HDJ, et du CSAPA ce qui facilite la bonne articulation des différents intervenants nécessaire à un parcours de soins de qualité.

⁶⁵ Selon la cadre de santé, l'unité a le même rôle qu'un service d'admission, avec des personnels rompus à la prise en charge des spécificités liées au statut des personnes détenues (communications avec l'extérieur, dangerosité, interdictions diverses...).

⁶⁶ Ce projet de 8 lits (+2 d'accueil/isolement) a été conduit en parallèle de la création, imposée par l'ARS, de 2 unités « mixtes » (libres/détenus) de 4 lits, l'une à Evreux, l'autre au Havre. Si l'unité d'Evreux semble fonctionner, l'unité du Havre s'est soldée par un échec faute d'avoir été acceptée par les personnels hospitaliers et du fait de l'organisation interne retenue (non spécialisation, adossement au service des urgences) et une évasion (fugue ?) marquante, n'ont fait qu'accélérer l'échec de ce dispositif.

2. L'UNITE SECURISEE DU CHS D'EVREUX

Faute d'accessibilité aux UHSA référentes, l'unité sécurisée « Erable pourpre » a été conçue et mise en œuvre en 2013 dans le but d'améliorer les conditions d'hospitalisation et de prise en charge des détenus en tenant compte de la sécurité inhérente à leur statut et en proposant des conditions de travail sécurisées aux professionnels.

Sa création est inscrite dans les orientations stratégiques du CPOM du CHS d'Evreux et de son projet d'établissement, et correspond également aux orientations du SROSS 3. Dans ce cadre, l'établissement s'est engagé à sécuriser et améliorer les conditions d'hospitalisation en psychiatrie des détenus en proposant une réponse spécifique dès 2008.

L'unité sécurisée dispose d'un statut juridique d'unité d'hospitalisation à temps complet classique. La sécurisation de l'accompagnement et des locaux ont été réalisés sur la base d'un équilibre entre 2 impératifs complémentaires : le respect des droits des patients et la sécurisation de l'accompagnement et des espaces au vu des risques particuliers présentés par cette population (fugue, auto et hétéro agressivité, suicide).

Signé en février 2014 entre l'ARS, la MA, le Directeur Interrégional des Services Pénitentiaires, le CH Eure Seine et le Nouvel Hôpital de Navarre, un protocole cadre précise que si l'hospitalisation psychiatrique à temps complet ne peut pas être réalisé en UHSA, celle-ci doit se faire prioritairement sur l'unité sécurisée Erable Pourpre.

L'unité « Erable pourpre » a ouvert en novembre 2013. Dotée de 15 lits, elle est organisée en deux ailes (10 lits dédiés à l'accueil et à la prise en charge des patients + 5 dédiés à l'accueil et à la prise en charge des patients placés sous main de justice) complétées de deux chambres d'isolement thérapeutique répondant aux recommandations édictées par la HAS. Elle n'accueille que des patients sous contrainte de soin pour respecter la liberté d'aller et venir, excluant de fait les patients mineurs.

Modalités d'admission et de séjour :

Les personnes incarcérées doivent bénéficier de la même qualité et continuité de soin que la population générale⁶⁷. Les patients-détenus admis à l'hôpital sont considérés comme continuant leur peine ou, s'il s'agit de prévenus, comme placés en détention provisoire (article D. 395 du CPP). Les règlements pénitentiaires demeurent applicables à leur égard dans la mesure du possible, notamment en ce qui concerne leurs relations avec l'extérieur.

Le transfert du patient-détenu à partir de la MA est assuré en ambulance avec un accompagnement composé d'un membre de l'équipe d'« Erable pourpre » et d'un soignant de l'unité de rattachement sectoriel ou d'une autre unité d'hospitalisation. L'admission s'effectue par une entrée spécifique à proximité immédiate des locaux d'hospitalisation réservés aux détenus et composés d'un hall et d'une cour fermée réservée au stationnement de l'ambulance.

Un entretien d'accueil infirmier systématique est proposé au patient-détenu afin de lui remettre et lui commenter le livret d'accueil de l'établissement et le règlement intérieur de l'unité. Comme pour les autres patients, une période d'observation est mise en œuvre pour faciliter la connaissance du patient tout en le confortant dans son statut de patient en soins aigus et en assurant sa sécurité, ainsi que celle des autres patients et du personnel.

⁶⁷ Fondement de la loi du 18 janvier 1994, ce principe est réaffirmé dans l'article 46 de la loi pénitentiaire.

Le séjour dans l'unité (DMH = 8jours) est nettement plus court qu'en UHSA (40 jours) ou qu'en unité Badinter (12 jours). Il comporte, outre des entretiens médicaux, psychologiques et infirmiers, des séances d'activités thérapeutiques (de groupes ou individuelles) éventuelles (activités sportives, créatives...).

La distribution des médicaments fait l'objet d'une surveillance individuelle renforcée. Le patient-détenu a par ailleurs accès aux espaces collectifs (salle TV, salles d'activités, cour intérieure, bureau de consultation...) en présence continue des membres de l'équipe.

Pour la surveillance de nuit, les chambres sont fermées. Un entretien médico-soignant de sortie de l'unité est proposé systématiquement au patient pour l'informer de l'organisation de sa sortie et pour effectuer l'évaluation de sa prise en charge et de ses conditions d'hospitalisation.

Lorsque les personnes détenues sont hospitalisées dans les établissements de santé de proximité, les permis de visite sont délivrés, refusés, suspendus ou retirés par le préfet. Le chef d'établissement (pour les détenus) ou l'autorité judiciaire (pour les prévenus) veille à transmettre à l'autorité préfectorale compétente les permis de visite délivrés, afin de l'informer des autorisations dont bénéficiaient déjà les proches de l'intéressé. Lorsque les visites sont autorisées, elles sont organisées dans une pièce dédiée sous surveillance soignante.

Afin de maintenir la cohérence et la continuité des soins, des synthèses régulières en équipe pluridisciplinaire sont organisées. L'équipe infirmière psychiatrique de l'unité sanitaire de la MA assure des visites régulières aux détenus afin de pouvoir suivre l'évolution du patient et de conserver des liens dans le but de préparer son retour en incarcération.

Organisation et fonctionnement :

L'encadrement paramédical de l'unité et celui de l'unité sanitaire psychiatrique est le même. Un des médecins de l'équipe intervient aussi sur les deux structures. Selon les nécessités de la prise en charge, des patients peuvent être orientés vers l'UHSA (4 en 2017). Comme le montre le tableau ci-dessous, les effectifs affectés par place sont supérieurs à ceux d'une UHSA moyenne. En 2017, 621 jours d'hospitalisation ont été réalisés pour une DMH de 8 jours.

Tableau 21 Comparaison entre l'unité Erable rouge et les valeurs moyennes en UHSA

	Unité Erable pourpre			UHSA
	ETP	lits	ratio ETP/lit	<i>ratio ETP/lit moy</i>
Psychiatre	1,7	15	0,1	0,07
Infirmier	16,5	15	1,1	0,96
Aide-soignant	10	15	0,7	0,48
Psychologue	0,5	15	0,0	0,03
Assistant de service social	0,5	15	0,0	0,03
Cadre de santé	1	15	0,1	0,06
Agent de service hospitalier	5	15	0,3	0,14

Le coût donné pour l'ensemble de l'unité (3,2 M€) se répartit en coût de construction (2,9 M€) et en coûts de fonctionnement (0,29 M€) incluant les charges médicales (34 000€), hôtelières (160 000€) et les amortissements (95 000€).

L'unité s'inscrit dans une démarche de certification HAS permettant de faire évoluer la qualité des pratiques. Ainsi, la dernière visite de certification, en 2018 a permis d'initier une réflexion pour faire évoluer la prise en charge et permettre notamment une amélioration organisationnelle en matière de liberté de circulation des personnes hospitalisées.

3. L'UNITE DE PSYCHIATRIE DU CENTRE HOSPITALIER DE ROANNE

Le pôle de psychiatrie du CH de Roanne accueille chaque année quelques patients détenus provenant essentiellement du centre de détention de Roanne, le plus souvent à défaut de place disponible à l'UHSA du Vinatier. En 2015, 16 patients détenus ont ainsi été admis dont 10 ont réintégré leur établissement pénitentiaire à l'issue et 6 ont été transférés à l'UHSA du Vinatier⁶⁸.

Leur prise en charge se fait dans des conditions améliorées par rapport à la majorité des hospitalisations de même type réalisées dans d'autres EPSM. D'après le CGLPL qui y a réalisé un contrôle en 2016, l'admission des patients en soins sans consentement (incluant les détenus) est bien organisée et respectueuse des droits fondamentaux de la personne. L'approche des soignants est qualifiée de bienveillante avec les patients détenus.

De fait, l'anonymat des patients détenus est strictement respecté. Les patients admis en D.398 du CPP ne sont pas considérés comme des personnes détenues⁶⁹ mais comme des patients qui ne doivent faire l'objet d'aucune discrimination liés à leur statut pénal. Sauf nécessité clinique, ils ne sont pas placés en isolement⁷⁰, alors que c'est souvent la règle ailleurs pour des motifs d'ordre sécuritaire.

Ce non recours à l'isolement tient, pour partie, à l'architecture particulière qui permet d'avoir un secteur fermé à géométrie variable. Les patients détenus ont accès à un patio sécurisé via leur chambre, et peuvent ainsi sortir à l'air libre en toute sécurité (ils peuvent y fumer). C'est une modalité de fonctionnement appréciée qui permet d'éviter les « fugues ». Il y a d'ailleurs peu d'évènements indésirables graves⁷¹.

Chaque chambre dispose d'un placard avec clé, d'un téléviseur protégé, d'un poste de téléphone fonctionnant uniquement en mode réception et d'un cabinet de toilette avec WC et douche. Les chambres sont accessibles en permanence ; chaque patient détient la clé de sa chambre. La nuit, les chambres du service de soins intensifs sont fermées.

Durant la journée, les patients peuvent circuler dans le service. Le personnel soignant est présent dans les salons où il peut participer à des jeux de société ou discuter avec les patients. Des activités de médiation sont organisées au sein de l'unité : ping-pong, baby-foot, cuisine, soins esthétiques/corporels, activités manuelles, musique, art-thérapie, informatique, jardinage.

⁶⁸ Un autre grief qui émane de l'Unité de Roanne concerne le délai croissant d'admission des D.398 issus du centre de détention de Roanne dans l'UHSA du Vinatier (2 à 3 semaines).

⁶⁹ Elles changent de régime suite à « levée d'écrou » et passent en régime de SPDRE, au même titre que les autres patients.

⁷⁰ Ils passent, comme les autres patients, par une chambre de l'unité d'hospitalisation de courte durée avant d'être conduits au service de psychiatrie au bout de quelques heures ou une nuit s'ils arrivent en fin de journée ou dans la nuit.

⁷¹ Une très grande partie du personnel a suivi une formation sur la prise en charge de la violence.

S'agissant des soins, le secret médical et la globalité de l'approche sont particulièrement pris en compte. La prise de médicaments se fait en chambre, offrant une parfaite confidentialité et un temps d'échange entre le soignant et le patient. Par ailleurs, un médecin généraliste assure à demeure une présence à temps complet pour traiter les problèmes somatiques. Les principaux problèmes rencontrés lors de ces hospitalisations de courtes durées sont le suivi des paquetages et de la correspondance des patients détenus auxquels l'unité pourvoit partiellement.

Annexe 10. LES MINEURS DETENUS HOSPITALISES EN UHSA

Un petit nombre de mineurs détenus est hospitalisé en UHSA. Les conditions de leurs prises en charge doivent néanmoins être examinées de manière approfondie. La présente annexe traite du principe de la séparation entre mineurs et majeurs, des modalités d'accueil, conformément aux dispositions légales liées à la place des titulaires de l'autorité parentale et des mineurs dans le soin, ainsi que du suivi par les services de la protection judiciaire de la jeunesse dans l'objectif de garantir la continuité de leur parcours⁷².

A. La mixité des publics mineurs et majeurs à l'UHSA

La circulaire du 18 mars 2011 précise, par exception au principe pénitentiaire de séparation des détenus mineurs des majeurs, que les UHSA accueillent des détenus mineurs, qu'il convient d'éviter les contacts dans la mesure du possible entre ces deux populations et de renforcer la vigilance lors des activités thérapeutiques communes.

Jusqu'alors, en EPSM, les mineurs sont accueillis jusqu'à leur 16 ans dans les secteurs infanto-juvéniles de droit commun puis ensuite en secteur pour adultes. Un rapport sénatorial récent recommande une prolongation d'une telle prise en charge « au moins jusqu'à leur majorité »⁷³.

Lors des différentes auditions, il a été rapporté aux inspections générales, plusieurs situations dans lesquelles le contact entre les mineurs et les majeurs a pu être préjudiciable. La mission estime que la surveillance et la vigilance des soignants à l'attention des mineurs constitue un rempart important aux différentes problématiques pouvant découler de la mixité. Par ailleurs, elle rappelle que l'ensemble des incidents perpétrés dans l'espace de soin concernant les mineurs qu'ils en soient auteurs ou victimes doivent être portés à la connaissance du procureur de la république mais aussi des services pénitentiaires et des éducateurs.

B. Une prise en charge spécifique au regard de l'état de minorité

La circulaire précitée dispose en outre que dans le cas d'une hospitalisation avec consentement, le médecin doit prévenir les titulaires de l'autorité parentale ou tout autre représentant légal afin d'obtenir également leur consentement. Dans le cas de l'hospitalisation sans consentement, la famille est avisée de l'hospitalisation dans les vingt-quatre heures.

L'exercice de l'autorité parentale n'étant pas interrompu par la détention, les soignants sont tenus d'informer les titulaires de l'autorité parentale sur l'évolution de l'état de santé de leur enfant et de les associer à tous les moments de la prise en charge.

L'éducateur référent du mineur⁷⁴ doit accompagner l'adolescent et sa famille dans le cadre de la continuité du suivi qu'il doit assurer, l'hospitalisation en UHSA du mineur ne devant pas interrompre les projets en cours et l'action éducative conduite auprès de lui, conformément aux dispositions de la circulaire. De surcroît, la place de l'éducateur référent du mineur est d'autant plus fondamentale qu'il est en mesure de coordonner et de communiquer les informations essentielles notamment celles relatives aux soins, à la scolarité et à l'insertion professionnelle⁷⁵.

⁷² La note d'orientation du 30 septembre 2014 consacre la position centrale du milieu ouvert du secteur public de la PJJ dit Milieu ouvert « Socle » de l'action éducative et de la continuité des parcours éducatifs des mineurs.

⁷³ Le rapport sénatorial du 4 avril 2017 relatif à la psychiatrie des mineurs en France.

⁷⁴ L'éducateur référent du mineur est celui qui est chargé de la mise en œuvre des mesures judiciaires concernant le mineur avant son incarcération.

⁷⁵ Note du 24 août 2017 relative à l'action éducative conduite par le milieu ouvert auprès des jeunes détenus qui dispose que l'éducateur a pour tâche de mettre en synergie les différents services et l'organisation de la prise en charge lors du passage en détention.

La mission a pris connaissance de difficultés particulières concernant l'hospitalisation d'un mineur non accompagné (MNA) lorsque notamment cet adolescent a demandé une hospitalisation volontaire. L'absence de représentant légal sur le territoire n'a pas permis une telle hospitalisation qui s'est finalement orientée sur une SDRE avec des longueurs dans la procédure de traitement qui ont pu être préjudiciables à l'adolescent.

Le mode de traitement juridique de ce cas de figure devait être clarifié afin de faciliter l'accompagnement de ces mineurs notamment dans leur parcours de soin. La note du 5 septembre 2018 relative à la situation des MNA faisant l'objet de poursuites pénales⁷⁶ précise désormais que la désignation d'un représentant légal doit constituer une priorité, soit directement par l'ouverture d'une tutelle, soit en passant par le préalable d'une mesure d'assistance éducative afin d'assurer aux MNA une protection immédiate⁷⁷.

Enfin, la mission a constaté l'absence de réflexion concernant la continuité d'enseignement et de formation professionnelle pendant le temps d'accueil, alors que la circulaire du 18 mars 2011 indique que l'hospitalisation nécessite l'adaptation du projet médical afin que les adolescents puissent bénéficier d'un enseignement ou d'une formation professionnelle. Les soignants ont précisé à cet égard que les temps d'hospitalisation des mineurs sont souvent trop courts pour initier ces activités. Seule la convention locale de l'UHSA de Marseille, en cours d'élaboration, prévoit dans l'annexe réservée à la PJJ, que lorsqu'un suivi pédagogique doit être assuré et si l'état clinique et la durée de l'hospitalisation sont compatibles, une demande est adressée au proviseur de la direction interrégionale des services pénitentiaires Sud-est afin d'examiner les solutions à mettre en place⁷⁸. Aucune mention spécifique n'est formalisée dans les autres conventions locales consultées, pour les UHSA qui en disposent, mais concernant l'UHSA de Lyon, l'activité scolaire est assurée par les enseignants de l'EPM du Rhône.

C. L'intervention des éducateurs de la direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ)

Cette intervention s'inscrit dans la continuité du suivi du mineur permettant de préparer les suites de l'hospitalisation et construire le projet de sortie de détention. Or, au moment de leur admission, les mineurs sont écroués à l'établissement pénitentiaire de rattachement de l'UHSA indépendamment de l'existence ou pas d'un quartier dédié à l'accueil d'adolescents filles et garçons. Cette situation instaure un décrochage du suivi éducatif effectué précédemment par les éducateurs intervenant en quartier mineur (QM) ou en établissement pénitentiaire pour mineurs (EPM).

