

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

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

Vincent DELBOS

Julien EMMANUELLI

Antoine DANIEL

François SCHECHTER

Sylvie DURAND-MOUYSSET

Synthèse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Liste des recommandations

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sommaire

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

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

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

Introduction

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

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

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

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

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

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

¹⁷ Cf. annexe n° 1

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

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

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

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

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

- Les origines de la création des UHSA et leur déploiement

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

²⁷ Dotations annuelles de fonctionnement et Comptes ressources emploi-activité

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

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

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

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

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

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

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

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

²⁸ DISP.

²⁹ Cf. annexe n° 8

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

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

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

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

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

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

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

Elle s'appuie sur deux fondements étroitement liés :

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

- La méthodologie de la mission

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁴³ Cf. annexe n°2

Cartes

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

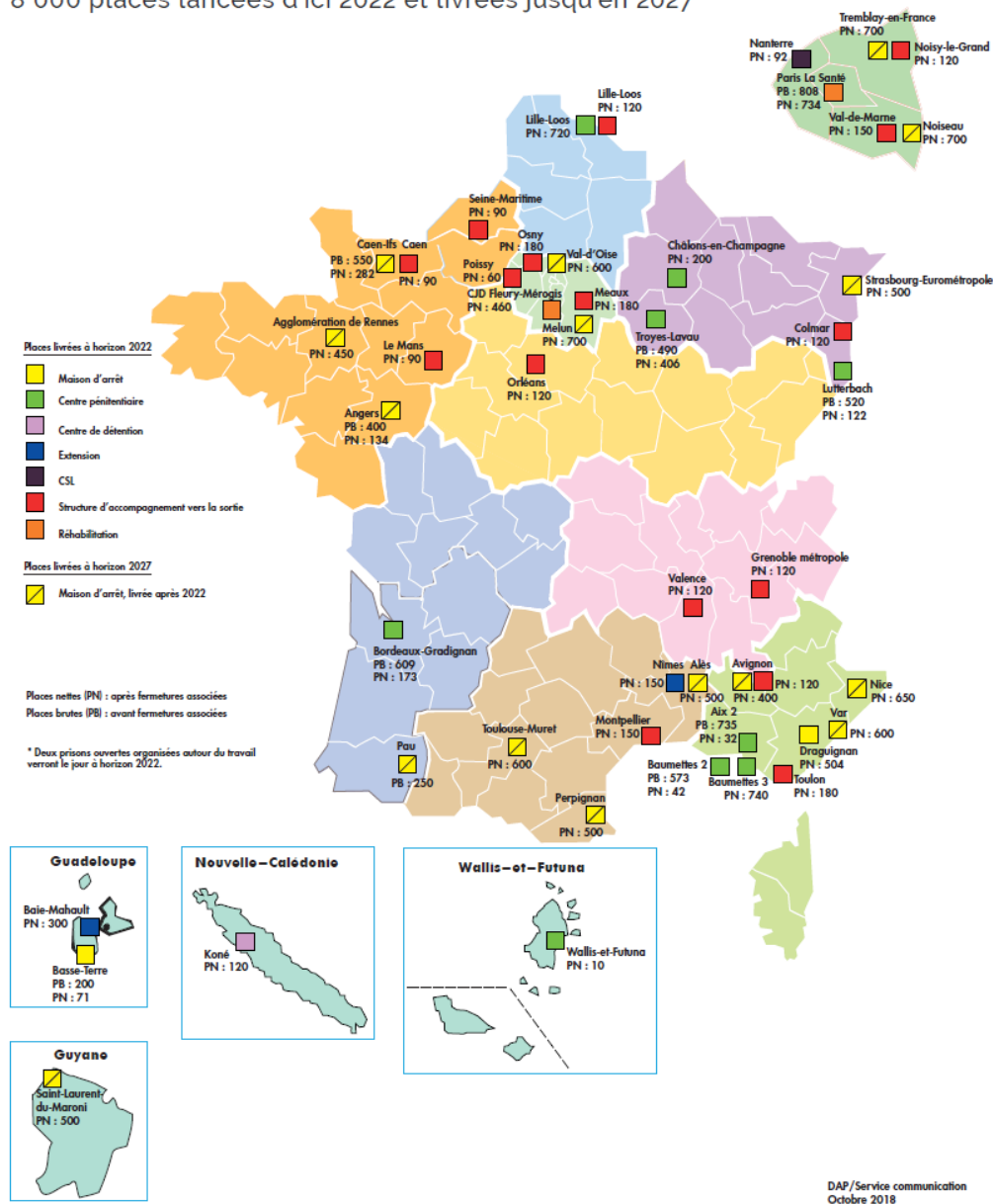


Carte 2 Carte des 15000 places prévues au plan de l'immobiliser pénitentiaire – octobre 2018

