

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. À 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 inadéquates.

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 (DOSA), 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 Prémontré

Hans NSAME PRISO, directeur adjoint
Brigitte MARCINIAK, cadre de santé
Frédéric NAVARRE, faisant fonction cadre supérieur de santé
Sophie BARTHESES, 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

AILSI : 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, défectuosité...) 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

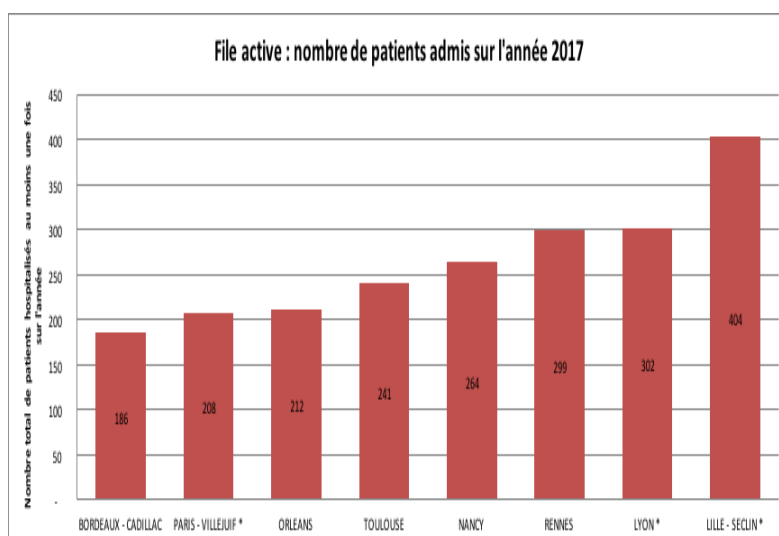
b. LES PRINCIPAUX RESULTATS RELATIFS AUX DONNEES QUANTITATIVES DE L'ENSEMBLE DES PUBLICS

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.

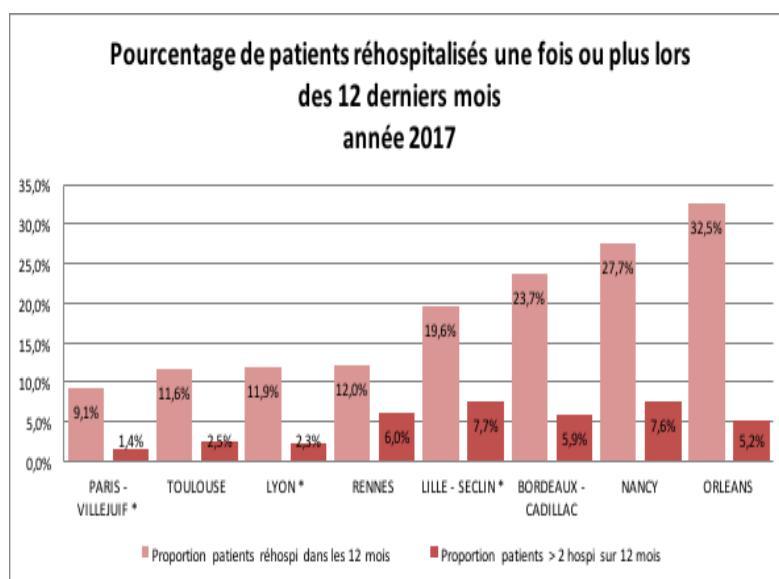
Ces données issues des questionnaires, ont été traitées dans la perspective de réfléchir à des éléments de tableaux de bord. À cet effet, elles sont restituées sous formes de graphiques.