Ainsi, des procédures de travail et des modalités d'échanges d'informations doivent être définies afin de renforcer la pertinence de l'accompagnement éducatif et favoriser la réactivité nécessaire. L'information relative à l'admission du mineur à l'UHSA devra ainsi être faite au plus tôt auprès de la PJJ afin d'entamer son accompagnement et transmettre la fiche de liaison. L'éducateur devra être à la suite destinataire d'une information régulière sur l'évolution de la prise en charge du mineur dans le respect du secret médical, permettant de rendre compte au magistrat compétent.

⁷⁶ Note conjointe du directeur des affaires criminelles et des grâces, du directeur des affaires civiles et du sceau et de la directrice de la protection judiciaire de la jeunesse.

⁷⁷ La note du 5 septembre 2018 relative à la situation des MNA faisant l'objet de poursuites pénales précise que le juge des enfants est saisi par le parquet de manière concomitante au civil et au pénal. En outre elle dispose que lorsque le service éducatif constate qu'un MNA incarcéré ou placé en établissement de la PJJ n'a pas de représentant légal sur le territoire, il doit saisir sans délai le procureur de la République de la juridiction de présentation du mineur aux fins d'ouverture d'une tutelle où de prononcé d'une délégation d'autorité parentale.

⁷⁸ L'UHSA de Marseille n'ayant accueilli qu'un seul mineur depuis son ouverture en février 2018, cette organisation n'a pas été mise en place au moment du déplacement sur site de la mission.

L'exploitation des questionnaires permet de constater que le suivi éducatif est inégal dans l'ensemble des UHSA. Pour certaines, une fiche de liaison est transmise par l'éducateur à l'admission (UHSA de Nancy et de Lyon). Seule l'UHSA de Nancy mentionne une procédure de suivi PJJ dans laquelle deux référents du service territorial éducatif de milieu ouvert et d'insertion (STEMOI) de Nancy désignés comme référents, sont informés par l'AS d'une admission. Ils rencontrent le mineur dans les 24 heures de son arrivée puis s'entretiennent avec lui deux fois par semaine. En outre, la convention locale de l'UHSA de Lille mentionne dans son annexe relative à la PJJ que le suivi du mineur hospitalisé à l'UHSA sera assuré par le service territorial éducatif de milieu ouvert chargé de la mise en œuvre des mesures judiciaires avant l'incarcération, garant de la continuité du parcours du mineur concerné. A Lyon, le DIRPJJ⁷⁹ a précisé à la mission que le service éducatif de l'établissement pénitentiaire pour mineurs (EPM) du Rhône était chargé du suivi des mineurs de l'UHSA y compris ceux en provenance des quartiers mineurs (QM) et qu'un référent était nommé.

Les modalités d'intervention sont ainsi diverses à la fois dans la désignation du service amené à accompagner le mineur mais aussi dans l'effectivité de cette intervention. La mission considère que cette organisation doit être clarifiée et formalisée afin de renforcer le partenariat et la qualité de la circulation de l'information. En outre, les échelons territoriaux⁸⁰ en charge de la garantie des parcours et de la cohérence des dispositifs,⁸¹ actuellement très inégalement impliqués, doivent investir leur rôle dans le dispositif de fonctionnement des UHSA défini par la circulaire de 2011.

Point d'attention n° 1. *Inclure un point de contrôle systématique relatif au suivi des mineurs en UHSA dans les contrôles de fonctionnement EPM/QM programmés par les DIRPJJ*

⁷⁹ Directeur interrégional de la protection judiciaire de la jeunesse.

⁸⁰ Directions interrégionales de la protection judiciaire de la jeunesse (DIRPJJ) et directions territoriales de la protection judiciaire de la jeunesse (DTPJJ).

⁸¹ Note du 24 août 2017 relative à l'action éducative conduite par le milieu ouvert auprès des jeunes détenus.

Annexe 11. LE CENTRE PENITENTIAIRE DE CHATEAU THIERRY

A l'occasion de la mission d'évaluation des UHSA qui leur a été confiée, l'IGAS et l'IGJ se sont rendues au centre pénitentiaire (CP) de Château-Thierry dans le but d'en comprendre la fonction sanitaire de prise en charge des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques qui lui est accordée par certains textes et pratiques pénitentiaires⁸². La présente annexe ne se substitue pas aux inspections ou audits récemment conduits dans cet établissement pénitentiaire.

1. UNE PROCEDURE D'ORIENTATION QUI CONDUIT A L'AFFECTATION DE PERSONNES DETENUES PRESENTANT MAJORITAIREMENT DES PROFILS PSYCHIATRIQUES SOUVENT ASSEZ SEVERES

La circulaire DAP du 21 février 2012⁸³ prévoit que peut être affectée au CP de Château-Thierry « *la population pénale condamnée présentant des troubles du comportement* »⁸⁴. S'il est demandé au médecin psychiatre de l'établissement demandeur « *d'attester que la personne ne relève ni d'un SMPR, ni d'une hospitalisation d'office, ni d'une UHSA* », cette dernière exigence n'était cependant plus systématiquement respectée en 2015⁸⁵.

Entendu par la mission, le docteur CANETTI⁸⁶ s'est étonné qu'il soit demandé à des médecins d'attester qu'une personne détenue présentant les troubles du comportement tels qu'ils sont énumérés dans la circulaire du 21 février 2012 ne relève pas d'une forme d'hospitalisation, volontaire ou non. De fait, les constats successifs réalisés ces dernières années confirment la présence de pathologies et de parcours de soins, avant et pendant l'affectation à Château-Thierry, qui témoignent de l'importance de la question des soins psychiatriques.

Une étude menée en 2007 par l'inspection des services sanitaires et citée par le CGLPL à l'issue de sa visite du CP en 2015 a ainsi relevé que 85% des personnes hébergées étaient atteintes d'états psychotiques graves et persistants.

Le CGLPL notait en 2015 que 48% des 74 condamnés écroués au QMC de Château-Thierry avaient déjà été, auparavant, hospitalisés sur décision du représentant de l'Etat. Onze l'avaient été en UMD, onze autres en UHSA et 22 avaient fait au moins un séjour en SMPR.

⁸² Le CGLPL, écrivait en 2009 lors de sa première visite au CP de Château-Thierry que, « dès que les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), prévues par la loi d'orientation et de programmation pour la justice de 2002, seront fonctionnelles, il conviendra de s'interroger sur la place et le rôle de la Maison Centrale de Château-Thierry, en complémentarité ou en tant qu'alternative pour certains détenus ».

⁸³ Circulaire JUSK1240006C DAP du 21 février 2012 « relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues » traite dans sa deuxième section de « l'orientation spécifique à la maison centrale de Château-Thierry »

⁸⁴ Ainsi énumérés : « peur ou refus de sortir d'un isolement de longue durée, manque d'hygiène grave, régression, état de prostration, retrait par rapport à la collectivité, ingestion fréquente de corps étrangers, automutilations habituelles, tentatives de suicide répétées, passage à l'acte auto ou hétéro agressifs fréquents, propos et conduites inadaptés ».

⁸⁵ Selon le CGLPL (rapport de la seconde visite du CP de Château-Thierry, 2015), d'une part l'administration pénitentiaire ne « respecte pas les dispositions précisant les formes d'inadaptation du comportement » et, d'autre part, par ce que, plusieurs dossiers d'affectation des personnes écrouées au CP ne contiennent aucune attestation médicale⁸⁵. Le CGLPL ajoutait que « l'administration centrale procède tout de même au transfert de la personne détenue, passant outre l'absence d'attestation du médecin psychiatre ».

⁸⁶ Médecin chef du SMPR de la maison d'arrêt de la Santé et ancien contrôleur du CGLPL ayant participé à la seconde mission au CP de Château Thierry en 2015.

La mission IGAS-IGJ observe en outre que, parmi les 78 entrants affectés entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2018 au QMC de Château-Thierry, 14 ont été hospitalisés lors de leur séjour au moins une fois en UHSA pour une DMS de 26 jours et un en SMPR pour une durée d'hospitalisation de 301 jours. S'agissant des hospitalisations psychiatriques au sein de l'EPSM de rattachement, chaque année, depuis 2011, entre 26 et 41 détenus ont séjourné à l'hôpital de Prémontré. En moyenne, ce sont 34 détenus par an qui sont hospitalisés, tous en SDRE, au sein de l'USIP – correspondant à plus de 47% des personnes écrouées à Château-Thierry⁸⁷.

L'hôpital de Prémontré estimait quant à lui que 30% des diagnostics effectués en 2014 et 2015 relevaient de schizophrénie et de psychose ; que les troubles du comportement et de la personnalité étaient supérieurs à 20% en 2014 puis supérieurs à 10% en 2015 ; que 20% des détenus souffraient d'autres pathologies et que pour 15 à 20% des cas, les diagnostics n'étaient pas renseignés⁸⁸. En tout état de cause 80% des personnes détenues souffrent de troubles psychiatriques souvent lourds.

Le chef d'établissement et la cheffe de détention du CP de Château-Thierry estimaient ainsi que la question de l'irresponsabilité pénale, de l'accessibilité des détenus à leur condamnation et de leur place en détention se posait pleinement pour 10 à 20% des personnes qui leur étaient, in fine, confiées.

2. DES CONDITIONS D'INCARCERATION ET DES RESSOURCES HUMAINES SANITAIRES PREOCCUPANTES QUI NE PARAISSENT PAS ADAPTEES A L'IMPORTANCE DES PROBLEMES PSYCHIATRIQUES

Si l'architecture du centre pénitentiaire de Château-Thierry et sa dimension à taille humaine sont particulièrement adaptées à l'accueil d'un public aussi spécifique, tous les rapports parlementaires⁸⁹, les rapports successifs du CGLPL⁹⁰ ou ceux de l'inspection des services pénitentiaires⁹¹ constatent la grande vétusté de la structure. Le rapport du groupe de travail parlementaire « *repenser la prison pour mieux réinsérer* » soulignait même, pour sa part, l'urgence d'une rénovation « *afin de rendre les conditions de détention compatibles avec les normes de dignité de la personne et d'habitabilité des cellules* ».

De fait, si la présente mission conduite par l'IGAS et l'IGJ a constaté un bon état général de la structure⁹², elle estime que la superficie d'environ 6m² des 97 cellules du QMC, toutes dépourvues d'eau chaude et de vue sur l'extérieur pour la plupart d'entre-elles, demeure inadaptée à la prise en charge de personnes détenues, souffrant, en sus, de troubles du comportements. Deux médecins sur trois entendus par l'IGJ en aout 2018 estimaient sans détour que cette configuration des cellules était de nature à augmenter les enjeux pathologiques.

87 Sur la même période, l'EPSM de Prémontré a accueilli une moyenne de 38 détenus provenant du Centre Pénitentiaire de Laon, second établissement pénitentiaire du département ou sont écroués 477 détenus. Bien en deçà du ratio des détenus de Château Thierry, le ratio de détenus Laonnois ayant à connaître une hospitalisation à Prémontré est de 8%.

88 Données communiquées par l'EPSM de Prémontré au CGLPL en 2015.

89 Rapports du groupe de travail « repenser la prison pour mieux réinsérer » présentés le 21 mars 2018

90 Rapports CGLPL de 2009 et de 2015.

91 Rapport de contrôle de fonctionnement de l'ISP de 2014.

92 Salles d'activités, coursives, douches collectives...

Pour autant, malgré ces constats unanimes relatifs à la dignité, à l'hygiène et à la sécurité des personnes, aucun des rapports, missions ou enquêtes n'a jamais conclu à la fermeture de la structure⁹³.

S'agissant des ressources humaines, outre deux directeurs des services pénitentiaires, quatre personnels administratifs et un personnel technique, l'établissement compte trois officiers, 11 gradés et 59 surveillants. Le ratio ainsi constaté⁹⁴ de 1 surveillant pour 1,5 personne détenue est considéré par l'établissement comme « *important* », « *parfaitement justifié [et permettant] une prise en charge adaptée et un temps raisonnable pour l'observation* »⁹⁵.

En revanche, les ressources de l'USMP sont beaucoup plus limitées et le CGLPL, dans son rapport de 2015 précisait que « *l'effectif du personnel de santé n'apparaît pas compatible avec l'état de santé psychiatrique et somatique des personnes incarcérées* » et que, « *dans le domaine des soins psychiatriques, la situation est préoccupante* ». La mission a ainsi pu constater que les effectifs hospitaliers sont similaires à ceux constatés dans une USMP classique et ne comptent que 0,4 ETPT de médecin psychiatre, 1,5 ETPT de psychologue et sept infirmiers polyvalents.

En outre, la pratique de la psychiatrie doit s'inscrire dans un véritable projet de service. Celui-ci fait encore défaut malgré la mobilisation récente de l'ARS sur le sujet. Par ailleurs, si quelques activités thérapeutiques ou de médiation existent, elles semblent décliner, tant du côté sanitaire⁹⁶ que pénitentiaire⁹⁷.

Le quartier maison centrale de Château Thierry, même s'il reçoit 80% de détenus psychotiques, ne peut donc pas être considéré comme un établissement permettant une prise en charge psychiatrique adaptée. L'offre de soins somatiques et psychiatriques y est identique à celle proposée dans tout établissement pénitentiaire de taille identique et ne comporte aucune spécificité en termes d'organisation ou de moyens déployés. La crise ou les états aigus sont par exemple orientés, le cas échéant, vers l'EPSM de Prémontré qui n'envisage d'ailleurs pas d'autre forme de prise en charge qu'en USIP et dont les responsables ignorent même le SMPR de proximité.

3. LA PRISE EN CHARGE DES DETENUS DE CHATEAU THIERRY NE PEUT ETRE CONSIDEREE COMME UNE REPOSE SANITAIRE

Le CP de Château-Thierry s'est spécialisé en 1950, dans le traitement de détenus dits « psychopathes ». Il s'agissait à l'époque de répondre à l'augmentation constante du nombre de détenus dits « anormaux », les « véritables aliénés » devant continuer à être orientés vers les hôpitaux psychiatriques spécialisés.

93 Le CGLPL lui-même, dans son rapport de 2015 ne conclut pas à la fermeture mais se contente de préciser que « les locaux sont vétustes et inadaptés [que] les cellules sont trop exiguës [et que] des travaux d'envergure devraient être engagés pour garantir la distribution d'eau chaude dans toutes les cellules ».

94 Rapport d'activité 2017 du CP de Château-Thierry.

95 Rapport d'activité 2017 précité.

96 Selon le CGLPL, entre 2009 et 2015, la cohérence des actions thérapeutiques est devenue incertaine du fait « de conflits au sein de l'équipe psychiatrique et de la suppression des réunions hebdomadaires dites « diagnostiques » qui ne favorisent ni la réflexion collective, ni la coordination des activités thérapeutiques, ni l'appréciation individuelle des bénéfices attendus au regard de l'état clinique des personnes ». CGLPL, rapport de 2015.

97 Médiation artistique ou animale, jeux et activités de loisir et de réadaptation qui, encadrées par le personnel pénitentiaire ont connu un sensible ralentissement entre les visites du CGLPL de 2009 et de 2015, pour des raisons liées à un manque d'effectifs.

Traversant le temps ainsi que la loi de 1994 qui a confié à l'hôpital public la responsabilité des soins en prison et celle de 2002 portant création des UHSA, le CP de Château-Thierry est aujourd'hui une structure-relais – vraisemblablement pertinente – dont l'objet premier est de rendre plus aisé le fonctionnement des autres établissements pénitentiaires, soulagés des détenus difficiles et auteurs de troubles⁹⁸.

Aussi professionnelle et bienveillante qu'elle soit, la prise en charge des détenus de Château-Thierry ne comporte cependant aucune spécificité sanitaire et ne peut à ce titre constituer un élément du parcours de soins de la personne détenue : l'affectation d'une personne détenue à Château-Thierry s'inscrit dans une logique de séjour de rupture pénitentiaire. Il ne peut s'agir d'une alternative à l'offre de soins⁹⁹.

Dans un contexte cohérent de développement des UHSA et de l'accès à l'offre de soins de droit commun pour les personnes détenues, la mission estime qu'il devrait être mis un terme à la confusion sur la nature et l'objet du CP de Château-Thierry.

Dans ce sens, le retrait de toute référence à une évaluation sanitaire ou médicale ou même à l'existence de certains troubles mentaux conditionnant – ou non – l'affectation à cet établissement doit être sérieusement envisagée : une affectation au sein d'un établissement pénitentiaire ne peut être en effet guidée que par un objet pénitentiaire lié à la garde, à la réinsertion de la personne détenue ou aux modalités de prise en charge mises en œuvre par l'administration pénitentiaire¹⁰⁰.

Même si elle est mentionnée « en négatif »¹⁰¹, une condition liée à l'état de santé ou aux besoins médicaux de la personne détenue¹⁰², maintient paradoxe et confusion et sous-entend : d'une part que le personnel médical est partie prenante aux décisions d'affectation¹⁰³ et d'autre part que l'établissement est une structure hybride justice-santé, de type « prison-hôpital », en capacité d'assurer la prise en charge de certains troubles du comportement.

Point d'attention n° 2. *Veiller à retirer toute mention médicale à la procédure d'affectation au centre pénitentiaire de Château-Thierry précisée dans la circulaire DAP du 21 février 2012 relative à l'orientation en établissement pénitentiaire.*

98 Le rapport du groupe de travail de l'Assemblée Nationale sur les conditions de détention considérait que : « cet établissement vocation à « gérer » les personnes détenues dont les établissements pénitentiaires ne se sentent plus en mesure d'assurer la prise en charge ».