Carte des 15 000 places

7 000 places livrées jusqu'en 2022

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



DAP/Service communication
Octobre 2018

Ministère
de la Justice

Dossier de presse
Plan immobilier pénitentiaire

2

Carte 3 Unités et services médicaux dédiés aux personnes détenues

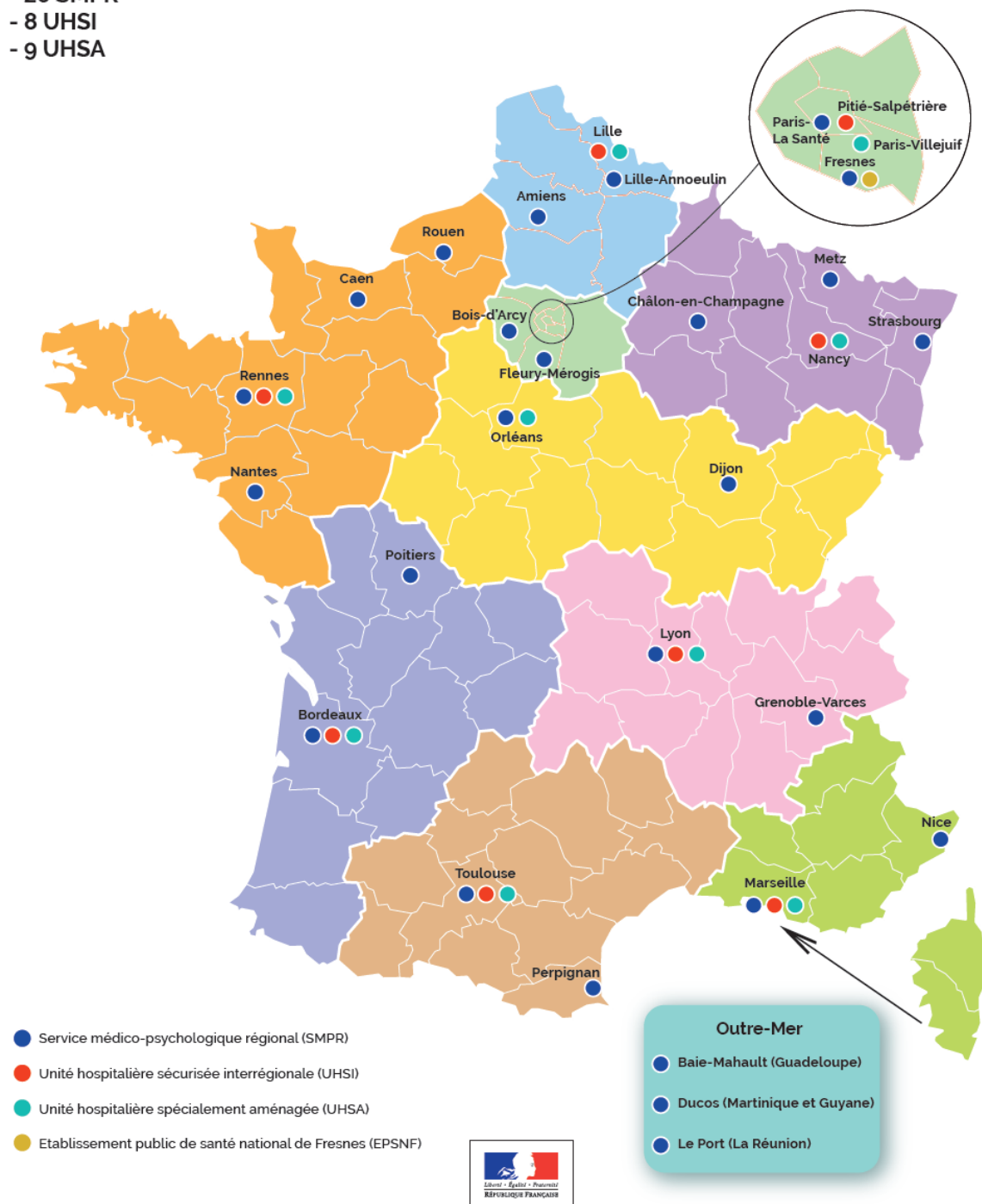
Unités et services médicaux dédiés aux personnes détenues

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

- 26 SMPR

- 8 UHSI

- 9 UHSA



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

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

1.1.1 Les principes issus des normes européennes et internationales

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

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

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

1.1.2 Les dispositions législatives et réglementaires en vigueur

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

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

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

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

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

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

⁴⁸ Cf. annexe n°12°.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2 La population admise en UHSA échappe à une définition simple

1.2.1 Une population difficile à caractériser au plan judiciaire

1.2.1.1 Caractéristiques judiciaires des patients détenus en UHSA

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

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques et judiciaires des personnes admises en UHSA⁵⁰

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

Source : Sénat 2014, Mission 2017 et DAP 2018

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 2 : Nombre de patients selon le type de mesures

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2.2 Une population mieux identifiée sur le plan sanitaire