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

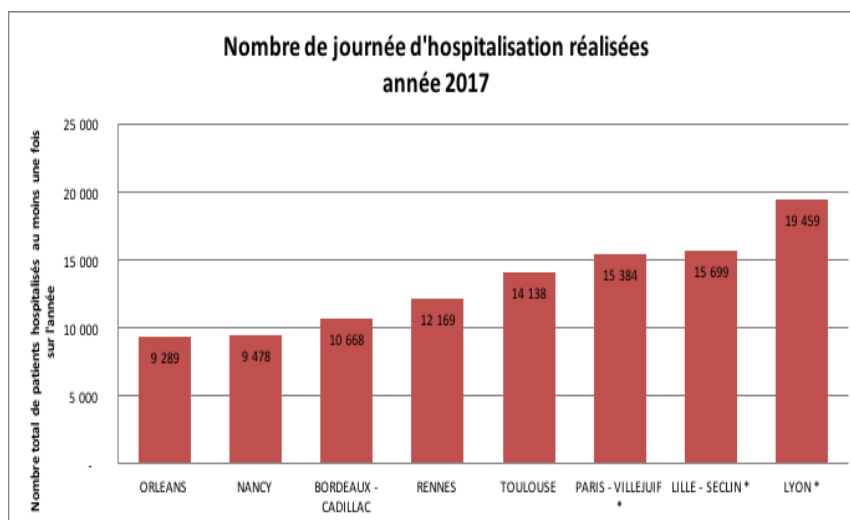
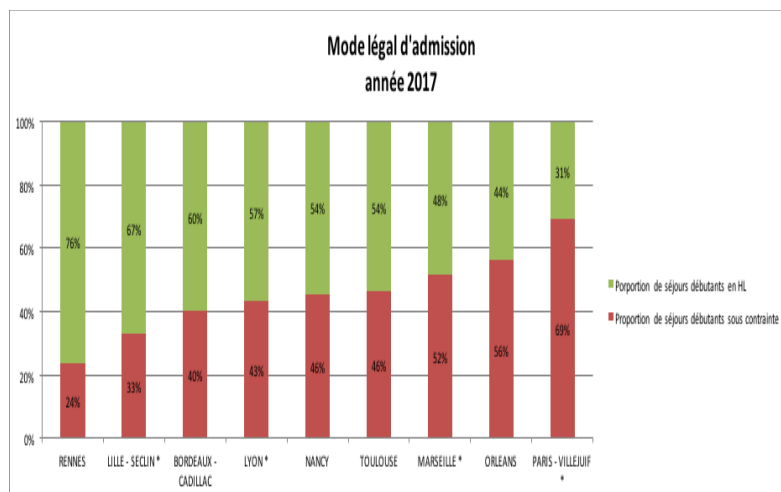
Graphique 1 : nombre de patients admis en 2017



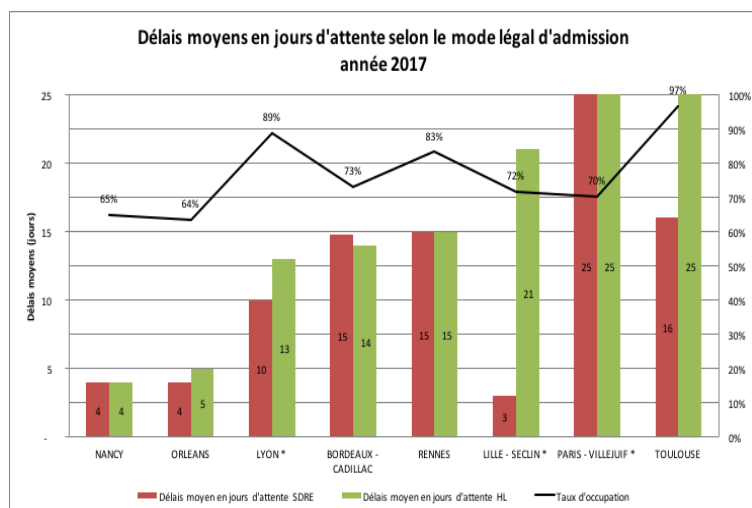
Graphique 2 : % de patients réhospitalisés une ou plusieurs fois lors des 12 derniers mois en 2017



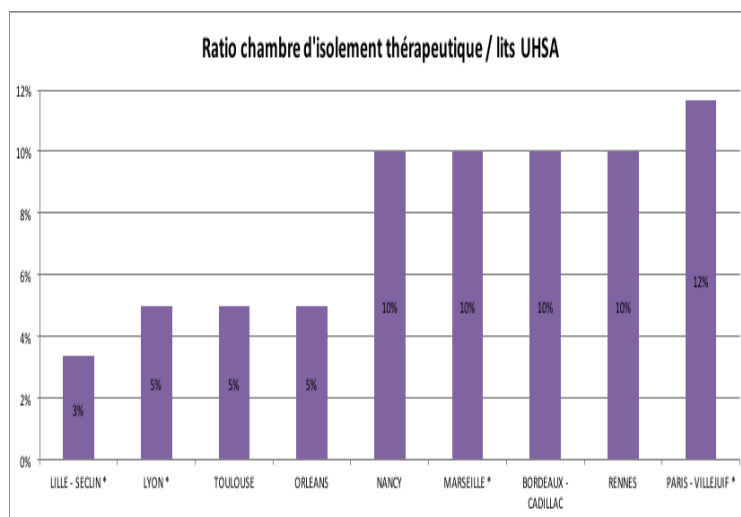
¹ Pour un certain nombre de variables, les mêmes UHSA ont pu produire des données différentes (il y a parfois des écarts importants entre les réponses données au questionnaire et les données transmises aux tutelles).