99 Ainsi que le relève le CGLPL en 2015 dans l'une de ses recommandations à l'issue de sa visite au CP, « la présence, au sein de l'établissement, de malades mentaux relevant d'une prise en charge en service de psychiatrie, n'est pas conforme à la vocation du centre pénitentiaire de Château-Thierry ; elle doit interroger les insuffisances des dispositifs nationaux de soins psychiatriques destinés aux personnes détenues ainsi que les carences de la justice pénale ».

100 Etablissement plus sécuritaire, établissement proposant des formations professionnelles spécifiques, établissement comportant des cellules à personne à mobilité réduite...

101 La circulaire du 21 février 2012 prévoit que peut être affectée à Château-Thierry « la population pénale condamnée présentant des troubles du comportement mais ne relevant, ni d'une hospitalisation d'office, ni d'une hospitalisation en SMPR, ni d'une UHSA ».

102 Besoins qui ne sont d'ailleurs approchés dans la circulaire précitée de l'administration pénitentiaire que sous l'angle de l'hospitalisation psychiatrique et non des soins psychiatriques.

103 Ce n'est, en réalité, pas le cas : soit certains dossiers d'affectation des personnes écrouées ne comportent pas d'avis médicaux soit l'avis n'est pas suivi par l'AP, la décision finale relevant uniquement de l'administration pénitentiaire. Cf. rapport de la seconde visite du CGLPL relatif au CP de Château-Thierry de 2015.

Si l'administration pénitentiaire entend conserver – voire développer¹⁰⁴ – les séjours de rupture pour certains profils de détenus, ils ne doivent plus être adossés à une procédure d'apparence sanitaire. L'administration pénitentiaire pourrait à ce titre élaborer un cahier des charges spécifiques destiné aux établissements susceptibles d'accueillir ces séjours de rupture.

En tout état de cause, lors des phases d'orientation, « *les éléments afférents aux conditions de prise en charge sanitaire de la personne détenue* »¹⁰⁵ devront permettre, à l'AP et à l'unité sanitaire de l'établissement, de ne pas mettre en péril, par un transfert administratif, une prise en charge médicale ou un parcours de soins entamé au sein de l'USMP, en EPSM ou en UHSA¹⁰⁶.

Enfin, inscrire les personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques dans un véritable parcours de soins intégrant SMPR, UHSA, USIP, UMD et EPSM exige également que le recours aux aménagements et suspension de peine pour certains publics « *qui n'ont pas leur place en prison* »

- souvent accueillis au CP de Château Thierry – soit dynamisé et repensé¹⁰⁷.

Par ailleurs, il existe au CP de Château-Thierry un véritable savoir faire des agents pénitentiaires dans la gestion des troubles du comportement des détenus avec une connaissance de la personne en difficulté psychiatrique et/ou présentant des troubles du comportement utile pour faire désamorcer les crises et les conflits. Ce savoir-faire mériterait d'être diffusé à d'autres établissements pénitentiaires. La mission a également pu apprécier la qualité des collaborations entre personnels sanitaires et pénitentiaires, notamment lors des CPU, qui mériterait, là aussi, d'être portée en exemple.

104 Qui peuvent être bénéfiques tant pour les personnes détenues que pour les établissements pénitentiaires dont elles sont originaires.

105 Eléments fournis par le service médical de l'établissement (circulaire du 21 février 2012 précitée et article D.76 du CPP détaillant la procédure d'orientation de la personne détenue dans un établissement pénitentiaire, notamment, selon sa situation pénale, en établissement pour peine.

106 Le rapport précité de l'Assemblée nationale, concluait d'ailleurs à propos de la rénovation et la duplication du « modèle » de Château Thierry « que la construction d'autres établissements similaires à Château-Thierry ne [devait pas se faire] au détriment d'une prise en charge médicale de qualité et adaptée aux pathologies des détenus, les personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques devant relever prioritairement de structures dédiées telles que les UHSA ».

107 Cf. 3.1 du rapport IGSA-IGJ 2018 sur l'évaluation des UHSA.

**Annexe 12. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DETENUES
SOUFFRANT DE TROUBLES MENTAUX – REVUE
INTERNATIONALE**

*Revue de l'existant en Allemagne, Belgique, Canada, Espagne, Italie, Pays-Bas et Royaume-Uni*¹⁰⁸

1. LE CADRE DE DROIT EUROPEEN ET INTERNATIONAL

Les UHSA s'inscrivent dans un champ de normes complexes, qu'il s'agisse de dispositions de droit international telles que l'Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus, dites règles Mandela¹⁰⁹, ou de droit européen, notamment le socle représenté par les règles pénitentiaires européennes issues du comité des ministres du Conseil de l'Europe¹¹⁰.

Les règles pénitentiaires européennes, actuellement en cours de révision, précisent quelques notions notamment sur la spécialisation des établissements pour les personnes dont l'état de santé mentale est incompatible avec la détention ou la nécessité de porter une attention particulière par les équipes médicales aux détenus affectés par des troubles mentaux, notamment en prévenant le suicide¹¹¹. Ces règles doivent être combinées avec celles issues de la recommandation adoptée en 2004, relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux¹¹².

Le comité de prévention de la torture (CPT) du Conseil de l'Europe, dans un document de normes indique dans son rapport à la suite de la visite périodique en France du 14 au 27 : « *Le CPT recommande aux autorités françaises d'améliorer la prise en charge psychiatrique des détenus en renforçant les équipes psychiatriques et l'offre de soins dans les établissements pénitentiaires à la lumière des remarques précédentes. Les détenus atteints de troubles sévères devraient être pris en charge au sein de structures hospitalières* »¹¹³.

108 Secrétariat Général du ministère de la justice - Délégation aux Affaires Européennes et Internationales
Bureau de droit comparé et de la diffusion du droit.

Rédacteurs : travail collectif sous la direction de X. Pradel, Eve Rapilly, adjointe au chef du bureau de droit comparé (1-1-2), Emilie Reissier, rédactrice au bureau de droit comparé (1-1-1 et 1-1-2), Marie Arbache, rédactrice au bureau de droit comparé (système britannique), Xavier Pradel, chef du bureau de droit comparé (1-1-1 et 1-2) Avec la collaboration de nos magistrats de liaison

109 Cf ; notamment la règle 22-1 : « 22. 1) Chaque établissement pénitentiaire doit disposer au moins des services d'un médecin qualifié, qui devrait avoir des connaissances en psychiatrie. Les services médicaux devraient être organisés en relation étroite avec l'administration générale du service de santé de la communauté ou de la nation. Ils doivent comprendre un service psychiatrique pour le diagnostic et, s'il y a lieu, le traitement des cas d'anomalie mentale. »

110 Recommandation Rec (2006)2 du Comité des Ministres aux Etats membres sur les Règles pénitentiaires européennes.

111 Cf. les règles suivantes :

« 12.1 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.

12.2 Si ces personnes sont néanmoins exceptionnellement détenues dans une prison, leur situation et leurs besoins doivent être régis par des règles spéciales. »

Santé mentale

47.1 Des institutions ou sections spécialisées placées sous contrôle médical doivent être organisées 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.

47.2 Le service médical en milieu pénitentiaire doit assurer le traitement psychiatrique de tous les détenus requérant une telle thérapie et apporter une attention particulière à la prévention du suicide. »

112 Recommandation REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux

113 CPT rapport sur la visite périodique de la France : Visite 2015 CPT/Inf (2017) 7 | Section: 19/34 | Date: 31/08/2016 B. Etablissements pénitentiaires / 5. Services de santé

La Cour européenne des droits de l'Homme, pour sa part, a été amenée dans plusieurs décisions à préciser les conditions dans lesquelles la détention d'une personne affectée de troubles mentaux pouvait être détenue sans violer l'article 3 de la convention prohibant les traitements inhumains et dégradants : « *La Cour [européenne des droits de l'homme] a jugé à de nombreuses reprises que la détention d'une personne malade peut poser problème sur le terrain de l'article 3 de la Convention [européenne des droits de l'homme, qui interdit les traitements inhumains ou dégradants,] (...) et que le manque de soins médicaux appropriés peut constituer un traitement contraire à l'article 3 (...). En particulier, pour apprécier la compatibilité ou non des conditions de détention en question avec les exigences de l'article 3, il faut, dans le cas des malades mentaux, tenir compte de leur vulnérabilité et de leur incapacité, dans certains cas, à se plaindre de manière cohérente ou à se plaindre tout court des effets d'un traitement donné sur leur personne (...).*

(...) [P]our statuer sur l'aptitude ou non d'une personne à la détention au vu de son état, trois éléments particuliers doivent être pris en considération : a) son état de santé, b) le caractère adéquat ou non des soins et traitements médicaux dispensés en détention, et c) l'opportunité de son maintien en détention compte tenu de son état de santé »¹¹⁴.

S'agissant de la France, la Cour, dans un arrêt de 2011¹¹⁵, a par ailleurs observé que : « le maintien actuel en détention du requérant était accompagné d'une prise en charge médicale appropriée, de telle sorte qu'il ne constituait pas une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention ». A cette occasion, elle examine la compatibilité à la convention de l'ensemble du dispositif qu'il s'agisse du recours à l'article D. 398 ou du placement en UHSA¹¹⁶.

Dans un rapport de 2014, le bureau régional pour l'Europe de l'**Organisation mondiale de la santé**¹¹⁷ insiste, s'agissant de la prise en charge de la santé mentale en prison sur plusieurs aspects¹¹⁸ :

- tout d'abord, comme pour le soin somatique, l'organisation rappelle le principe de l'équivalence des soins qui doit être apporté aux personnes détenues entre l'extérieur et la détention ;
- elle insiste sur la nécessaire continuité des soins entre l'extérieur et l'intérieur, puis de l'intérieur de la prison vers l'extérieur ;
- elle remarque enfin qu'il peut être nécessaire pour certains troubles psychiatriques sévères d'organiser un service de prise en charge des crises à l'intérieur ou à l'extérieur de la prison. L'OMS souligne que ces services devraient être dotées de manière adéquate en personnels et devraient aussi être utilisé comme service de formation pour les autres prisons.

2. PREMIERES VUES

- Dans l'ensemble des pays, la juridiction dispose du pouvoir de décider que la personne condamnée devra bénéficier d'un traitement, et ce, en raison du fait que l'intéressé est atteint d'un trouble mental et qu'il existe un danger qu'il commette de nouvelles infractions. Selon les pays, la mesure peut être déclinée sous différentes formes et être exécutée en milieu fermé et/ou en milieu ouvert.

¹¹⁴ arrêt Slawomir Musiał c. Pologne du 20 janvier 2009, §§ 8788

¹¹⁵ Cocaign c. France 3 novembre 2011

¹¹⁶ Voir également la fiche « détention et santé mentale » sur le site de la CEDH

¹¹⁷ Rapport « Prison and health », du bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe, 2014.

¹¹⁸ Cf. Chapitre 11 « Mental health in prison » par Graham Durcan et Jan Cases Zwemstra

- Si le plus souvent le traitement est ordonné par une juridiction ordinaire, dans certains pays, c'est une juridiction spécialisée qui prononce la mesure : c'est le cas notamment de la Belgique où la « chambre de protection sociale », l'une des chambres du tribunal de l'application des peines, est exclusivement compétente en matière d'aménagement de peine pour motifs de soins psychiatriques.

- Dans tous les pays, des soins psychiatriques peuvent être dispensés au sein de la prison et il existe des hôpitaux spécialisés dans l'accueil de détenus. L'hospitalisation des détenus atteints de troubles mentaux en dehors du milieu carcéral est possible dans la plupart des pays, toutefois elle reste marginale par rapport à une prise en charge de ces personnes à l'intérieur du cadre carcéral.

- Dans une majorité de pays l'hospitalisation et les soins peuvent être imposés au détenu. C'est notamment le cas **au Royaume-Uni, en Allemagne, en Espagne, aux Pays-Bas et au Canada.**

3. PRESENTATION DES SYSTEMES

3.1 Modalités d'aménagement des peines fondées sur des motifs de soins psychiatriques

Dans l'ensemble des pays, c'est l'autorité judiciaire qui exerce le rôle principal de décideur de du traitement qui sera mis en œuvre dans l'intérêt de la personne qui a commis l'infraction, atteinte de troubles mentaux.

L'administration pénitentiaire, qui peut parfois être associée au choix de la mesure, est essentiellement chargée de la mise en œuvre des soins. Elle peut également être investie de missions de prévention et de détection des pathologies psychiatriques au sein de l'univers carcéral.

3.1.1 *La compétence de principe des juridictions en matière de décision d'aménagement de peine fondée sur des motifs de soins psychiatriques*

Périmètre de la mesure choisie par le tribunal (milieu fermé/milieu ouvert)

Dans l'ensemble des pays, la juridiction dispose du pouvoir de décider que la personne condamnée devra bénéficier d'un traitement, et ce, en raison du fait que l'intéressé est atteint d'un trouble mental et qu'il existe un danger qu'il commette de nouvelles infractions. La mesure peut être déclinée sous différentes formes et être exécutée en milieu fermé et/ou en milieu ouvert.

Elle peut concerner le milieu fermé : la majorité des systèmes disposent d'un système de soins en milieu fermé, au sein d'établissements pénitentiaires. Certains d'entre eux sont spécialisés. C'est l'autorité judiciaire qui est alors compétente pour ordonner une mesure de placement. Par exemple, aux **Pays-Bas**, certains détenus atteints de pathologies psychiatriques peuvent avoir été condamnés par le tribunal à une peine combinant l'emprisonnement et la TBS (ensemble de dispositifs destinés à prévenir la récidive par la prise en compte des pathologies dont est atteint le condamné). Le condamné peut alors être admis, sur initiative du juge, dans une clinique TBS.

La compétence pour ordonner des mesures de soins en milieu fermé peut d'ailleurs être partagée entre deux autorités judiciaires. Par exemple, au Royaume-Uni, la plus haute Cour de première instance en matière criminelle (Crown Court), dispose d'une prérogative de placement, lorsqu'une personne est condamnée pour une infraction dont la peine encourue est une peine d'emprisonnement. La Magistrates' Court (tribunal de première instance compétent en matière pénale) dispose également d'une prérogative de placement s'agissant notamment d'individus condamnés sur déclaration de culpabilité, pour des infractions dont la peine encourue est une peine d'emprisonnement. Durant une période de 28 jours à compter du jour où l'ordonnance de placement a été rendue par le tribunal, le tribunal peut, dans l'attente de l'admission de la personne concernée au sein de l'hôpital, donner des instructions afin de garantir la détention sécurisée de l'individu. Si pendant cette période de 28 jours, il apparaît au Secrétaire d'Etat à la Justice qu'il n'est pas possible pour le détenu d'être reçu dans l'hôpital désigné par l'ordonnance, il peut donner des directives, afin que le détenu soit admis dans un autre hôpital.

La mesure de traitement de soins peut aussi concerner le milieu ouvert. C'est encore l'autorité judiciaire qui est compétente à titre principal.

Aux Pays-Bas, dans le cadre d'un milieu ouvert, le juge peut imposer une obligation de soins dans le cadre d'un SME. On peut encore citer l'exemple du **Royaume-Uni** où la loi sur la justice pénale de 2003 (Criminal Justice Act 2003) prévoit la possibilité pour le juge dans le cadre du prononcé d'une peine qui sera purgée en milieu ouvert « *community order* » ou d'une peine d'emprisonnement assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve « *suspended order* », d'assortir cette peine de mesures parmi lesquelles l'obligation pour la personne condamnée de suivre un traitement médical (article 207 de la loi), pendant une période déterminée, et cela, sous la supervision d'un médecin ou psychologue agréé.

a) Spécialisation du juge

Si le plus souvent le traitement est ordonné par une juridiction ordinaire, le tribunal pénal qui a prononcé la condamnation, par exemple **au Royaume-Uni** les *Magistrates' Court* ou *Crown Court*, dans certains pays, c'est une juridiction spécialisée qui prononce la mesure : c'est le cas notamment de la **Belgique**.

En Belgique, c'est en effet la « **chambre de protection sociale** », l'une des chambres du tribunal de l'application des peines, qui est exclusivement compétente en matière d'aménagement de peine pour motifs de soins. Cette chambre est présidée par un magistrat professionnel assisté de deux assesseurs, juges non professionnels, dont l'un est spécialisé en matière de réinsertion sociale, et l'autre en matière de psychologie clinique. En fonction de l'évolution de l'état mental de la personne concernée, à sa demande (ou celle de son avocat) ou sur réquisition du parquet, la chambre de protection sociale peut ainsi décider d'adapter l'exécution de l'internement.

b) Compétence partagée

Dans certains pays, le juge peut être amené à prendre une décision de placement en coopération avec une autre autorité ou après avis d'une autorité.

Par exemple, aux **Pays-Bas**, la décision de placement sous le régime de la TBS est prise sur le fondement d'une étude de la dangerosité de la personne réalisée par le centre « Pieter Ban » basé à Utrecht. Ce centre dépend de l'institut national d'expertise légale et permet à des experts du

comportement d'intervenir dans un cadre sécurisé pour réaliser une expertise sur des personnes atteintes d'un trouble mental. Au terme d'une période d'observation de 7 semaines, cet organe peut recommander à la juridiction le placement dans une clinique TBS.

En Allemagne, le juge ne peut prendre de décision qu'après avis d'un expert psychiatrique.

Au Royaume-Uni, plusieurs autorités sont amenées à travailler ensemble dans le processus décisionnel. Le placement de la personne condamnée dans un établissement hospitalier ou sous tutelle est soumis à des conditions. D'une part, le tribunal doit avoir recueilli la preuve écrite ou orale de deux professionnels (*medical practitioners*) que l'individu ayant commis l'infraction souffre de troubles mentaux. La nature et le degré du trouble mental doivent être tels qu'ils nécessitent le placement de l'individu au sein d'un hôpital afin qu'il y reçoive les traitements médicaux adéquats. Pour se faire, le tribunal prend en considération toutes les circonstances, y compris la nature de l'infraction, le caractère de l'individu et ses antécédents.

Lorsqu'un tel placement est ordonné par le tribunal, un clinicien agréé (*clinician*) doit être désigné comme responsable de l'individu et la preuve doit être recueillie que l'hôpital a pris des dispositions en vue de l'admission de l'individu.

La compétence relative au placement d'un détenu peut être encore être partagée entre l'autorité judiciaire et, cette fois-ci, le secrétaire d'état à la justice, dans deux hypothèses :

- seulement avec le consentement du Secrétaire d'Etat à la Justice, il est possible d'accorder un congé au patient, de le transférer ou d'ordonner sa libération.

- lorsqu'une personne effectue une peine d'emprisonnement, le Secrétaire d'Etat à la Justice peut être averti que le détenu concerné souffre d'un trouble mental. En pratique, ce dernier est souvent alerté par le service pénitentiaire de l'établissement dans lequel est détenue la personne concernée. Il s'agit donc d'une hypothèse dans laquelle les problèmes psychiatriques d'une personne sont découverts après sa condamnation, au cours de la détention.

Le secrétaire d'Etat peut alors, s'il est d'avis qu'il y va de l'intérêt public et que les circonstances le justifient, ordonner que le détenu soit transféré dans un hôpital.

3.1.2 Le rôle des établissements pénitentiaires dans la mise en œuvre des mesures

A. Identification des pathologies

Dans tous les pays, les établissements pénitentiaires sont en charge de détecter les détenus souffrant de troubles mentaux. On donnera les exemples de l'Italie, du Canada, de l'Espagne et des Pays-Bas.

En Italie, chaque établissement pénitentiaire dispose désormais de la présence d'un psychiatre ou d'un service psychiatrique adapté à la typologie de l'établissement et aux besoins de santé présentés par la population carcérale présente. Il s'agit d'identifier, si possible dès l'arrivée en prison, les personnes souffrant de troubles.

En outre, un service de prévention et de traitement psychiatrique destiné à éviter ou à réduire le malaise en détention est mis en place.

La direction de l'administration pénitentiaire a établi un plan national pour la prévention des conduites suicidaires en milieu pénitentiaire qui a été ratifié en 2017 par la conférence unifiée État-Régions.

Au Canada, le dépistage des troubles mentaux se fait dès l'admission des délinquants dans l'établissement pénitentiaire (dans les trois à quatorze jours suivant son entrée). Puis dans les trois mois suivant, des évaluations de suivi ont lieu selon leurs besoins et les priorités en matière de santé mentale.

En Espagne, le « *Programa de atención integral a enfermos mentales* » (PAIEM) analyse l'état de santé du détenu afin de confirmer le diagnostic et déterminer le traitement adéquat.

Aux Pays-Bas, les détenus sont évalués en détention. Les détenus souffrant de troubles de la personnalité graves ou des pathologies psychotiques peuvent être placés d'office en Centre psychiatrique pénitentiaire (PPC).

B. Traitement des pathologies

a) En milieu carcéral

Dans tous les pays, des soins psychiatriques peuvent être dispensés au sein de la prison et il existe des hôpitaux spécialisés dans l'accueil de détenus.

- les soins psychiatriques ambulatoires dans les établissements pénitentiaires de droit commun

Les moyens offerts sont variables selon les pays. En principe, les détenus peuvent être accueillis dans un établissement pénitentiaire hospitalier comportant un service de psychiatrie. On donnera quelques exemples.

En Allemagne, tous les détenus ont accès à des soins psychiatriques ambulatoires en détention, prodigués soit par les médecins salariés des établissements pénitentiaires, soit par des médecins extérieurs qui interviennent au sein des prisons. Les Länder ont prévu la possibilité d'une hospitalisation complète des détenus présentant des troubles mentaux. **Au Canada**, des services de santé mentale primaires sont intégrés aux établissements pénitentiaires. Des équipes de santé multidisciplinaires collaborent avec d'autres ressources en établissement pour mettre en place des interventions spécifiques et coordonnées à l'intention des délinquants atteints de troubles mentaux. **En Espagne**, dans chaque établissement pénitentiaire, une équipe multidisciplinaire composée de médecins, psychologues, éducateurs, infirmières, travailleurs sociaux, enseignants ou encore sociologues, est chargée de la mise en place du programme PAIEM (*Programa de Atención Integral al Enfermo Mental*) qui est notamment orienté, outre les soins cliniques, vers la réinsertion sociale du détenu.

– établissements spécialisés

La majorité des pays dispose de structures psychiatriques spécifiques

En Italie, pôles psychiatriques régionaux dénommés « Structures pour la Protection de la Santé Mentale » (Articolazioni per la Tutela della Salute Mentale – ATSM) assurent la prise en charge des troubles mentaux.

Aux Pays-Bas, les détenus présentant des pathologies psychiatriques peuvent être pris en charge par un centre de santé mentale (GZZ) ou par un Centre Psychiatrique Pénitentiaire. Par ailleurs, l'administration pénitentiaire est étroitement associée au traitement des détenus dans le cadre

du *Penitentiary Program* qui est ouvert aux adultes condamnés à une peine d'au moins 6 mois d'emprisonnement, avec un reste à purger de 4 semaines à un an, et qui ne sont pas destinés à être transférés en clinique TBS à l'issue de leur peine d'emprisonnement.

En Allemagne, il existe des établissements pénitentiaires hospitaliers comportant un service de psychiatrie ainsi que des établissements psychiatriques fermés destinés aux personnes faisant l'objet d'une rétention de sûreté ou d'une hospitalisation d'office à la suite d'une décision judiciaire constatant leur irresponsabilité pénale.

Au Canada, lorsque le détenu nécessite des soins en matière de santé mentale, il est incarcéré dans un établissement spécifique, une unité régionale de santé mentale, un centre de traitement régional ou des centres psychiatriques régionaux.

En Espagne, il existe deux hôpitaux psychiatriques : à Séville et Alicante, qui sont destinés à accueillir des personnes déclarées exemptes de responsabilité pénale. Dans ces centres, l'organisation et le fonctionnement sont adaptés afin de garantir la prise en charge nécessaire aux personnes souffrant de pathologies psychiatriques.

En Belgique, la nouvelle législation pose un principe de prise en charge des personnes internées dans des établissements spécialisés, devant permettre de fournir à ces personnes une prise en charge psychiatrique plus poussée et plus adaptée que celles des annexes psychiatriques des établissements pénitentiaires. On compte actuellement en Belgique 7 établissements de défense sociale (EDS) et centres de psychiatrie légaux (CPS). Le gouvernement fédéral prévoit d'en faire ouvrir trois nouveaux d'ici 2022.

– *Structures intermédiaires*

On relèvera l'exemple du **Canada** qui a créé des unités de soins spéciales au sein des établissements pénitentiaires afin de faire le lien entre les services de base de prise en charge de santé mentale dans les établissements et le transfert dans un hôpital psychiatrique. La prise en charge des détenus souffrant de troubles mentaux est à la charge du Service correctionnel du Canada (SCC).

De même en **Allemagne**, il existe dans certains Länder des structures intermédiaires prenant en charge les détenus afin de permettre d'établir un diagnostic, de définir un protocole de traitement, de stabiliser l'état du détenu et de favoriser son retour dans le régime commun de la détention.

b) En dehors du milieu carcéral

L'hospitalisation des détenus atteints de troubles mentaux en dehors du milieu carcéral est possible dans la plupart des pays, toutefois elle reste marginale par rapport à une prise en charge de ces personnes à l'intérieur du cadre carcéral.

En **Allemagne**, l'hospitalisation en dehors du milieu carcéral n'a lieu qu'en cas d'urgence ou d'absence de lit disponible dans un établissement pénitentiaire hospitalier.

Au **Canada**, il est possible de citer l'Institut Philippe-Pinel de Montréal qui est un hôpital psychiatrique sécuritaire offrant des soins à des personnes atteintes d'une maladie mentale associée à des comportements violents et de la dangerosité. Il ne s'agit pas d'un établissement pénitentiaire. Toutefois, des personnes incarcérées peuvent y séjourner et les équipes de soins pluridisciplinaires sont sensibilisées à la criminalité. Certaines personnes sont admises sur décision judiciaire afin

d'établir une évaluation de leur santé mentale. En effet, cet établissement offre un service d'expertise afin de déterminer la responsabilité pénale ou la dangerosité et de répondre à toute autre demande d'expertise psychiatrique médico-légale.

c) L'accompagnement à la sortie

L'Espagne et le Canada ont spécifiquement créés des dispositifs afin de permettre aux détenus souffrant de troubles mentaux, la poursuite des soins lors de leur retour au milieu ouvert.

Au **Canada**, des soins transitoires sont offerts en prévision de la libération. Les membres de l'équipe de santé mentale en établissement pénitentiaire sont chargés de préparer des plans cliniques pour assurer la continuité des soins dont les détenus ont besoin et préparer leur retour dans la collectivité. Par ailleurs, le service correctionnel du Canada s'efforce d'établir des liens avec les services de santé à l'extérieur pour assurer aux détenus atteints de troubles mentaux l'accès à des services de soutien spécialisés après leur libération afin d'éviter les interruptions dans les soins de santé mentale dont ils ont besoin.

En **Espagne**, une coordination est établie entre le programme PAIEM dispensé en milieu carcéral et le programme PUENTE, développé par les centres d'insertion sociale à la faveur des personnes en libération conditionnelle ou suivies en milieu ouvert. Le programme PUENTE, vise à coordonner les différentes administrations concernées afin que les personnes souffrant de troubles mentaux soient en mesure de poursuivre les soins nécessaires à leur état de santé hors de la prison. Là encore, ce programme est mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire.

3.2 La question de l'absence de consentement à l'hospitalisation et aux mesures de soins

La question de l'hospitalisation forcée peut se poser tant dans un cadre administratif que judiciaire. En ce qui concerne le cadre administratif, il s'agit d'hypothèses d'hospitalisation d'office (HO) de personnes mettant en péril la sécurité publique, qui sont prises en compte par toutes les législations. On peut citer l'exemple du droit allemand où une loi régit la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques de nature à mettre en péril la sécurité publique (loi dites d'internement – Unterbringungsgesetzen – ou lois sur les malades mentaux – Gesetzen für die psychisch Kranken).

S'agissant du cadre judiciaire, dans une majorité de pays, l'hospitalisation d'une personne sans son consentement est envisageable, lorsqu'elle est déclarée coupable d'avoir commis une infraction et qu'elle est atteinte d'un trouble mental. Ce sont les modalités d'hospitalisation sans consentement dans un cadre judiciaire (pour des personnes au sujet desquelles il existe un danger qu'elles commettent de nouvelles infractions à raison de ce trouble mental, éventuellement combiné à d'autres facteurs de risque) qui seront examinées plus en détail dans les développements suivants, ce qui englobera les personnes condamnées pénalement et les personnes déclarées irresponsables en raison de l'altération de leurs facultés mentales.

Dans l'ensemble des législations examinées, il est possible d'imposer une hospitalisation à certaines personnes détenues, atteintes d'un trouble mental. Les modalités de l'hospitalisation demeurent cependant variables, selon les pays.

– Dans un premier groupe de pays auquel appartient **l'Italie**, si l'autorité judiciaire peut imposer une hospitalisation à la personne détenue, celle-ci peut toutefois refuser les soins durant son séjour à l'hôpital.

_ Dans un second groupe de pays (majoritaires), l'hospitalisation et les soins sont imposés. C'est notamment le cas au **Royaume-Uni, en Allemagne, en Espagne, aux Pays-Bas et au Canada.**

_ Il existe aussi des systèmes intermédiaires. C'est le cas en particulier de la **Belgique** où il existe un modèle hybride d'internement psycho-légal à durée indéterminée, alliant soins et contrainte. Dans l'attente de la décision d'internement, la plupart des futurs internés passent par la prison où ils sont soumis à une période d'observation en annexe psychiatrique. En outre le système belge permet à l'interné de donner son avis sur l'évolution de son traitement : en fonction de l'évolution de l'état mental de la personne concernée, à sa demande (ou celle de son avocat) ou sur réquisition du parquet, la chambre de protection sociale peut décider d'adapter l'exécution de l'internement.

Ajoutons que l'obligation de soins peut également concerner, dans le cadre judiciaire, le milieu ouvert. **Aux Pays-Bas**, par exemple, les participants au *Penitentiair Programma* (programme pénitentiaire précité) ont l'obligation de suivre une ou plusieurs activités, pouvant inclure une obligation de soins portant sur une pathologie mentale.

Avant de présenter plus en détail les modalités d'hospitalisation sans consentement, par pays, précisons qu'il peut arriver que des législations rendent l'hospitalisation obligatoire pour certaines catégories de détenus et facultatives pour d'autres.

Par exemple, en **Allemagne**, il existe des établissements socio-thérapeutiques (sozialtherapeutische Anstalten) ou d'unités socio-thérapeutiques (sozialtherapeutische Einrichtungen) au sein de certaines prisons qui ont principalement vocation à accueillir les détenus reconnus coupables d'infractions graves de nature sexuelle ou d'atteintes graves aux personnes et condamnés à une peine supérieure à deux années d'emprisonnement. Les autres détenus peuvent également être accueillis dans de telles unités sur une base volontaire et avec l'accord de l'équipe dirigeante de l'unité.

On examinera plus en détails, les différents systèmes.

3.2.1 Hospitalisation d'office et droit de refuser les soins

En Italie, les traitements de soins obligatoires « Trattamenti Sanitari Obbligatorii », sans consentement du patient, sont prévus par la loi exclusivement en matière de troubles mentaux et pour certaines maladies infectieuses graves comportant un risque pour la santé publique.

Il revient à l'Autorité judiciaire la mission de prendre les décisions d'hospitalisation des personnes détenues. Si ces décisions ne sont pas subordonnées au consentement de l'intéressé, celui-ci pourra toutefois refuser les soins durant son séjour à l'hôpital.

3.2.2 Hospitalisation d'office et obligation de soins

Au Royaume-Uni, lorsqu'un délinquant souffre d'une forme définie de trouble mental, le tribunal peut ordonner son admission et sa détention à l'hôpital pour traitement. Le traitement psychiatrique sans accord du patient peut aller jusqu'à trois mois avant d'être réexaminé par le tribunal.

Aux Pays-Bas, en fonction de l'évaluation faite en détention, les détenus présentant des troubles de la personnalité graves ou des pathologies psychotiques peuvent être placés d'office en Centre Psychiatrique Pénitentiaire. Il existe 4 implantations, à Zaanstad, La Haye-Scheveningen, Vught et Zwolle.

En Allemagne, pour les cas les plus graves, les Länder ont prévu la possibilité d'une hospitalisation d'office complète des détenus présentant des troubles mentaux. La nature de cette hospitalisation est cependant variable selon les structures dont disposent les différentes administrations pénitentiaires et peut donc prendre la forme

- soit d'une hospitalisation dans un établissement pénitentiaire hospitalier comportant un service de psychiatrie (Rhénanie-du-Nord-Westphalie, Rhénanie-Palatinat, Bade-Wurtemberg, Saxe, Hesse, Bavière)

- Soit d'un accueil du détenu au sein d'un établissement psychiatrique fermé destiné aux personnes faisant l'objet d'une rétention de sûreté ou d'une hospitalisation d'office à la suite d'une décision judiciaire constatant leur irresponsabilité pénale (Schleswig-Holstein, Sarre, Brême)

- Soit, plus rarement, en cas d'urgence ou d'absence de lit disponible dans un des établissements précités, d'une hospitalisation dans un service de psychiatrie d'un hôpital public.

En Espagne, une personne atteinte de troubles mentaux peut être internée dans un centre socio-sanitaire de la communauté (équivalent de l'HO en France). La mesure d'internement d'office peut également être prise lorsqu'une personne libérée de prison et atteinte de troubles mentaux ne dispose pas d'un réseau social d'accueil ou de soutien.

Une fois placés dans un centre socio-sanitaire communautaire, les praticiens qui s'occupent de la personne détenue informent régulièrement le tribunal de la nécessité de maintenir la mesure d'hospitalisation sans consentement. Des rapports périodiques sont établis tous les six mois, à moins que le tribunal, eu égard à la nature du trouble ayant donné lieu à la détention, ne fixe une période plus courte.

Les personnes déclarées irresponsables pénalement peuvent être internées à titre de mesure de sûreté dans un centre psychiatrique pénitentiaire.

Au Canada, lorsque le détenu nécessite des soins en matière de santé mentale, il est incarcéré d'office dans un établissement spécifique, unité régionale de santé mentale, centre de traitement régional ou centres psychiatriques régionaux.

L'Institut Philippe-Pinel de Montréal déjà cité est un hôpital psychiatrique sécuritaire (il ne s'agit pas d'une prison) qui offre des traitements à des personnes atteintes d'une maladie mentale associée à des comportements violents et de la dangerosité. Certaines personnes sont admises sur un ordre de la Cour pour une évaluation de leur santé mentale. L'Institut offre ainsi un service d'expertise afin de déterminer, selon le cas, l'aptitude à comparaître, la responsabilité criminelle ou toute autre question jugée pertinente par la justice.

3.2.3 *Le système hybride (le modèle belge)*

Pour la prise en charge des auteurs d'infractions atteints de trouble mentaux, la Belgique a opté dès les années 1930 pour un modèle hybride d'internement psycho-légal, alliant soins et contrainte.