Graphique 3 : nombre de journées d'hospitalisation en 2017**Graphique 4 : mode d'admission en 2017**

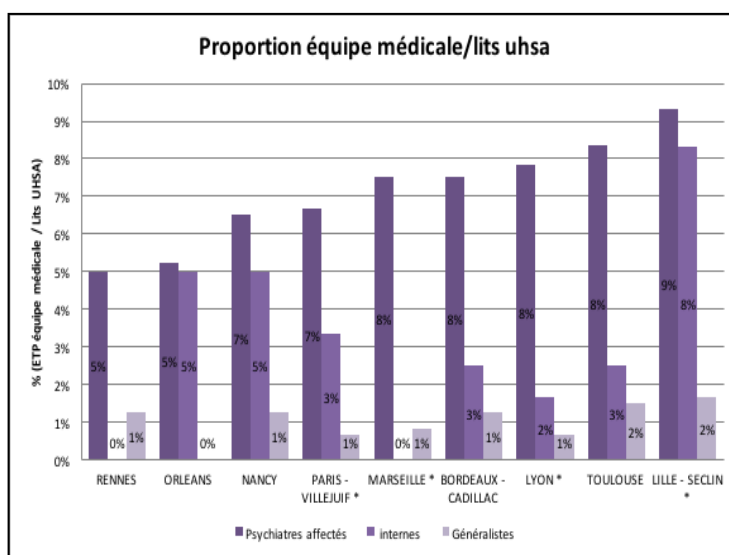
Graphique 5 : délais moyens en jours d'attente selon le mode d'admission en 2017



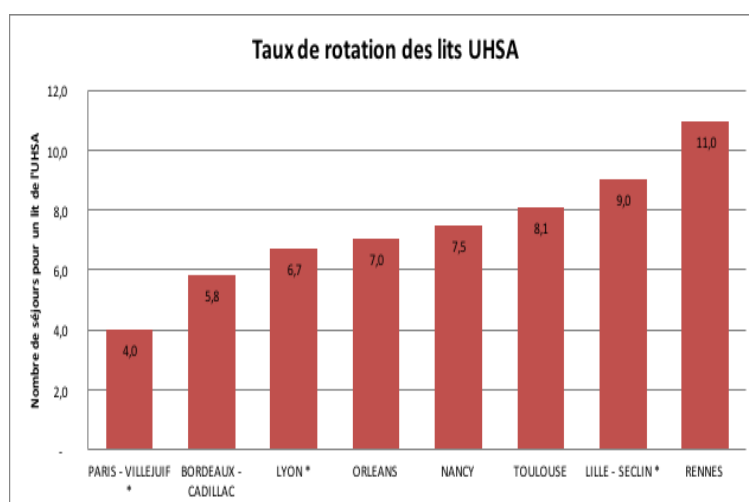
Graphique 6 : ratio chambre d'isolement par lits en UHSA en 2017



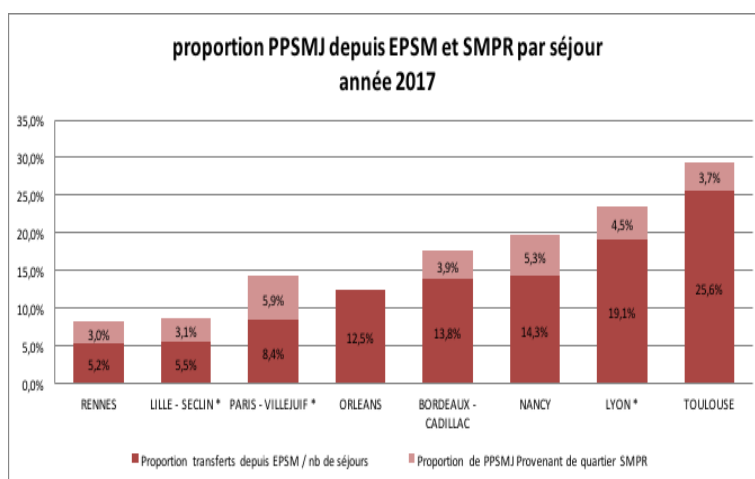
Graphique 7 : Proportion équipe médicale par lits en UHSA en 2017



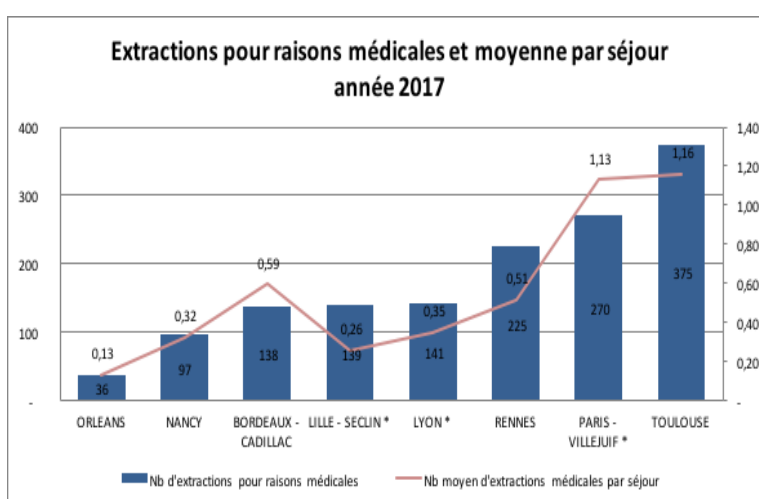
Graphique 8 : taux de rotation des lits en UHSA en 2017