Les personnes internées sont prises en charge dans des établissements spécialisés, devant permettre de fournir à ces personnes une prise en charge psychiatrique plus poussée et plus adaptée que celles des annexes psychiatriques des établissements pénitentiaires.

En pratique, la situation est plus complexe. L'établissement de défense sociale n'est pas le seul lieu qui accueille des internés. L'enfermement effectif des internés commence généralement par le milieu carcéral. En l'attente de la décision d'internement, la plupart des futurs internés passent par la prison où ils sont soumis à une période d'observation en annexe psychiatrique. Un certain nombre d'entre eux y resteront par la suite, faute de places suffisantes en EDS.

4. STATISTIQUES

En Allemagne, une commission d'experts mandatés par le ministère de la justice du Land de Bade-Wurtemberg a estimé, sur la base de plusieurs études menées entre 2005 et 2010 dans différents établissements pénitentiaires, que la part de détenus présentant des troubles psychiques oscillait **entre 40 et 70% de l'ensemble de la population carcérale**.

La proportion de personnes en détention souffrant de troubles mentaux s'établit en toute hypothèse à un **niveau plus élevé que dans la population générale**. Les dernières statistiques disponibles à l'échelle de la République fédérale résultent de l'étude DEGS dont les conclusions ont été publiées en mai 2013. Cette étude, réalisée sur la période 2008-2011, évalue à 27,7% la part de la population adulte allemande présentant des troubles psychiques.

4.1 En Belgique

La Belgique comptait au **1er décembre 2017** :

- **3424** personnes placées sous le statut d'internement, c'est-à-dire auteur d'infractions pénales atteint d'un trouble mental ayant aboli ou gravement altéré leur discernement,
- 1939 en libération à l'essai,
- **862** dans le circuit dit de « soins réguliers »,
- **621** dans les annexes psychiatriques et sections de défense sociale du parc pénitentiaire,
- 12 en détention limitée,
- 2 sous surveillance électronique.

Au **30 mai 2018**, le nombre de ces internés placés dans les établissements pénitentiaires avait été ramené à **530** (182 dans les annexes psychiatriques et 368 dans les sections de défense sociale). Ces chiffres sont à rapporter à une population pénale globale d'environ **10 300** personnes à ce jour (qui n'inclut donc pas la totalité des internés, mais seulement ceux présents dans les ailes psychiatriques des prisons).

4.2 Aux Pays-Bas

L'évaluation de la proportion de détenus présentant des troubles mentaux est complexe.

On estime habituellement que 60% des détenus aux Pays-Bas présente à un degré ou un autre des troubles mentaux.

La computation est compliquée par deux facteurs :

- Le système pénitentiaire accueille certaines catégories de personnes ne relevant pas du droit pénal compte tenu de leurs pathologies, mais qui ne peuvent être accueillies compte tenu de leur dangerosité dans le milieu ouvert psychiatrique

- Le système pénitentiaire accueille également certaines catégories de personnes ne relevant plus du droit pénal mais faisant l'objet d'une rétention de sûreté

L'appréciation de la proportion de troubles mentaux graves peut être effectuée en rapprochant la capacité totale pénitentiaire néerlandaise (environ 11000 places, dont seules moins de 8500 sont occupées) du nombre de places spécifiquement destinées à l'accueil de détenus atteints de pathologies psychiatriques sévères (Centres psychiatriques pénitentiaires, PPC) : 676 places.

4.3 En Espagne

Selon l'Étude Européenne d'Épidémiologie des Troubles Mentaux (ESEMED), 8,4% de la population espagnole a présenté un trouble mental au cours des 12 derniers mois.

Les problèmes de santé mentale sont courants chez les personnes incarcérées. Des études (DGIP 2006, PRECA 2009, ESDIP 2016) indiquent qu'environ 30% des détenus ont été diagnostiqués avec un ou plusieurs troubles mentaux, avec un accent particulier sur les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et les troubles psychotiques.

4.4 Au Royaume-Uni

En 2016, sur une population d'environ 84.700 personnes détenues, environ 31.300 déclaraient souffrir d'un trouble mental ou d'une maladie psychiatrique soit environ 37% de la population carcérale de l'Angleterre. 7.900 environ d'entre eux reçoivent effectivement des soins (soit 25%) prodigués par le système de santé public anglais (National health service – NHS).

Pour l'année 2016-2017, le NHS estime qu'environ 400 millions de livres (soit environ 450 millions d'euros) ont été consacrés aux soins mentaux et physiques dans les prisons pour adultes en Angleterre.

4.5 En Italie

Il n'existe pas, pour les détenus, un système de signalement systématique au niveau national des pathologies relevées. Seules des études sur certaines parties de la population carcérale ont été menées.

5. ÉTUDE PAR PAYS

Seront reproduites ci-dessous les versions in extenso des contributions de nos magistrats de liaison en Allemagne, en Belgique, en Espagne, en Italie, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni.

5.1 En Allemagne

Remarques préliminaires :

- L'exécution des peines relève en Allemagne de la compétence des Länder, au nombre de 16, de telle sorte que les règles applicables à la prise en charge des personnes détenues souffrant de troubles mentaux varient d'un Land à un autre. Les éléments contenus dans cette note reposent sur les informations recueillies auprès des 10 Länder suivants : Bade-Wurtemberg, Basse-Saxe, Bavière, Brême, Hesse, Rhénanie du Nord-Westphalie, Rhénanie-Palatinat, Sarre, Saxe et Schleswig-Holstein.
- La présente note n'aborde que la problématique de la prise en charge des personnes en détention provisoire ou condamnées présentant des troubles mentaux, à l'exclusion des mesures qui peuvent être ordonnées à l'encontre des personnes déclarées pénalement irresponsables (internement dans un établissement psychiatrique) et de celles qui font l'objet d'une mesure de rétention de sûreté (Sicherungsverwahrung).

1) Part des personnes détenues souffrant de troubles mentaux et psychiatriques

Il n'existe pas de données statistiques fiables et récentes permettant d'appréhender de manière précise la prévalence des troubles mentaux au sein de la population carcérale allemande. Les ministères de la justice des différents Länder s'accordent néanmoins pour dire que le nombre de détenus présentant de tels troubles est élevé et en constante augmentation.

Une commission d'experts mandatés par le ministère de la justice du Land de Bade-Wurtemberg a estimé, sur la base de plusieurs études menées entre 2005 et 2010 dans différents établissements pénitentiaires, que la part de détenus présentant des troubles psychiques oscillait entre 40 et 70% de l'ensemble de la population carcérale.

Ce taux, relativement élevé, s'explique notamment par la méthode de recensement qui prend pour base la grille CIM 10¹¹⁹ qui range les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (dont l'alcool) parmi les troubles mentaux et du comportement.

La proportion de personnes en détention souffrant de troubles mentaux s'établit en toute hypothèse à un niveau plus élevé que dans la population générale. Les dernières statistiques disponibles à l'échelle de la République fédérale résultent de l'étude DEGS1¹²⁰ dont les conclusions ont été publiées en mai 2013. Cette étude, réalisée sur la période 2008-2011, évalue à 27,7% la part de la population adulte allemande présentant des troubles psychiques.

2) Modalités d'aménagements des peines fondées sur des motifs de soins psychiatriques

L'article 455 du code de procédure pénale allemand (Strafprozeßordnung – StPO) dispose que **l'exécution d'une peine peut être différée ou suspendue en raison d'une maladie mentale** de la personne condamnée ou si la mise à exécution ou la poursuite de l'exécution de la peine est de nature à créer un risque pour la vie du condamné en cas de maladie d'une autre nature. L'exécution peut également être suspendue si la personne condamnée contracte une maladie grave en détention qui ne peut ni être diagnostiquée ni soignée dans un établissement pénitentiaire ou dans un hôpital

119 Classification internationale des maladies

120 Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (Etude sur la santé des adultes en Allemagne)

pénitentiaire. Cette suspension de la peine ne peut cependant être envisagée si des raisons impérieuses, notamment liées à la sécurité publique, s'y opposent.

Cette mesure n'est cependant pas considérée comme une modalité d'aménagement de peine au sens du droit français (cf. art. 720-1-1 du code de procédure pénale).

L'octroi d'un aménagement de peine en Allemagne relève en principe de la compétence du directeur de l'établissement pénitentiaire, à l'exception de la libération conditionnelle qui doit, elle, être décidée par une juridiction.

Si un assouplissement des conditions de l'exécution de la peine, sous forme de « vacances » (Urlaub) ou de permission de sortir (Ausgang) est possible pour permettre à un détenu de bénéficier de soins psychiatriques, ces mesures ne sont pas exclusivement destinées aux détenus présentant des troubles mentaux et ne sont accordées que dans la mesure où elles sont de nature à favoriser la resocialisation du condamné et après appréciation d'autres critères, en particulier le risque d'évasion.

3) Modalités d'hospitalisation sans consentement et dispositions particulières s'appliquant éventuellement aux personnes détenues

L'hospitalisation d'une personne sans son consentement est envisageable en droit allemand dans trois cadres juridiques distincts :

- En premier lieu, en application des **dispositions du code civil** (bürgerliches Gesetzbuch – BGB) relatives à la tutelle des majeurs (art. 1906 BGB) ou à l'hospitalisation des mineurs (art. 1631b BGB) ;
- En second lieu, dans un **cadre administratif** à la demande de l'autorité publique compétente en vertu des législations adoptées dans chaque Land pour la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques de nature à mettre en péril la sécurité publique (loi dites d'internement – Unterbringungsgesetzen – ou lois sur les malades mentaux – Gesetzen für die psychisch Kranken) ;
- En dernier lieu, dans un **cadre pénal**, lorsque l'auteur d'une infraction est déclaré pénalement irresponsable en raison d'un trouble mental ayant aboli ou altéré son discernement (art. 63, 64 et 66 du code pénal) ou lorsqu'une peine est assortie d'une mesure de rétention de sûreté (Sicherheitsverwahrung).

Dans toutes les hypothèses précitées, la décision d'hospitaliser une personne contre sa volonté incombe à l'autorité judiciaire (juge des tutelles, juge aux affaires familiales ou juge pénal).

La procédure applicable aux hospitalisations prononcées dans un cadre civil ou administratif résulte des dispositions des articles 312 et suivants de la loi sur la procédure en matières familiale et non-contentieuse (Gesetz über das Verfahren in Familiensache und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit – FamFG). Cette loi énonce en particulier que la personne concernée par la mesure doit, sauf circonstances exceptionnelles, être entendue par le juge et que l'hospitalisation ne peut être ordonnée qu'après réalisation d'une expertise psychiatrique.

La durée de l'hospitalisation civile ou administrative ne peut en principe excéder une année, sauf à faire l'objet d'une décision de renouvellement qui ne peut intervenir qu'à l'issue d'une

nouvelle procédure dans le cadre de laquelle la personne hospitalisée doit être entendue et faire l'objet d'une nouvelle expertise psychiatrique.

En cas d'urgence, liée notamment à l'existence d'un danger soit pour la personne concernée, soit pour les autres, l'hospitalisation peut être ordonnée en référé pour une durée qui ne peut excéder six semaines, sauf renouvellement exprès.

L'hospitalisation sans consentement de personnes détenues dans des établissements hospitaliers psychiatriques ne relevant pas de l'administration pénitentiaire ne fait pas l'objet de dispositions particulières en droit allemand et répond à la procédure décrite ci-dessus. En cas d'hospitalisation dans un établissement extérieur, l'exécution de la peine est interrompue.

La prise en charge d'un détenu au sein d'un hôpital pénitentiaire (Justizvollzugskrankenhaus – JVKH) relève en revanche d'une décision conjointe du médecin de l'établissement pénitentiaire et de celui du JVKH.

4) Politiques mises en œuvre pour la prise en charge des personnes détenues affectées de troubles mentaux, les dispositifs en place et les bonnes pratiques

L'exécution des peines relevant de la compétence des Länder, il n'existe pas de politique fédérale pour la prise en charge des détenus présentant des troubles mentaux. Les dispositifs et pratiques varient ainsi d'un Land à un autre.

Il n'en demeure pas moins que certaines caractéristiques communes peuvent être mises en exergue.

La plupart des Länder ont mis en place un dispositif de soins des détenus atteints de troubles mentaux dont la nature et l'intensité varient selon la gravité de la situation.

Ainsi, tous des détenus ont accès à des **soins psychiatriques ambulatoires** en détention, prodigués soit par les médecins salariés des établissements pénitentiaires, soit par des médecins extérieurs qui interviennent au sein des prisons. Certains Länder consultés (Sarre, Rhénanie-du-Nord-Palatinat) ont indiqué que ces consultations pouvaient également avoir lieu à l'extérieur de la détention, les détenus étant alors conduits sur le lieu de leur consultation.

Il existe par ailleurs dans certains Länder des **structures intermédiaires** permettant de prendre en charge les détenus afin de permettre d'établir un diagnostic, de définir un protocole de traitement, de stabiliser l'état du détenu et de favoriser son retour dans le régime commun de la détention. Une telle structure a par exemple été mise en place au sein de l'établissement pénitentiaire de Neumünster (Schleswig-Holstein). Elle associe à la fois des agents de l'administration pénitentiaire et des intervenants extérieurs de la clinique universitaire du Schleswig-Holstein. De manière analogue, cinq établissements pénitentiaires de Basse-Saxe disposent d'unités de soins psychiatriques (psychiatrischer Schwerpunkt).

Enfin, pour les cas les plus graves, les Länder ont prévu la possibilité d'une **hospitalisation complète** des détenus présentant des troubles mentaux. La nature de cette hospitalisation est cependant variable selon les structures dont disposent les différentes administrations pénitentiaires et peut donc prendre la forme :

- soit d'une hospitalisation dans un établissement pénitentiaire hospitalier comportant un service de psychiatrie (Rhénanie-du-Nord-Westphalie, Rhénanie-Palatinat, Bade-Wurtemberg, Saxe, Hesse, Bavière)
- soit d'un accueil du détenu au sein d'un établissement psychiatrique fermé destiné aux personnes faisant l'objet d'une rétention de sûreté ou d'une hospitalisation d'office à la suite d'une décision judiciaire constatant leur irresponsabilité pénale (Schleswig-Holstein, Sarre, Brême)
- soit, plus rarement, en cas d'urgence ou d'absence de lit disponible dans un des établissements précités, d'une hospitalisation dans un service de psychiatrie d'un hôpital public.

Parallèlement à ces modalités de prise en charge, il convient également de souligner l'existence d'**établissements socio-thérapeutiques** (sozialtherapeutische Anstalten) ou d'unités socio-thérapeutiques (sozialtherapeutische Einrichtungen) au sein de certaines prisons qui ont principalement vocation à accueillir les détenus reconnus coupables d'infractions graves de nature sexuelle ou d'atteintes graves aux personnes et condamnés à une peine supérieure à deux années d'emprisonnement. Les autres détenus peuvent également être accueillis dans de telles unités sur une base volontaire et avec l'accord de l'équipe dirigeante de l'unité¹²¹.

Ces établissements socio-thérapeutiques sont des services dans lesquels les détenus font l'objet d'une prise en charge pluridisciplinaire par des psychologues, des éducateurs et des travailleurs sociaux afin de préparer leur réinsertion dans la société et de prévenir la récidive. Les détenus accueillis dans ces établissements ou unités sont séparés du reste de la population pénale et sont généralement hébergés au sein d'unités de vie (Wohngruppen) au sein desquelles sont regroupées les cellules, les salles de thérapie et les équipements communs (cuisine notamment).

Après une phase initiale d'évaluation (environ 6 mois), les détenus font l'objet d'une prise en charge pluridisciplinaire (en général d'une durée d'au moins 12 mois) dont l'objectif est de préparer à la libération, précédée le cas échéant d'aménagements de peine, et à la poursuite du traitement en dehors de l'établissement pénitentiaire.

Il existait en Allemagne, en 2011, environ 2.200 places, réparties sur 61 établissements et unités socio-thérapeutiques, dont plus de la moitié (54%) étaient occupées par des auteurs d'infractions sexuelles.

5.2 En Belgique

Pour la prise en charge des auteurs d'infractions atteints de trouble mentaux, la Belgique a opté dès les années 1930 pour un modèle hybride **d'internement psycho-légal**, alliant soins et contrainte. Il est fondé sur le prononcé par les autorités judiciaires de mesures d'internement qui ne sont pas des peines, mais des **mesures de sûreté**, selon une approche dite de « **défense sociale** ». Fondée sur la notion de dangerosité des personnes concernées, la mesure d'internement a une durée a priori indéterminée, mais a vocation à être aménagée ou supprimée en fonction de l'évolution de l'état mental de l'interné. Elle peut, le cas échéant, être exécutée concurremment avec une peine d'emprisonnement.

¹²¹ Les conditions d'éligibilité à une prise en charge dans les établissements socio-thérapeutiques peuvent néanmoins varier d'un Land à un autre, ces conditions résultant de la loi relative à l'exécution des peines de chaque Land.

Ce modèle a conduit à des **dérives qui ont été largement dénoncées**, y compris dans les médias, par exemple concernant les conditions d'internement au sein de l'établissement de défense sociale de Paifve, critiqué pour avoir une approche avant tout carcérale¹²² ou encore sur les conditions de prise en charge à l'annexe psychiatrique de la prison de Forest, qui a donné lieu à un reportage de la RTBF intitulé « La Nef des Fous »¹²³. Certains médecins psychiatres appellent toutefois dans les revues spécialisées à nuancer le constat.¹²⁴

Il n'en demeure pas moins que la **Cour européenne des Droit de l'Homme a rendu en septembre 2016 un « arrêt pilote »** par lequel elle a jugé que la détention de délinquants souffrant de troubles mentaux dans un **milieu carcéral inadapté à leurs besoins thérapeutiques** constituait **un problème structurel** en Belgique, contraire à la Convention EDH (cf. pièce jointe). Ce n'est donc pas le modèle de l'internement existant en Belgique en tant que tel qui a été sanctionné, mais les modalités de l'exécution de cette mesure en milieu pénitentiaire.

Le Comité de Prévention de la Torture du Conseil de l'Europe a également adressé se sévères critiques à la Belgique pour la prise en charge des internés. Depuis lors, le gouvernement fédéral s'est attaché à :

- faire évoluer le cadre juridique de l'internement : ce fut fait par l'adoption de la **loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes, entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2016**¹²⁵ ;
- réduire aussi rapidement que possible le nombre, et à terme mettre fin au placement des d'internés dans les **sections psychiatriques des prisons**.

1. Part des personnes détenues souffrant de troubles mentaux et psychiatriques

Selon les chiffres fournis par la direction générales des établissements pénitentiaires du service Public Fédéral (ministère de la) Justice, et communiqués par le ministre de Justice au Parlement fédéral en réponse à une récente question écrite, la Belgique comptait au **1er décembre 2017** :

- **3424** personnes placées sous le statut d'internement, c'est-à-dire auteur d'infractions pénales atteint d'un trouble mental ayant aboli ou gravement altéré leur discernement,
- 1939 en libération à l'essai,
- **862** dans le circuit dit de « soins réguliers »,
- **621** dans les annexes psychiatriques et sections de défense sociale du parc pénitentiaire,
- 12 en détention limitée,
- 2 sous surveillance électronique.

Au **30 mai 2018**, le nombre de ces internés placés dans les établissements pénitentiaires avait été ramené à **530** (182 dans les annexes psychiatriques et 368 dans les sections de défense sociale). Pour comparaison, ce chiffre était encore de 1139 personnes en 2013, antérieurement à l'arrêt pilote rendu par la Cour EDH.

Ces chiffres sont à rapporter à une population pénale globale d'environ **10 300** personnes à ce jour (qui n'inclut donc pas la totalité des internés, mais seulement ceux présents dans les ailes psychiatriques des prisons).¹²⁶

¹²²https://justice.belgium.be/fr/themes_et_dossiers/prisons/prisons_belges/prisons/plus_d_infos/paifve

¹²³https://www.rtbef.be/tv/thematique/documentaire/detail_la-nef-des-fous-inedit-coproduit-par-la-rtbf?id=8929321

¹²⁴<http://www.lejournaldumedecin.com/actualite/les-annexes-psychiatriques-des-prisons-meritent-une-analyse-nuancee/article-longread-27529.html>

¹²⁵http://www.etaamb.be/fr/loi-du-05-mai-2014_n2014009316.html

¹²⁶ Population globale en Belgique : 11,4 millions d'habitants

Selon des chiffres collectés pour l'année 2010, **38%** des détenus en Belgique utilisaient régulièrement au moins un produit psychotrope (antidépresseur, neuroleptique), contre 6,8 % de la population globale.

2. Modalités d'hospitalisation sans consentement et dispositions particulières s'appliquant aux personnes détenues

En vertu de la loi du 5 mai 2014 précitée (entrée en vigueur en octobre 2016), sont susceptibles de faire l'objet d'un internement :

- les personnes ayant commis **un crime ou un délit** puni d'une peine d'emprisonnement
- qui, au moment du jugement, sont atteintes d'un **trouble mental** ayant aboli ou gravement altéré leur discernement,
- et pour lesquelles il existe un **danger** qu'elles commettent de nouvelles infractions à raison de ce trouble mental, éventuellement combiné à d'autres facteurs de risque.

Cette mesure n'est pas l'équivalent de l'hospitalisation d'office prononcée dans un cadre administratif puisque la condition préalable est la constatation et la poursuite d'une infraction pénale, et que **la seule autorité décisionnaire est une autorité judiciaire**. En l'espèce, il peut s'agir des **juridictions d'instruction** ou des **juridictions de jugement**.

La loi du 5 mai 2014 est en outre fondée sur les principes suivants :

- le recours obligatoire et préalable à une **expertise psychiatrique** ou psychologique médicolégale,
- le **droit de l'interné à recevoir des soins adaptés** à son état, selon un parcours de soins, est inscrit dans la loi,
- la possibilité pour les **victimes** de l'infraction d'être informées de la mise en œuvre de la mesure d'internement et de son adaptation, et de faire valoir leurs demandes à cet égard,
- les décisions relatives à la mise en œuvre et à l'aménagement de la mesure d'internement relèvent d'une nouvelle « **chambre de protection sociale** », qui est une chambre du tribunal de l'application des peines exclusivement compétente en cette matière. Elle présidée par un magistrat professionnel assisté de deux assesseurs, juges non professionnels, dont l'un est spécialisé en matière de réinsertion sociale, et l'autre en matière de psychologie clinique.

La nouvelle législation (comme celle de 1930) pose un principe de prise en charge des personnes internées dans **des établissements spécialisés**, devant permettre de fournir à ces personnes une prise en charge psychiatrique plus poussée et plus adaptée que celles des annexes psychiatriques des établissements pénitentiaires. On compte actuellement en Belgique **7 établissements de défense sociale (EDS)** et **centres de psychiatrie légaux (CPS)**. Le gouvernement fédéral prévoit d'en faire ouvrir trois nouveaux d'ici 2022.

En pratique, la situation est plus complexe. L'établissement de défense sociale n'est pas le seul lieu qui accueille des internés. **L'enfermement effectif des internés commence généralement par le milieu carcéral**. En l'attente de la décision d'internement, la plupart des futurs internés passent par la prison où ils sont soumis à une période d'observation en annexe psychiatrique. Un certain nombre d'entre eux y resteront par la suite, faute de places suffisantes en EDS.

Des projets pilotes de « **trajets de soins pour patients internés** » (TSI) ont été développés à Bruxelles et en Wallonie. Pour chacun de ces trajets, un réseau de soin est constitué entre un hôpital psychiatrique, une maison de soins psychiatriques, une initiative d'habitations protégées et une unité d'*outreaching*. L'organisation des soins à l'intérieur de chaque réseau est assurée par un coordinateur. Pour assurer la coordination entre les réseaux et l'ensemble du champ de la santé mentale, **chaque zone dépendant d'une cour d'appel dispose d'un coordinateur « justice » et d'un coordinateur « santé »**. L'objectif de cette organisation en réseaux consiste à optimiser les soins dispensés aux personnes internées et à favoriser leur réinsertion sociale. La collaboration avec le secteur de la justice passe par le rôle des Maisons de Justice et des assistants de justice, équivalent approximatif des SPIP et CPIP, qui dépendent des Communautés francophone et néerlandophone.

Au demeurant, les récentes évolutions de la législation belge, bien que saluées par le CPT, restent soumises à une grande vigilance de sa part :

« Le CPT accueille favorablement la réforme du système d'internement, qui vise, à terme, une meilleure prise en charge des personnes concernées dans des établissements spécialisés. Il souligne à ce propos l'avancée incontestable représentée par l'approche thérapeutique et les moyens mis à dispositions au Centre de psychiatrie légale de Gand, premier établissement de cette nature en Belgique. Néanmoins, en ce qui concerne les structures psychiatriques pénitentiaires, elles souffraient de problèmes systémiques bien connus tels que le manque cruel de personnel, une prise en charge limitée au traitement pharmacologique et une gestion insatisfaisante des urgences psychiatriques. L'annexe psychiatrique de la prison de Lantin fut l'illustration la plus alarmante de cette situation. »

3. Modalités d'aménagement de peines fondées sur des motifs de soins psychiatriques

En fonction de l'évolution de l'état mental de la personne concernée, à sa demande (ou celle de son avocat) ou sur réquisition du parquet, la chambre de protection sociale peut décider d'adapter l'exécution de l'internement selon les modalités suivantes (art. 19 et suivants de la loi du 5 mai 2014) :

- la **permission de sortie**, pour une durée qui ne peut excéder 16 heures,
- le **congé pénitentiaire**, compris entre 1 et 7 jours par mois,
- la **détention limitée**, qui permet à l'interné de quitter le milieu fermé quotidiennement, pour une durée maximale de 14 heures par jour,
- le placement sous **surveillance électronique**,
- la **libération à l'essai**, sorte de « libération conditionnelle » permettant à l'interné de suivre son trajet de soins en mode ambulatoire, dont la mise en œuvre est déléguée en Belgique aux Maisons de justice,
- la **libération anticipée** en vue de l'éloignement du territoire ou de la remise.

À chaque modalité d'adaptation de l'internement correspondent des conditions de fond et de procédure qui varient en fonction de leur durée et de « l'assouplissement » de l'internement qu'elles engendrent.

Il est à noter que ces modalités d'aménagement de l'internement renvoient très largement aux mêmes dispositifs que ceux applicables à l'aménagement des peines, ce qui peut contribuer à créer une confusion entre ces deux statuts.

Cependant, la loi de 2014 affirme la spécificité de l'internement en créant la chambre de protection sociale et en mettant en avant la notion de parcours de soin, qui doit **en principe** avoir pour objectif finale d'**orienter l'interné vers le circuit « classique » des soins psychiatriques**. La loi prévoit à cet égard la conclusion d'accords de **partenariat public-privé** qui doit permettre d'agréer des structures de soins privées pour accueillir les personnes internées. Comme le montrent les récents échanges entre le parlement et le gouvernement fédéral, la conclusion de ces accords tarde à être menée à bien.

5.3 En Espagne

1) d'un point de vue quantitatif : Part des personnes détenues souffrant de troubles mentaux et psychiatriques (en relation avec la proportion de personnes dans la population générale souffrant de ces mêmes pathologies)

En ce qui concerne la population générale, la Stratégie de Santé Mentale du Système National de Santé du Ministère de la Santé indique que selon l'Étude Européenne d'Épidémiologie des Troubles Mentaux (ESEMED), 8,4% de la population espagnole a présenté un trouble mental au cours des 12 derniers mois.

Les problèmes de santé mentale sont courants chez les personnes incarcérées. Des études (DGIP 2006, PRECA 2009, ESDIP 2016) indiquent qu'environ 30% des détenus ont été diagnostiqués avec un ou plusieurs troubles mentaux, avec un accent particulier sur les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et les troubles psychotiques. La consommation de médicaments est fréquente chez ces personnes, configurant dans ces cas deux troubles, la double pathologie.

1.1 Troubles mentaux graves

Pour les différencier des troubles mentaux courants (plus fréquents et, en règle générale, moins invalidants), les troubles mentaux graves (TMG) se caractérisent par une gravité clinique accrue (y compris les troubles psychotiques, les troubles bipolaires et certains troubles de la personnalité), une durée de la maladie et du traitement supérieure à deux ans et une incapacité importante avec dysfonction grave du fonctionnement social durant le mois passé. La Stratégie en matière de santé mentale du système national de santé, ministère de la Santé 2007, indique qu'il existe un large consensus sur le fait que les TGM touchent 2,5 à 3 % de la population adulte. Dans la population espagnole incluse dans l'étude ESEMED, on a conclu que la fréquence de la schizophrénie et des troubles connexes serait d'environ 7 pour 1 000. La plupart des études donnent des chiffres de prévalence du trouble bipolaire de l'ordre de 0,5%-1%.

Dans les prisons, on estime qu'environ 3 % de la population carcérale totale souffre d'un TMG.

1.2. Soins aux détenus atteints de troubles mentaux

Cette section décrit les soins reçus par les détenus souffrant de troubles mentaux dans deux types d'établissements pénitentiaires, les centres pénitentiaires et les hôpitaux psychiatriques pénitentiaires.

a) Soins psychiatriques dans les prisons

Les établissements pénitentiaires accueillent les détenus condamnés (avec condamnation) classés comme ordinaires ou isolés, ainsi que les détenus en détention provisoire ou préventive.

Dans certaines prisons, il y a également des détenus soumis à des mesures de sécurité (voir ci-dessous), avec une assistance similaire à celle fournie dans les hôpitaux psychiatriques des prisons (voir ci-dessous).

Les soins psychiatriques de la population carcérale dans les centres pénitentiaires sont dispensés par des psychiatres fonctionnaires des établissements pénitentiaires dans plusieurs centres pénitentiaires de Madrid et dans les autres centres par des spécialistes en psychiatrie consultative, dans les centres ou dans les hôpitaux de référence.

En règle générale, les détenus ayant des problèmes de santé mentale participent avec le reste de la population carcérale à des activités (éducatives, sportives, professionnelles, professionnelles).

Programmes PAIEM et PUENTE

Les détenus atteints de TMG sont inclus dans un programme spécifique dans les prisons, le PAIEM (Programme for the Comprehensive Care of the Mentally Ill). Actuellement, 4,3% de la population interne est incluse dans le PAIEM. Dans chaque centre pénitentiaire, le PAIEM est développé par une équipe multidisciplinaire composée de médecins, psychologues, éducateurs, infirmières et travailleurs sociaux, ainsi que d'enseignants, moniteurs professionnels, moniteurs sportifs, agents de surveillance intérieure, pédagogues, sociologues, juristes, etc. La collaboration des organisations non gouvernementales (ONG) est essentielle, car les entités du troisième secteur jouent un rôle clé dans l'ensemble du processus de rétablissement de ces personnes et en particulier dans leur réinsertion dans la société.

PAIEM couvre trois domaines clés interdépendants : les soins cliniques, la réadaptation et la réinsertion sociale.

Les soins cliniques sont dispensés par les équipes de soins de santé primaires des établissements, les psychiatres consultants et les services autonomes de santé mentale correspondants.

Les objectifs essentiels des activités de réadaptation sont de remédier aux incapacités, de compenser les incapacités et d'assurer la plus grande autonomie possible aux détenus atteints de maladie mentale, dans la mesure de leurs capacités. Par conséquent, les activités de réadaptation touchent les principaux domaines suivants : auto soins, autonomie personnelle, maîtrise de soi, relations interpersonnelles, fonctionnement cognitif et adhésion au traitement pharmacologique.

L'un des principaux objectifs est d'optimiser la réincorporation sociale et l'orientation appropriée vers une ressource socio-sanitaire communautaire. À cette fin, par le biais d'activités de réinsertion sociale, l'objectif est de préparer la libération de ces personnes, afin d'obtenir une réinsertion sociale effective, en établissant des contacts préalables avec la famille, les centres socio-sanitaires communautaires et les institutions et entités hôtes.

Dans le même but, une coordination est établie entre le programme PAIEM de la prison et le programme PUENTE du centre d'insertion sociale (CIS) pour les détenus en liberté provisoire ou conditionnelle. L'objectif principal de ce programme de passerelle de médiation sociale développé dans le CIS est de coordonner les différentes administrations concernées afin que la personne souffrant de troubles mentaux, à qui incombe une certaine responsabilité judiciaire, dispose de toutes les ressources auxquelles elle a droit pour poursuivre son rétablissement hors de l'institution

pénitentiaire. Le programme PUENTE dispose pour son exécution d'une équipe multidisciplinaire dans laquelle les entités du secteur tiers jouent un rôle fondamental.

b) Soins psychiatriques dans les hôpitaux psychiatriques pénitentiaires

Les hôpitaux psychiatriques pénitentiaires accueillent les personnes condamnées par le juge à des mesures de sécurité (voir ci-dessous les caractéristiques juridiques, le nombre et la capacité), appliquées aux personnes déclarées exemptes de responsabilité pénale, car au moment de la commission de l'infraction pénale, en raison de toute anomalie ou perturbation mentale, elles ne pouvaient comprendre l'illégalité de l'acte ou agir conformément à cette interprétation.

Ces établissements disposent d'équipes multidisciplinaires, composées de psychiatres, de psychologues, de médecins généralistes, d'infirmières et de travailleurs sociaux, afin de fournir l'assistance spécialisée requise par les patients qui y sont hospitalisés. Ils disposent également des professionnels et du personnel auxiliaire nécessaires à la mise en œuvre des programmes de réadaptation. L'équipe multidisciplinaire réalise tous les six mois le diagnostic, le programme de réadaptation et le rapport sur la nécessité de maintenir la mesure de sécurité carcérale, d'y mettre fin ou de la remplacer par un autre type de mesure pénale, rapport qui est transmis au Procureur général et au juge de la surveillance pénitentiaire, qui le transmet au tribunal de jugement.

2) d'un point de vue juridique :

- existence de modalités d'aménagements des peines fondées sur des motifs de soins psychiatriques ;

- Modalités d'hospitalisation sans consentement et dispositions particulières s'appliquant éventuellement aux personnes détenues.

2.1 Système de sanctions fondé sur les soins psychiatriques : Mesures de sécurité pour les personnes atteintes de troubles mentaux.

2.1.1 : Le tribunal appréciera l'existence ou non de troubles mentaux afin d'imposer, pour une action pénale, la mesure de sécurité dans le premier cas et la peine dans le second cas.

Les mesures de sécurité sont régies par le Code pénal, loi organique 10/1995, du 23 novembre. (art. 95) sont appliquées par la Cour aux personnes déclarées exonérées de responsabilité pénale, conformément à l'art. 20 : toute personne, au moment de la commission de l'infraction pénale, qui, en raison d'une anomalie ou d'une altération psychique, ne pouvait comprendre l'illicéité de l'acte commis, sous certaines conditions :

a) Que le sujet a commis un acte prévu comme un crime.

b) Que l'on puisse déduire du fait et des circonstances personnelles du sujet une prévision de comportement futur qui révèle la probabilité de commettre de nouveaux crimes (réitération possible).