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, déport 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-Seysses	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 STRASBOUR G	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 / ORLÉANS	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%	% des admis	4,8%
Lille-Seclin	557	17	Lille Annoeullin	23
		3,1%	% des admis	4,1%
Lyon	354	6	Grenoble	10
		10	Dijon	9
		2	Lyon Corbas	1
		5,1%	% des admis	5,6%
Nancy	229	12	Metz	18
		3	Chalons en Champagne	3
		1	Strasbourg	11
		7,0%	% des admis	14,0%
Orléans	260	0	Fresnes	2
		0	Chalons en Champagne	4
		0	Dijon	5
		0,0%	% des admis	4,2%
Villejuif	204	13	Fleury Mérogis	7
		1	Fresnes	1
		6,9%	% des admis	3,9%
Rennes	411	2	Caen	0
		6	Nantes	6
		5	Rennes	0
		3,2%	% des admis	1,5%
Toulouse	286	12	Perpignan	11
		0	Toulouse	1
		4,2%	% des admis	4,2%
Totaux	2510	3,5%	% des admis	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 prévues 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 la 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.

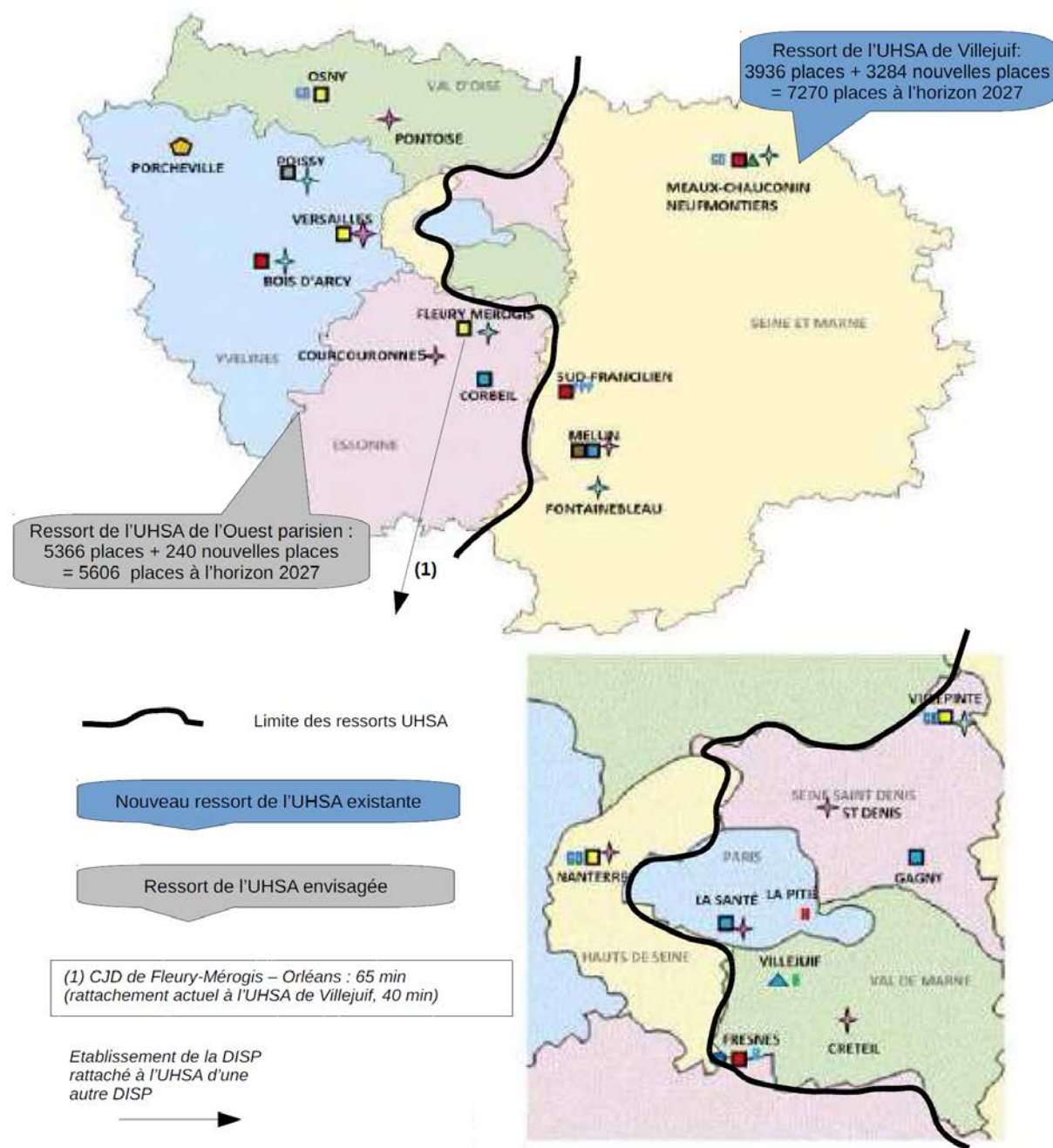
15 L'UHSA d'Orléans accueille déjà des mineurs en provenance du QM de la MA de Tours. Il faudra néanmoins que l'unité d'Orléans réorganise son fonctionnement, mobilise son partenariat pour une telle prise en charge et mette en place les activités scolaires et d'insertion.