2.1.2 : Les mesures de sécurité sont soit privatives de liberté soit non privatives de liberté (art. 96) :

a) mesures privatives de liberté :

* 1ère admission dans un centre psychiatrique adapté au type d'anomalie ou d'altération psychique.

* L'internement en centre spécialisé.

S'agissant de cette modalité : la détention dans un établissement psychiatrique ne peut excéder la durée de la privation de liberté si le sujet a été déclaré responsable et, à cette fin, le juge ou le tribunal fixe cette limite maximale dans la peine.

Dans certains cas, la mesure de sécurité consistant en l'internement dans un centre psychiatrique est exécutée dans un centre psychiatrique de la communauté autonome correspondante, tandis que dans de nombreux autres cas, pour diverses raisons, cette admission est effectuée dans un hôpital psychiatrique pénitentiaire, et parfois aussi dans des centres pénitentiaires.

Selon l'administration générale de l'État, il existe deux hôpitaux psychiatriques pénitentiaires : celui d'Alicante, qui compte actuellement 230 hommes et 26 femmes, et celui de Séville, qui compte 161 hommes. Il y a 119 hommes et 7 femmes qui sont actuellement soumis à des mesures de sécurité dans les prisons.

Dans les centres pénitentiaires et hospitaliers dépendant de l'Administration de la Generalitat de Catalogne, qui a transféré ses compétences en matière pénitentiaire, on compte 46 hommes et 4 femmes soumis à des mesures de sécurité.

Au total, 593 personnes (556 hommes et 37 femmes) sont soumises à des mesures de sécurité dans les prisons, soit 1% de la population carcérale espagnole totale.

Le processus juridique et la prise en charge des patients ayant des mesures de sécurité dans les hôpitaux psychiatriques pénitentiaires et les prisons sont régis par diverses lois et réglementations :

- Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria
- Règlement pénitentiaire, R.D. 190/1996, du 9 février.
- Loi 14/1986, du 25 avril, sur la santé générale
- Loi 41/2002, du 14 novembre, qui réglemente l'autonomie et les droits et obligations des patients en matière d'information et de documentation cliniques.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección Datos de Carácter Personal.

2.2 Modalités d'hospitalisation sans consentement et dispositions spéciales aux détenus.

Cette section décrit le placement d'office et les alternatives à la prison.

a) *Internement involontaire d'une personne atteinte de troubles mentaux dans un centre socio-sanitaire de la communauté* (équivalent de l'HO en France)

La détention involontaire ne se déduit pas d'une infraction pénale, mais du critère de dangerosité de l'individu. Elle n'est conçue que dans le cas où le patient, en raison de ses troubles

mentaux, représente un danger grave pour lui-même ou une autre personne, ou dans le cas où l'absence d'hospitalisation entraîne, en raison de la gravité de la maladie, la détérioration du patient ou son absence totale de traitement.

Cette mesure est également prise lorsqu'une personne libérée de prison, ayant purgé une peine ou une mesure, présente les conditions ci-dessus et ne dispose pas d'un réseau social d'accueil ou de soutien.

La loi 1/2000, du 7 janvier, relative à la procédure civile, régit cette mesure au moyen des articles 756 et suivants. En particulier, l'article 763, relatif à l'internement d'office pour cause de troubles mentaux, stipule qu'une autorisation judiciaire sera requise. Le médecin légiste, le procureur et l'avocat de la défense du patient interviennent. Une fois placés dans un centre socio-sanitaire communautaire, les praticiens qui s'occupent de la personne détenue informent régulièrement le tribunal de la nécessité de maintenir la mesure. Des rapports périodiques sont établis tous les six mois, à moins que le tribunal, eu égard à la nature du trouble ayant donné lieu à la détention, ne fixe une période plus courte. Le médecin interné peut donner congé au patient, s'il le juge nécessaire, en le communiquant au juge.

b) Mesures alternatives (dites « de rechange »)

Elles s'appliquent aux infractions criminelles.

Les peines et mesures de substitution à l'emprisonnement visent à éviter les effets désocialisants des peines privatives de liberté, de l'emprisonnement et, d'une manière ou d'une autre, à permettre à la personne condamnée de réparer le préjudice causé à la société par cette même société.

Elles sont régies par l'article 49 du Code pénal et le décret royal 840/2011, du 17 juin, qui fixe les conditions dans lesquelles sont appliquées les peines de travail au profit de la collectivité et le placement permanent dans une prison, certaines mesures de sécurité, ainsi que la suspension de l'exécution des peines privatives de liberté et la substitution des peines.

Les détenus classés dans cette catégorie peuvent être obligés à travailler au bénéfice de la communauté. En Espagne, ce travail au profit de la Communauté est une déchéance de droits et nécessite le consentement du détenu. Mais le travail lui-même est proposé par l'administration de l'Etat, régionale ou locale. Les établissements pénitentiaires supervisent leurs actions (Service des peines et mesures alternatives du CIS), il s'agit d'une activité complémentaire non rémunérée qui ne remplace pas l'emploi et le détenu peut participer à des programmes thérapeutiques, de formation, de sécurité routière, etc. L'exécution de la peine de travail au profit de la communauté s'effectue par l'exécution de tâches d'utilité publique ou par la participation du détenu à des ateliers ou la réalisation de programmes au profit de la communauté.

c) En cas de condamnation avec sursis, les juges peuvent suspendre l'exécution des peines privatives de liberté pour une durée maximale de deux ans (cinq ans en cas de toxicomanie). La suspension de l'exécution de la peine est toujours conditionnée par le fait que la personne ne commet pas d'infraction dans le délai fixé par le juge.

d) Dans le cas de substitution d'une peine, les juges peuvent décider de remplacer par une amende ou un travail d'intérêt général, une peine d'emprisonnement ne dépassant pas deux ans.

5.4 . En Italie

- d'un point de vue quantitatif :

Part des personnes détenues souffrant de troubles mentaux et psychiatriques (en relation avec la proportion de personnes dans la population générale souffrant de ces mêmes pathologies)

Les soins fournis aux détenus relèvent depuis 2008 de la compétence du Système de santé et non plus du Ministère de la Justice (cf infra). Le responsable des détenus au sein de la DAP indique qu'il n'existe pas, pour les détenus, un système de signalement systématique au niveau national des pathologies relevées. Seules des études sur certaines parties de la population carcérale ont été menées¹²⁷ :

- d'un point de vue juridique :

- existence de modalités d'aménagements des peines fondées sur des motifs de soins psychiatriques :

L'un des objectifs assignés à l'Administration pénitentiaire est d'assurer l'exécution des condamnations à des peines privatives de liberté en respectant le droit à la santé. Ceci a conduit la DAP à mettre en place des actions dans les domaines des soins, du comportement et de la sécurité au travers de parcours progressifs pour le traitement des pathologies mentales.

Ainsi, chaque établissement pénitentiaire dispose désormais de la présence d'un psychiatre ou d'un service psychiatrique adapté à la typologie de l'établissement et aux besoins de santé présentés par la population carcérale présente.

Il s'agit d'identifier, si possible dès l'arrivée en prison, les personnes souffrant de troubles, et présentant une pathologie psychiatrique ou un risque suicidaire, pour pouvoir immédiatement mettre en œuvre des actions de soutien et convenir avec l'Agence locale de santé des interventions sanitaires, sociales, psychologiques, éducatives, culturelles et d'information dont le détenu pourra bénéficier au sein du milieu carcéral en cherchant à assurer une continuité avec les traitements antérieurs suivis à l'extérieur et ceux qui seront décidés ensuite pour sa réinsertion.

Est actuellement en phase avancée, dans au moins un établissement pénitentiaire par région, la création de pôles psychiatriques régionaux dénommés « Structures pour la Protection de la Santé Mentale » (Articolazioni per la Tutela della Salute Mentale – ATSM) pour les soins et le diagnostic de troubles psychiques pour les prévenus et les condamnés. **Il s'agit de permettre à l'Autorité judiciaire de prendre les éventuelles mesures destinées à hospitaliser ces détenus dans des structures dotées d'un service psychiatrique renforcé**, à l'intérieur de l'administration pénitentiaire ou à l'extérieur.

Les ATSM assurent :

- l'accueil et la prise en charge des troubles mentaux des personnes détenues ;
- l'hospitalisation et les soins des personnes présentant une "infirmité psychique" survenue au cours de la détention (exemple article 148 Code pénal) ou condamnées à des peines réduites en raison d'une altération mentale (art. 111, alinéa 5 et 7 du Décret du Président de la République 230/2000);
- le diagnostic « d'infirmité psychique » (art. 112 du Décret présidentiel 230/2000).

¹²⁷ <https://www.ars.toscana.it/aree-d'intervento/la-salute-di/detenuti/dati-e-statistiche/1862-progetto-ccm-2012-lo-stato-di-salute-dei-detenuti-degli-istituti-penitenziari-di-6-regioni-italiane-un-modello-sperimentale-di-monitoraggio-dello-stato-di-salute-e-di-prevenzione-dei-tentativi-suicidari-giugno-2013.html>

Un service de prévention et de traitement psychiatrique destiné à éviter ou à réduire le malaise en détention est mis en place. Il veillera également à mettre en œuvre les mesures de sécurité qui s'appliqueront dans les Résidences pour les Mesures de Sécurité.

Sur la question de la prévention des suicides en prison, en 2012, la DAP a participé à l'élaboration d'un Accord ratifié par la Conférence Unifiée Etat-Régions, qui recommande l'action conjointe entre l'institution pénitentiaire et l'institution sanitaire et prévoit dans chaque région l'élaboration d'un programme opérationnel de prévention du risque d'automutilation et de suicide, en tenant compte des indications de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Ce document met l'accent sur l'interaction entre l'individu et l'environnement. Il liste une série de mesures en matière de prévention du suicide telles que la personnalisation du traitement, le travail interdisciplinaire, l'amélioration de la communication entre les agents, les détenus et le personnel ainsi que la création de réseaux d'écoute et de soutien qui utilisent toutes les ressources disponibles, formels et informelles.

La DAP a en outre établi un Plan National pour la prévention des conduites suicidaires en milieu pénitentiaire pour accroître le niveau de vigilance des différents acteurs impliqués dans le suivi et dans la connaissance des personnes détenues.

Au cours du mois de juillet 2017, ce plan national a été ratifié par la Conférence Unifiée Etat-Régions pour le mettre en œuvre.

- Modalités d'hospitalisation sans consentement et dispositions particulières s'appliquant éventuellement aux personnes détenues.

Aux termes de la loi italienne, il **revient à l'Autorité judiciaire la mission de prendre les décisions d'hospitalisation des personnes détenues**. Ces décisions ne sont pas subordonnées au consentement de l'intéressé qui pourra toutefois refuser les soins durant son séjour à l'hôpital.

Les traitements de soins obligatoires « Trattamenti Sanitari Obbligatori », sans consentement du patient, sont prévus par la loi exclusivement en matière de troubles mentaux et pour certaines maladies infectieuses graves comportant un risque pour la santé publique.

- politiques mises en œuvre pour la prise en charge des personnes détenues affectées de troubles mentaux, les dispositifs en place et les bonnes pratiques.

Depuis 2008, la prise en charge sanitaire des personnes détenues, dont la question des soins pour pathologie mentale, relève de la compétence non plus du Ministère de la Justice mais du Système National de Santé qui assure la protection de la santé à l'intérieur des établissements pénitentiaires par l'intermédiaire des Régions et des Agences locales de Santé.

S'agissant de personnes détenues, le Ministère de la Justice demeure toutefois évidemment associé à cette prise en charge dans le cadre d'accords de collaboration signés entre l'Administration pénitentiaire, les Régions et les Agences locales de Santé. La signature de tel accord se fait « en cascade », c'est-à-dire se déclinant depuis le niveau national, puis au niveau régional et enfin au niveau local.

5.5 . Aux Pays-Bas

L'évaluation de la proportion de détenus présentant des troubles mentaux est complexe.

On estime habituellement que 60% des détenus aux Pays-Bas présente à un degré ou un autre des troubles mentaux.

La computation est compliquée par deux facteurs :

- Le système pénitentiaire accueille certaines catégories de personnes ne relevant pas du droit pénal compte tenu de leurs pathologies, mais qui ne peuvent être accueillies compte tenu de leur dangerosité dans le milieu ouvert psychiatrique (Voir PPC)
- Le système pénitentiaire accueille également certaines catégories de personnes ne relevant plus du droit pénal mais faisant l'objet d'une rétention de sûreté (Voir TBS)

L'appréciation de la proportion de troubles mentaux graves peut être effectuée en rapprochant la capacité totale pénitentiaire néerlandaise (environ 11000 places, dont seules moins de 8500 sont occupées) du nombre de places spécifiquement destinées à l'accueil de détenus atteints de pathologies psychiatriques sévères (Centres psychiatriques pénitentiaires, PPC) : 676 places.

- d'un point de vue juridique :
 - existence de modalités d'aménagements des peines fondées sur des motifs de soins psychiatriques ;
 - Modalités d'hospitalisation sans consentement et dispositions particulières s'appliquant éventuellement aux personnes détenues.

GGZ

Les détenus présentant des pathologies psychiatriques peuvent être placés à l'extérieur dans un centre de santé mentale (GGZ).

PPC

En fonction de l'évaluation faite en détention, les détenus présentant des troubles de la personnalité graves ou des pathologies psychotiques peuvent être placés d'office en Centre Psychiatrique Pénitentiaire.

Il existe 4 implantations, à Zaanstad, La Haye-Scheveningen, Vught et Zwolle.

Ces centres accueillent des personnes ne relevant pas toutes du circuit pénal, certaines y sont dirigées compte tenu de leurs pathologies, en provenance d'un établissement de peine, d'un bureau de police, d'une maison d'arrêt ou d'un hôpital psychiatrique.

TBS

Par ailleurs, certains détenus atteints de pathologies psychiatriques peuvent avoir été condamnés à une peine combinant l'emprisonnement et la TBS, dans les cas de discernement altéré.

TBS, pour Terbeschikkingstelling (Mise à disposition), recouvre un ensemble de dispositifs destinés à prévenir la récidive par la prise en compte des pathologies dont est atteint le condamné.

Il existe deux sortes de TBS :

- TBS avec obligation de soins
- TBS avec conditions

Dans le premier cas, le condamné est admis dans une clinique TBS. Dans le second cas, le juge impose des conditions qui peuvent inclure l'obligation de suivre un traitement. (Une obligation de soins peut également être imposée dans le cadre d'un SME).

La TBS peut être prononcée en accompagnement d'une peine d'emprisonnement.

Dans ce cas, le placement dans une clinique TBS intervient après l'exécution de deux tiers de la peine.

Les condamnés sous TBS sont traités en clinique afin de réduire le risque de récidive.

Sur la base d'un diagnostic à l'entrée, un programme de soins est établi, à l'aune des nécessités particulières pour garantir la réinsertion de la personne dans la société.

Il est à noter que la TBS constitue comme son nom l'indique (mise à disposition) non seulement une modalité de traitement, mais également une modalité de rétention de sûreté post-exécution de peine.

Il existe aux Pays-Bas douze cliniques TBS.

Penitenciar Programma

Cette appellation correspond à la possibilité d'effectuer sa peine à l'extérieur moyennant le suivi de mesures propres à assurer la réinsertion du détenu.

Ces programmes sont ouverts aux adultes condamnés à une peine d'au moins 6 mois d'emprisonnement, avec un reste à purger de 4 semaines à un an, et qui ne sont pas destinés à être transférés en clinique TBS à l'issue de leur peine d'emprisonnement.

Les participants à un programme pénitentiaire ont l'obligation de suivre une ou plusieurs activités, pouvant inclure une obligation de soins portant sur une pathologie mentale.

5.6 Au Royaume-Uni

Quelle est la part des personnes détenues souffrant de troubles mentaux et psychiatriques en Angleterre?

En 2016, sur une population d'environ 84.700 personnes détenues, environ 31.300 déclaraient souffrir d'un trouble mental ou d'une maladie psychiatrique soit environ 37% de la population carcérale de l'Angleterre. 7.900 environ d'entre eux reçoivent effectivement des soins (soit 25%) prodigués par le système de santé public anglais (National health service – NHS).

Pour l'année 2016-2017, le NHS estime qu'environ 400 millions de livres (soit environ 450 millions d'euros) ont été consacrés aux soins mentaux et physiques dans les prisons pour adultes en Angleterre.

Existe-t-il des modalités d'aménagements des peines fondées sur des motifs de soins psychiatriques ?

Depuis la loi sur la justice pénale de 2005, l'injonction de soins psychiatriques est l'une des trois mesures de traitement alternative aux poursuites qui peut être ordonnée par le un tribunal.

Quelles sont les modalités de l'hospitalisation sans consentement et dispositions particulières s'appliquant éventuellement aux personnes détenues ?

Lorsqu'un délinquant souffre d'une forme définie de trouble mental, le tribunal peut ordonner son admission et sa détention à l'hôpital pour traitement. Le traitement psychiatrique sans accord du patient peut aller jusqu'à trois mois avant d'être réexaminé par le tribunal.

Recherches complémentaires sur le droit anglais effectuées par le bureau de droit comparé (Marie. Arbache, rédactrice)

Prise en charge des détenus souffrant de troubles mentaux en Angleterre

Au Royaume-Uni, la prise en charge des détenus souffrant de troubles mentaux peut être analysée à différents stades de la procédure pénale et/ou de la détention.

Tout d'abord, au cours d'une procédure pénale, le juge peut dans le cadre du prononcé d'une mesure alternative, soumettre la personne condamnée à suivre un traitement médical.

Le juge pénal peut également ordonner l'admission et la détention d'un individu souffrant de troubles mentaux dans un hôpital, ou de placer cette personne sous la tutelle des services sociaux ou d'une personne jugée compétente et approuvée par les services sociaux.

Enfin, lors de la détention de l'individu souffrant de troubles mentaux, le Secrétaire d'Etat du ministère de la Justice peut décider du transfert du détenu dans un hôpital afin qu'il y reçoive le traitement médical adéquat.

I. L'injonction de soins dans le cadre du prononcé de mesures alternatives

Au Royaume-Uni, le juge pénal est compétent pour prononcer des peines alternatives à l'incarcération. La loi sur la justice pénale de 2003 (Criminal Justice Act 2003) prévoit notamment la possibilité pour le juge dans le cadre du prononcé d'une peine qui sera purgée en milieu ouvert « *community order* » ou d'une peine d'emprisonnement assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve « *suspended order* », d'assortir cette peine de mesures énoncées au chapitre 4 de la partie relative aux peines de la loi de 2003.

Parmi ces mesures, nous pouvons noter l'obligation pour la personne condamnée de suivre un traitement médical (article 207 de la loi), pendant une période ou des périodes déterminée(s) et cela, sous la supervision d'un médecin ou psychologue agréé.

Le traitement dont les modalités sont précisées par le juge peut être d'une des formes suivantes :

- la personne peut être admise au sein d'un centre de soins ou d'un hôpital,
- la personne peut recevoir un traitement en tant que patient « non-résident » au sein d'un établissement ou d'un lieu qui aura été spécifié par le juge,
- la dispense de soins peut être ordonnée sous la supervision d'un médecin ou psychologue agréé et selon les modalités édictées par le juge.

Afin de pouvoir ordonner de telles mesures, le tribunal doit avoir constaté que l'état mental de la personne jugée requiert le suivi d'un traitement ou est susceptible d'être traité mais qu'il ne tombe pour autant pas sous le coup de la loi relative à la santé mentale permettant d'ordonner la détention ou le transfert d'un détenu souffrant de troubles mentaux au sein d'un hôpital.

Par ailleurs, le tribunal doit s'être assuré que des dispositions ont été prises afin que le traitement soit suivi par la personne concernée.

Enfin, la personne concernée par le traitement médical doit avoir exprimé sa volonté de se conformer à la mesure.

II. L'injonction de soins dans le cadre du prononcé de la condamnation

En vertu de l'article 37 du *Mental Health Act*, le juge pénal dispose également de compétences lui permettant d'ordonner le placement en hôpital de l'auteur d'une infraction.

La plus haute Cour de première instance en matière criminelle (*Crown Court*) dispose de ces prérogatives, lorsqu'une personne est condamnée pour une infraction dont la peine encourue est une peine d'emprisonnement. La *Magistrates' Court* (tribunal de première instance compétent en matière pénale) dispose également de ces prérogatives s'agissant notamment d'individus condamnés sur déclaration de culpabilité, pour des infractions dont la peine encourue est une peine d'emprisonnement.

En vertu de cet article, le tribunal peut également décider de placer l'individu sous la tutelle des services sociaux ou d'une personne désignée et pour laquelle les services sociaux ont donné leur accord.

Le placement de la personne condamnée dans un établissement hospitalier ou sous tutelle est soumis à des conditions.

D'une part, le tribunal doit avoir recueilli la preuve écrite ou orale de deux professionnels (*medical practitioners*) que l'individu ayant commis l'infraction souffre de troubles mentaux.

La nature et le degré du trouble mental doivent être tels qu'ils nécessitent le placement de l'individu au sein d'un hôpital afin qu'il y reçoive les traitements médicaux adéquats.

Pour se faire, le tribunal prend en considération toutes les circonstances, y compris la nature de l'infraction, le caractère de l'individu et ses antécédents.

Lorsqu'un tel placement est ordonné par le tribunal, un clinicien agréé (*clinician*) doit être désigné comme responsable de l'individu et la preuve doit être recueillie que l'hôpital a pris des dispositions en vue de l'admission de l'individu.

Durant une période de 28 jours à compter du jour où l'ordonnance de placement a été rendue par le tribunal, le tribunal peut, dans l'attente de l'admission de la personne concernée au sein de l'hôpital, donner des instructions afin de garantir la détention sécurisée de l'individu.

Si pendant cette période de 28 jours, il apparaît au Secrétaire d'Etat à la Justice qu'il n'est pas possible pour le détenu d'être reçu dans l'hôpital désigné par l'ordonnance, il peut donner des directives, afin que le détenu soit admis dans un autre hôpital.

La *Crown Court* est également compétente pour doubler l'injonction de soins d'une ordonnance de restriction. En effet, le tribunal peut ordonner que le patient soit soumis à des restrictions spéciales, eu égard à la nature de l'infraction, aux antécédents de l'individu et au risque de récidive et lorsque la Cour juge que cela est nécessaire pour protéger le public de dommages graves.

Seulement avec le consentement du Secrétaire d'Etat à la Justice, il est alors possible d'accorder un congé au patient, de le transférer ou d'ordonner sa libération.

III. Le transfert d'un détenu dans un hôpital

Le transfert d'un détenu dans un hôpital est régi par les articles 47 à 52 du *Mental Health Act*.

En vertu de l'article 47 de cette loi, lorsqu'une personne effectue une peine d'emprisonnement, le Secrétaire d'Etat à la Justice peut être averti que le détenu concerné souffre d'un trouble mental. En pratique, ce dernier est souvent alerté par le service pénitentiaire de l'établissement dans lequel est détenue la personne concernée.

Il est alors nécessaire d'avoir obtenu le rapport de deux médecins agréés, justifiant :

- que le trouble dont souffre le détenu est de nature ou d'un degré qui justifie son placement dans un hôpital,

- que le traitement médical approprié est « disponible ».

Le secrétaire d'Etat peut alors, s'il est d'avis qu'il y va de l'intérêt public et que les circonstances le justifient, ordonner que le détenu soit transféré dans un hôpital.

Notons que l'ordonnance de transfert ne vaut que pour 14 jours. Si aucune place pour le détenu n'a été trouvée dans ce délai, l'ordonnance cesse de produire ses effets.

Cette possibilité de transfert dans un hôpital s'applique notamment aux détenus :

- exécutant une peine d'emprisonnement ou ayant été placés en détention par un tribunal au cours d'une procédure pénale ou d'une procédure disciplinaire s'agissant des forces armées,
- placés en détention en cas de non-respect d'un engagement de bonne conduite,
- placés en détention en cas de défaut de paiement de la somme arrêtée par le juge lors du prononcé de la condamnation,
- placés en détention provisoire,
- placés en détention en vertu de la loi sur l'immigration.

Notons que lorsque le transfert dans un hôpital a été ordonné, une ordonnance de restriction (*article 41 du *Mental Health Act**) peut également être prise par le Secrétaire d'Etat. Elle produit alors

les mêmes effets que lorsqu'elle double l'article 37 de la loi relative à l'injonction de soins ordonnée lors du prononcé de la condamnation de la personne concernée.

En vertu de cette ordonnance de restriction, le médecin en charge du détenu concerné, doit à des intervalles réguliers et n'excédant pas un an (l'intervalle peut également être précisé par le Secrétaire d'Etat), dresser un rapport de l'état du patient et le transmettre au Secrétaire d'Etat.

Annexe 13. ELEMENTS DE NOSOGRAPHIE PSYCHIATRIQUE

Parmi les troubles mentaux pris en charge au sein des UHSA, on retrouve essentiellement les psychoses, les troubles de la personnalité, les troubles de l'humeur, et les troubles névrotiques.

1. Les psychoses

Terme générique sous lequel sont rangées un groupe de maladies mentales caractérisées par un trouble à la réalité. Les troubles psychotiques affectent le fonctionnement du cerveau de façon majeure en modifiant les pensées, les croyances ou les perceptions. Les psychoses ne touchent pas seulement le patient et sa personnalité : celui-ci peut également éprouver des difficultés d'adaptation à la vie sociale et subir des déficits cognitifs importants. Les personnes psychotiques sont très rarement dangereuses : moins de 2% le sont. Des passages à l'acte restent donc des cas isolés. Parmi elle, on distingue :

- **La schizophrénie** est la plus fréquente des maladies psychotiques, elle touche 1% de la population. Il s'agit d'une véritable distorsion de la réalité qui peut se présenter sous forme de délires, d'hallucinations, de troubles cognitifs (langage, motricité, mémoire, etc.). C'est une maladie chronique débutant généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Elle cause une perte de contact avec la réalité en affectant les pensées, les émotions, les sentiments et les comportements. La personne atteinte du trouble schizo-affectif présente à la fois des symptômes de la schizophrénie et des symptômes associés aux troubles de l'humeur (dépression et maladie affective bipolaire)

- **Le trouble délirant** affecte principalement les pensées et les idées (avoir de la difficulté à se concentrer, croire qu'une personnalité connue est tombée amoureuse de soi, avoir la sensation de dégager une mauvaise odeur, ou l'impression d'être poursuivie ou d'être contaminée)

- **L'épisode psychotique bref** : les symptômes miment ceux de la schizophrénie mais en diffèrent du fait de leur apparition subite souvent associée à un stress important (décès, violence, maladie...). L'épisode psychotique bref ne dure pas plus d'un mois. Par la suite, la personne retrouve son fonctionnement normal, souvent sans faire de rechute.

- **Les troubles psychotiques secondaires** à la consommation d'une substance : perte de contact avec la réalité causée par la consommation de substances comme l'alcool, les drogues ou les médicaments. La personne qui en est atteinte peut présenter des signes et des symptômes tels que des idées délirantes et des hallucinations.

Le traitement psychiatrique repose sur le tryptique psychothérapie, médicaments et environnement (contexte de vie et de travail afin de privilégier l'intégration du patient dans la société.

2. Les troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité ne sont pas des maladies mentales, ils se définissent par un ou plusieurs comportements différents des normes et attentes sociétales. Les individus diagnostiqués de troubles de la personnalité peuvent éprouver des difficultés en matière de

cognition¹²⁸, d'émotions, de relations sociales et/ou interpersonnelles, et de contrôle des impulsions. Les troubles de la personnalité sont fréquemment diagnostiqués des patients hospitalisés en psychiatrie.

- La **personnalité** antisociale (psychopathe, sociopathe) est un trouble de la personnalité qui concernerait entre 1 à 3 % de la population. Elle se caractérise par une tendance à l'indifférence vis-à-vis des lois, des codes culturels, des émotions des autres, etc. empêchant les individus de s'adapter à des standards d'éthique et de comportement propres à leur communauté. Le fonctionnement du sujet combine à des degrés divers impulsivité, irritabilité, agressivité, capacité limitée à ressentir les émotions humaines, comportement susceptible d'être préjudiciable à la collectivité, aussi bien de façon intentionnelle que par négligence. Les individus atteints de trouble ont souvent des problèmes avec les figures d'autorité, avec un risque de transgression et de passage à l'acte (« infracteurs à répétition »). Certains d'entre eux sont parfois décrits comme charismatiques, générant et ils génèrent attention et louanges de la part des autres, mais ils peuvent faire preuve d'un comportement criminel, et faire du mal à eux-mêmes **et aux autres**. Le manuel DSM 5¹²⁹ distingue ainsi :

- La **personnalité schizoïde** est caractérisée par un détachement des relations sociales et une restriction de la variété des expressions émotionnelles
- La **personnalité schizotypique**, par une gêne aiguë dans les relations proches, des distorsions cognitives et perceptuelles et des conduites excentriques.
- La **personnalité limite** (borderline), par une impulsivité marquée et une instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects.
- La **personnalité histrionique**, par des réponses émotionnelles excessives et une quête d'attention.
- La **personnalité narcissique**, par des fantaisies ou des comportements grandioses, un besoin d'être admiré et un manque d'empathie.
- La **personnalité évitante**, par une inhibition sociale, par des sentiments de ne pas être à la hauteur et une hypersensibilité au jugement négatif d'autrui.
- La **personnalité dépendante**, par un comportement soumis et « collant » lié à un besoin excessif d'être pris en charge.
- La **personnalité obsessionnelle-compulsive**, par une préoccupation de l'ordre, la perfection et le contrôle.
- Le **trouble de la personnalité non spécifié**, par des traits de plusieurs troubles différents de la personnalité mais sans rencontrer complètement les critères d'aucun d'entre eux.

La psychothérapie est le traitement de référence pour aider le patient à reconnaître ses dysfonctionnements cognitifs, comportementaux, et la détresse qu'ils engendrent, puis à les atténuer voire à supprimer. En complément, une prescription d'un antidépresseur ou d'un anxiolytique peut atténuer les symptômes les plus invalidants.

3. Les troubles de l'humeur

Regroupent les troubles dépressifs, les troubles bipolaires et les trouble de l'humeur dû à une affection somatique ou induit par une substance.

¹²⁸ Manières de raisonner, de percevoir ou d'agir face aux situations, aux autres personnes, et aux événements ; formant une attitude et une image de soi et des autres.

¹²⁹ DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ("*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*"), publié par l'*American Psychiatric Association*

Les troubles dépressifs incluent le trouble dépressif majeur (un ou plusieurs épisodes dépressifs qui tranchent avec le fonctionnement habituel de la personne), la dysthymie (symptômes dépressifs chroniques, moins sévères mais persistant pendant au moins deux ans) et le trouble dépressif non spécifié (troubles à caractère dépressif qui ne répondent pas aux critères de dépression majeure, de dysthymie, ou lorsque l'information est insuffisante pour mieux préciser le diagnostic)

Les troubles dépressifs se manifestent à travers un éventail de symptôme plus ou moins marqué : Abaissement de l'humeur, réduction de l'énergie et diminution de l'activité, altération de la capacité à éprouver du plaisir, perte d'intérêt, diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante. On observe habituellement des troubles du sommeil, une diminution de l'appétit. Il existe une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et fréquemment, des idées de culpabilité.

Les troubles bipolaires incluent le trouble bipolaire de type I (survenue d'un ou plusieurs épisodes maniaques avec ou sans dépression), le trouble bipolaire de type II (survenue d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs accompagnés d'au moins un épisode hypomaniaque), la cyclothymie (alternance pendant au moins deux ans de nombreux épisodes hypomaniaques et dépressifs) et le trouble de l'humeur dû à une affection médicale¹³⁰ ou induit par une substance (humeur dépressive, diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir, ou bien une élévation de l'humeur, une humeur expansive ou irritable). 1 à 2 % de la population souffre du trouble bipolaire ou de cyclothymie, 2 à 5 % du trouble bipolaire non spécifié.

Le traitement est d'abord médicamenteux (antidépresseur, anxiolytiques) pour soulager la souffrance et parfois réduire le risque de passage à l'acte suicidaire. Une psychothérapie peut aider le patient à dénouer certains conflits à l'origine de ses troubles dépressifs.

4. Les névroses

Les névroses regroupent tous les troubles psychiques chroniques ayant pour origine un conflit inconscient où le sujet n'est pas en rupture avec la réalité. Il y a absence de lésion corporelle qui pourrait engendrer le ou les troubles psychiques. Le sujet a conscience de ses troubles de façon plus ou moins marqué (il les conçoit au moins comme indésirables). Les sujets névrotiques présentent la plupart du temps des émotions négatives dont l'irritabilité, la frustration, la nervosité, l'inquiétude et la culpabilité.

La névrose obsessionnelle se caractérise par des obsessions ou des compulsions, plus ou moins associées à un syndrome dépressif, à des attaques de panique, à une phobie sociale. Le sujet lutte contre ses obsessions ou ses compulsions ce qui génère de l'anxiété. Parmi elles, les plus courantes sont en rapport avec la religion, l'ordre, la pureté, la perfection, le temps qui passe. Les compulsions renvoient à l'idée d'un acte à accomplir généralement absurde ou inadapté voire gênant mais qui s'impose au sujet. L'acte est réalisé alors de façon irrésistible : vérifications de tout ordre, rituels. Les obsessions et les compulsions agissent toujours pour diminuer l'anxiété du sujet.

A la différence de la névrose obsessionnelle où le lieu d'expression du conflit psychique était la pensée, il se retrouve au niveau du corps pour la névrose hystérique. Il s'agit d'un phénomène dit de conversion. Elle renvoie alors à des symptômes physiques sans cause organique. Ils ne sont aucunement spécifiques (céphalées, spasmodie, cécité, mutisme...).

¹³⁰ Affections neurologiques dégénératives, maladies cérébrovasculaires, affections métaboliques, endocriniennes (hyper ou hypothyroïdie), auto-immunes (lupus érythémateux aigu disséminé), infections virales (hépatite, VIH) et certains cancers

Généralement, ils se produisent en public avec exagération voire théâtralisme. Il est commun de distinguer dans ce groupe de névroses les personnalités histrioniques : elles mettent parfois tout en œuvre pour attirer l'attention (éclats de voix,) et/ou séduire.

Dans la névrose phobique, le lieu d'expression du conflit psychique est l'environnement (objets, êtres ou situations). L'angoisse est déclenchée par une situation sans caractère objectivement dangereux. Cette situation ou son anticipation par le sujet agit comme un stimulus anxiogène. Les symptômes sont ainsi des phobies qui donnent lieu à un comportement inadapté. Le sujet décrit sa peur comme excessive mais ne la contrôle pas sauf en développant des conduites d'évitement ou de réassurance.

Le traitement des troubles névrotiques peut associer diversement approche psychothérapeutiques (psychothérapie, analyse profonde qui permettra de découvrir les fondements de la névrose), thérapies comportementalo-cognitives et appoint médicamenteux pour soulager les symptômes les plus invalidant (anxiolytiques).