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
PPSMJ écrouées sur le ressort	Sur la base du nombre de personnes écrouées au 1er juillet 2018	13658	4624	9034	7701	5953
Nb de personnes <u>écrouées</u> par lit sur le ressort		228	77	151	128	99
% de détenus <u>écroués</u> dans EP éloignés > 120 min		0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
% de détenus <u>écroués</u> dans EP éloignés < 60 min		60,00%	53,00%	78,00%	44,46%	46,56%

(1) Hors les 460 nouvelles places nettes CJD de Fleury-Mérogis (orientation sur l'UHSA d'Orléans)

Scenario 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, DRPJ 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.

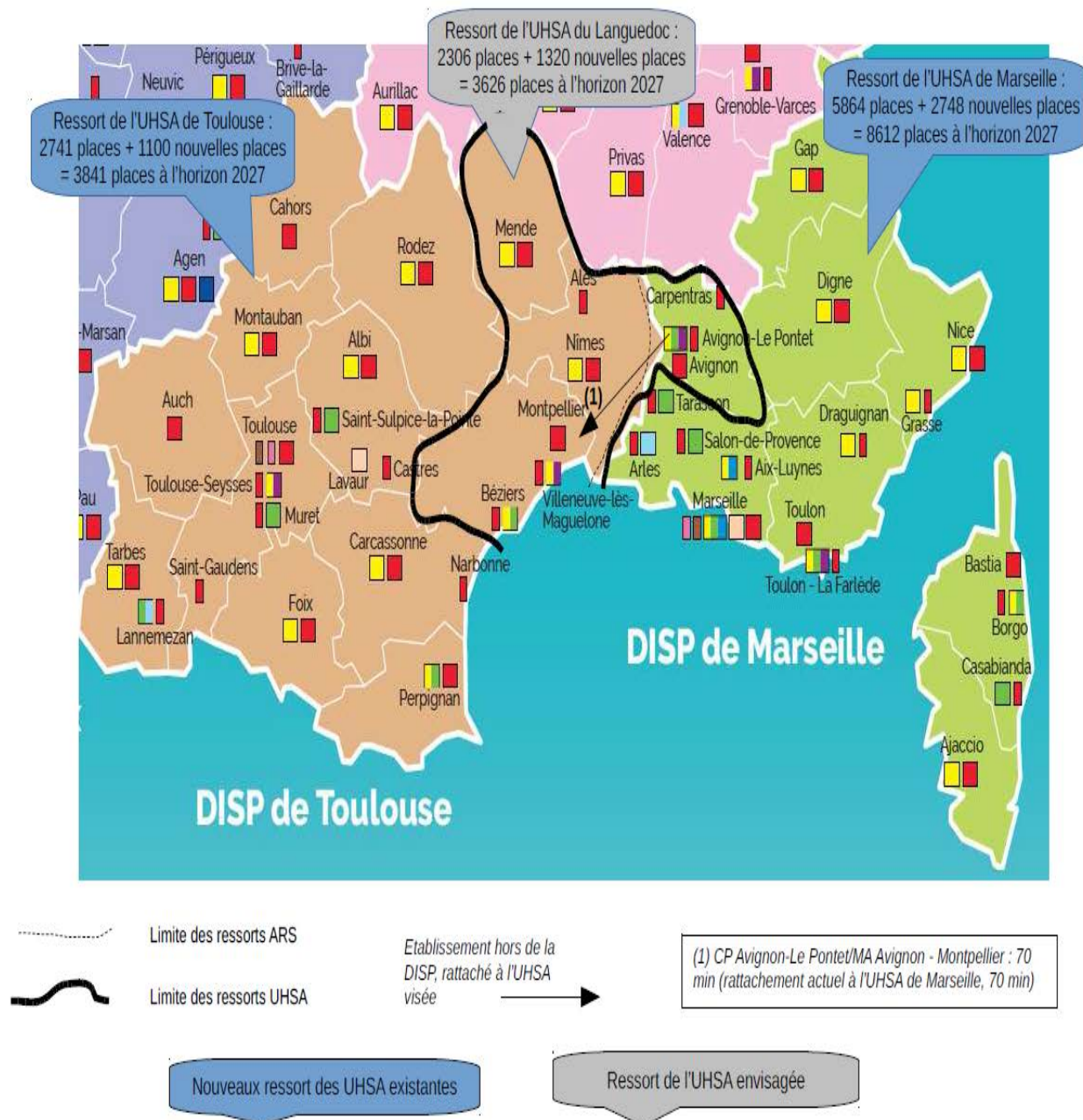
Tableau 15 Modélisation Occitanie – PACA – scénario 1

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 ou 30, 34, 48 et 66	Toute la DISP de Toulouse sauf 30, 34, 48 ou 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 ou 1681 + 1300 = 2981	2741 + 1100 = 3841 ou 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	Sur la base du nombre de personnes écrouées au 1er juillet 2018	7688	5812	7688	2235 ou 2875	3577 ou 2937
Nb de personnes <u>écrouées</u> par lit sur le ressort		128	145	96	112 si 20 places 56 si 40 places ou 143 si 20 places 72 si 40 places	89 ou 73
% de détenus <u>écroués</u> dans EP éloignés > 120 min		16,80%	51,80%	16,80%	2,70%	21,70%
% de détenus <u>écroués</u> 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>	Sur la base du nombre de personnes écrouées au 1er juillet 2018	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'inter-région pénitentiaire.

⁴² De 153 en 2018, il pourrait passer à 113 sous réserve d'une stabilisation de la population pénale écrouée sur l'inter-région.

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.

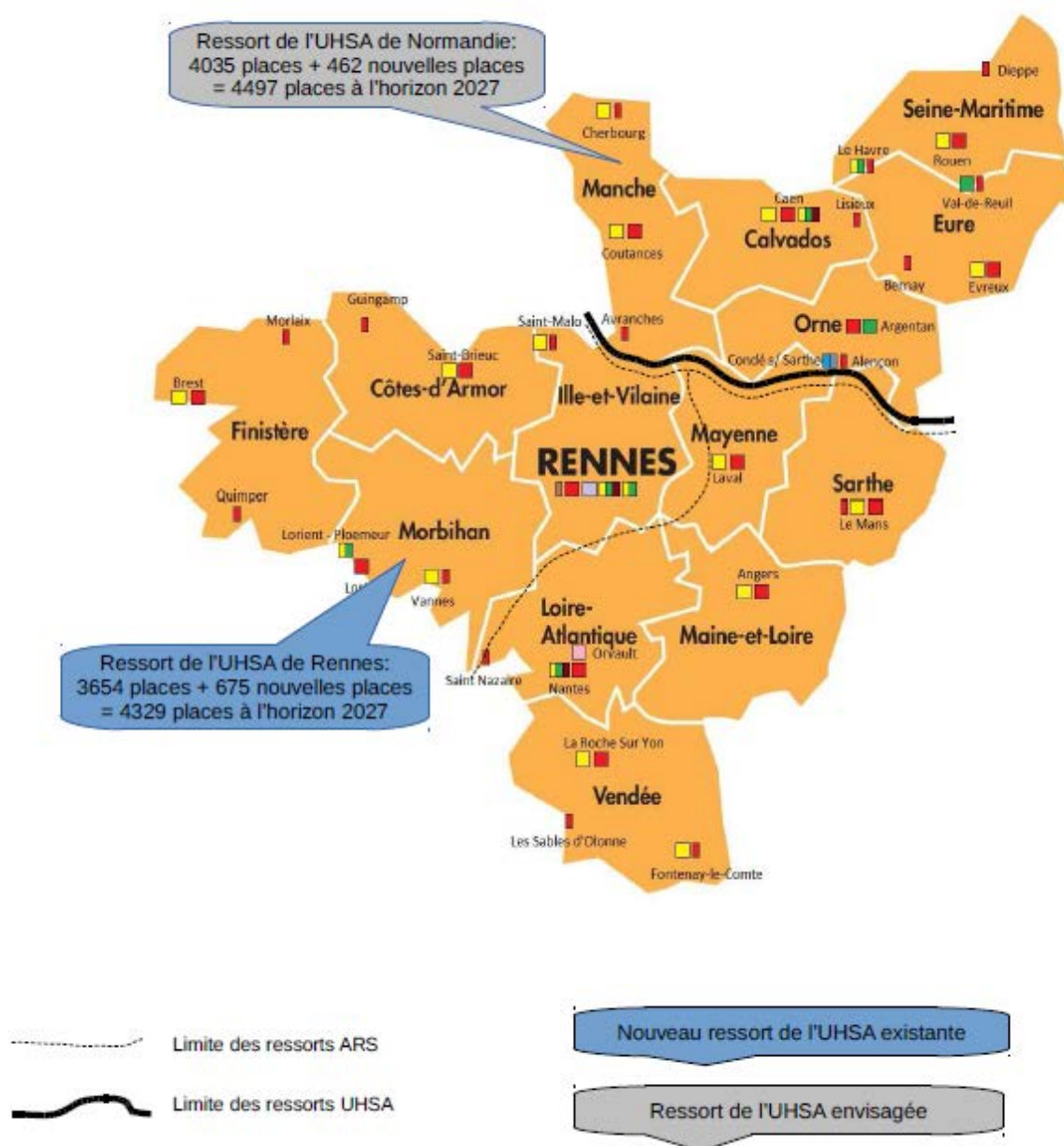
Enfin, la mission précise dès à présent que la création d'une UHSA dans la région des Pays de la Loire ne lui est pas apparue nécessaire. D'une part en raison du nombre peu élevé de personnes détenues (moins de 2500 détenus) et d'autre part, parce que les éloignements d'avec l'UHSA de Rennes restent 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	
		UHSA de Rennes 40 places	Construction d'une UHSA à Saint Etienne du Rouvray		Construction d'une UHSA à Caen	
			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
PPSMJ écrouées sur le ressort	Sur la base du nombre de personnes écrouées au 1er juillet 2018	6136	3928	4517	3928	4517
Nb de personnes écrouées par lit sur le ressort		153	98	113	98	113
% de détenus écroués dans EP éloignés > 90 min		49,20%	20,40%	28,60%	8,20%	28,60%
% de détenus écroués dans EP éloignés < 60 min		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.

Scenario 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'efficience 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 couts 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 écroués 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'efficience au regard des couts 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 couts de fonctionnement entre les UHSA de 40 et celles de 60 lits ni d'évaluer les couts 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 défini.

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 Villenauxe 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
PPSMJ écrouées sur le ressort	Sur la base du nombre de personnes écrouées au 1er juillet 2018	3125	7746	5792	2256	2272
Nb de personnes écrouées par lit sur le ressort		78	129	145	56 (40 places) 112 (20 places)	57
% de détenus écroués dans EP > 120 min		34,00%	16,60%	18,10%	0,00%	0,00%
% de détenus écroués dans EP < 60 min		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

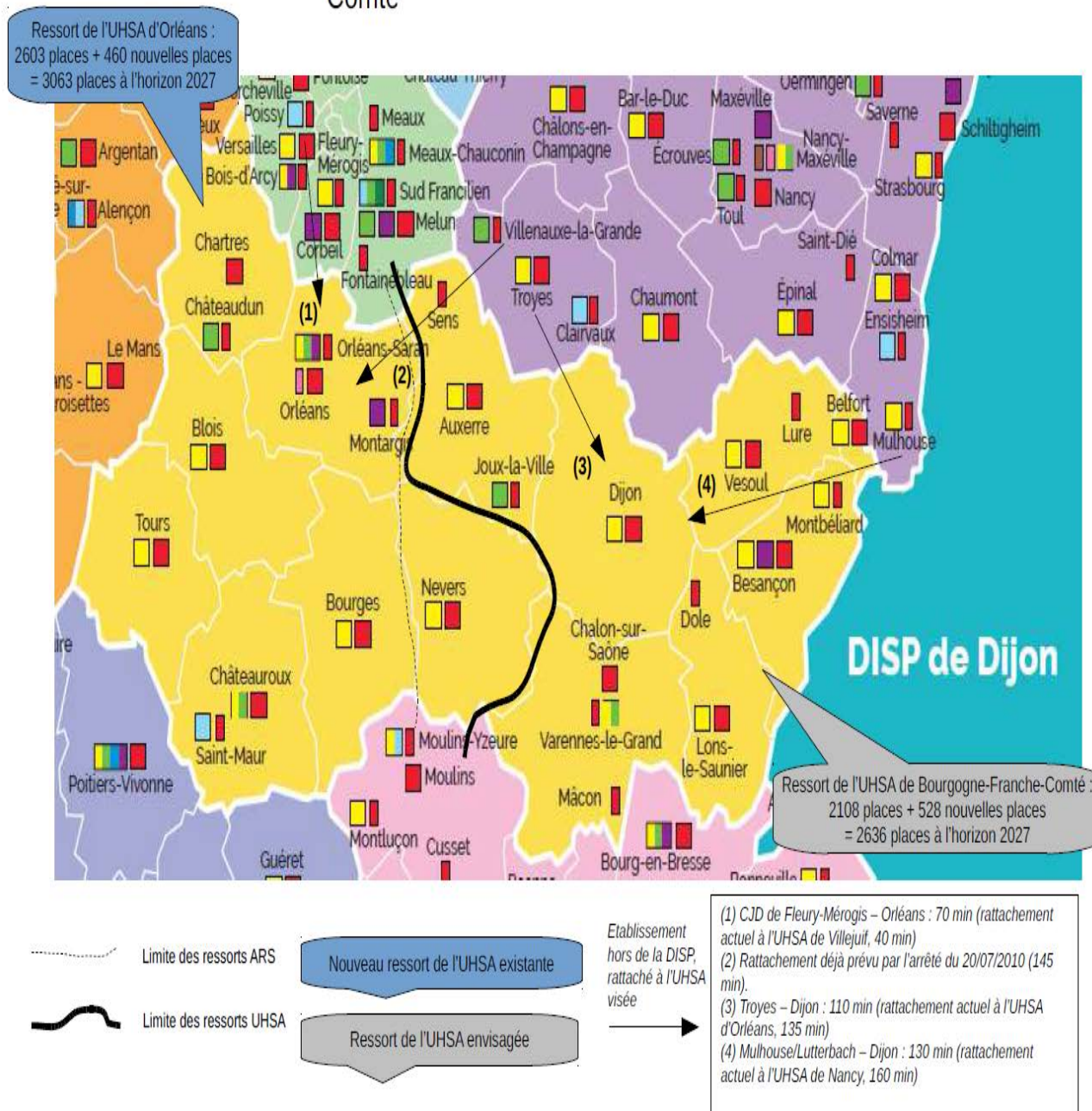
Région Bourgogne-Franche-Comté DISP DIJON		Situation de l'UHSA d'Orléans en 2018	Situation de l'UHSA de Lyon en 2018	Situation de l'UHSA de Nancy en 2018	Scenario 2	
					Construction d'une UHSA à Dijon	
				Avec départements ou établissements d'autres DISP		
		UHSA Orléans 40 places	UHSA Lyon 60 places	UHSA Nancy 40 places	UHSA Dijon 20 ou 40 places	UHSA Orléans 40 places
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 et 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 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
PPSMJ écroués sur le ressort	Sur la base du nombre de personnes écrouées au 1er juillet 2018	3125	7746	5792	2707	2764
Nb de personnes écrouées par lit sur le ressort		78	129	145	68 (40 places) 135 (20 places)	69
% de détenus écroués dans EP > 120 min		34,00%	16,60%	18,10%	16,00%	13,40%
% de détenus écroués dans EP < 60 min		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 efficiente 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 télémedecine, 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 Plouguernével, 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, contenant 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).

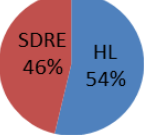
La majorité des patients (55%) ont des antécédents d'incarcération et plus de la moitié ont des antécédents de placements éducatifs, principalement en CEF.

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.

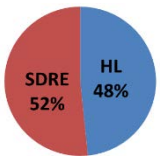
Une meilleure connaissance de l'état de santé mentale de la population mineure détenue serait nécessaire.

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		

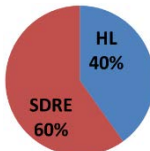
(1) Effectifs et simples mises en alerte (* Faute de données disponibles, il s'agit du nombre de prêts de main-forte effectif uniquement)

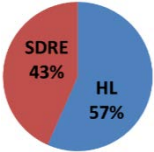
(2) Nombre de patients pour 1 ETP = (nombre de lits théoriques de l'UHSA/ETP)

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'une 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)

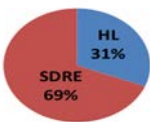
UHSA Cadillac - Bordeaux			
Capacité (lits)	40	Date d'ouverture	juillet-16
DISP	Bordeaux - Sud-Ouest	ARS	Nouvelle-Aquitaine
EP de rattachement (distance)	MA de Bordeaux-Gradignan (36km, 36min)	ES de rattachement (distance)	EPSM de Cadillac (1,3km, 3min)
Activité			
Population écrouée et hébergée sur 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'une 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)

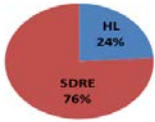
UHSA Villejuif - Paris

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)

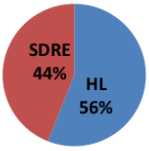
UHSA Rennes

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	nuits 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)

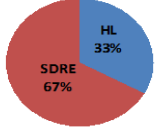
(3)

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'une 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)

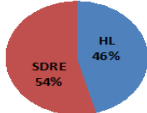
(2) Nombre de patients pour 1 ETP = (nombre de lits théoriques de l'UHSA/ETP)

(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	ratio ETP/lit moy
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'UNITÉ 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 = 8 jours) 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	ratio ETP/lit moy
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'événements 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 ou 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 Rapiilly, 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 Cocaïgn 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 sureté (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 de 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

¹²² https://justice.belgium.be/fr/themes_et_dossiers/prisons/prisons_belges/prisons/plus_d_infos/paifve

¹²³ https://www.rtbf.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>

¹²⁵ http://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 TMG 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 du 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 régit 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. Arbach, 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 marquée (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, spasmophilie, 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).