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

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

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

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

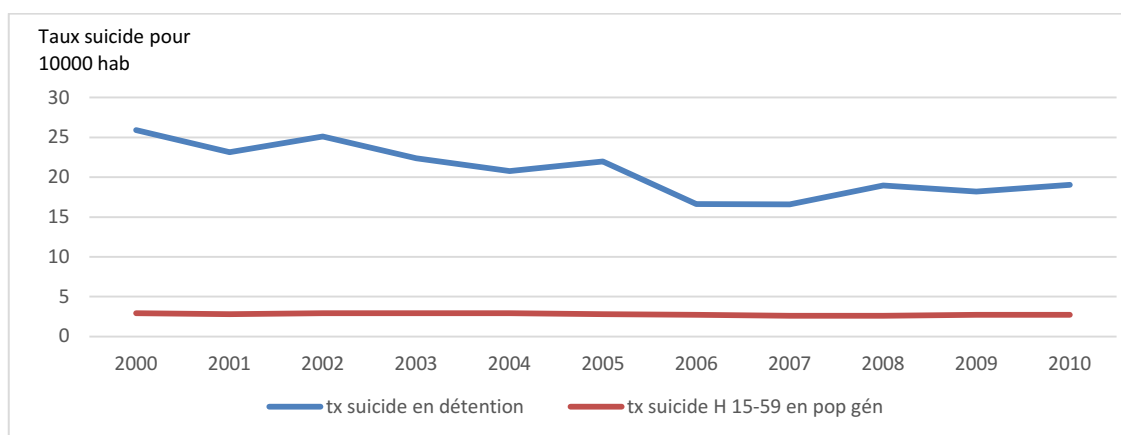
⁵⁵ Selon l'Observatoire du Système de Santé des Détenus de la DGOS (OSSD), les femmes représentent, 9,6 % des patientes admises en UHSA en 2016 (vs 3,9 % au sein de la population détenue écrouée et hébergée) et les mineurs en moyenne 1,6 % (vs 1,2 % au sein de la population écrouée et hébergée).

⁵⁶ Cf annexe n°7.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3.1 Du point de vue sanitaire

1.3.1.1 Les UHSA présentent des profils bâtimentaires et de fonctionnement distincts

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3.1.2 Les ressources humaines disponibles sont hétérogènes

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

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

Tableau 4 : Répartition des ressources sanitaires au sein des UHSA

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

Source : Mission d'après enquête auprès des UHSA.

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

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

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

⁶⁷ Kinésithérapeutes, diététiciens, ergothérapeutes, éducateurs sportifs.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

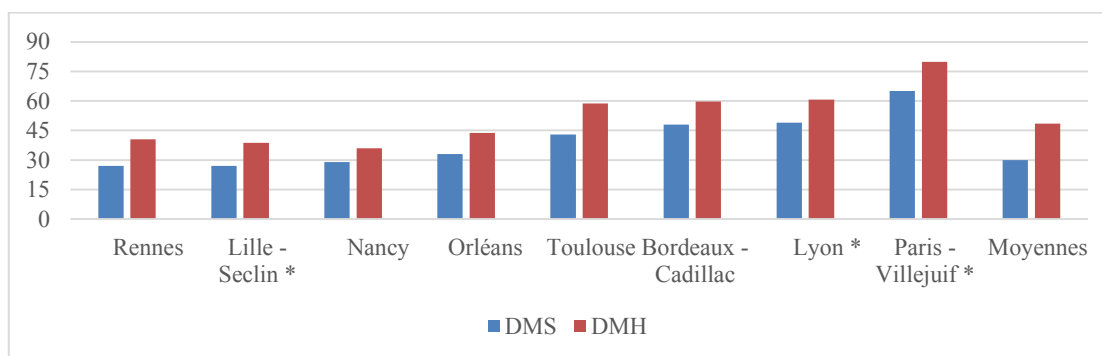
⁷³ Cependant, pour une même proportion de psychoses (Paris et Lyon), on observe des extrêmes dans les ratios isolements/séjour qui traduisent des approches médicales très différentes.

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

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

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

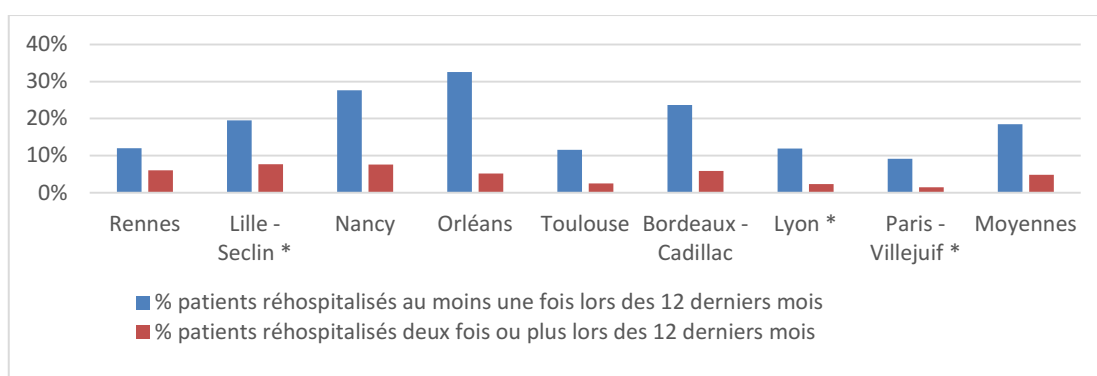
Tableau 5 : Répartition des DMS et des DMH par UHSA en 2017



Source : Mission d'après données ATIH 2017.

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

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



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

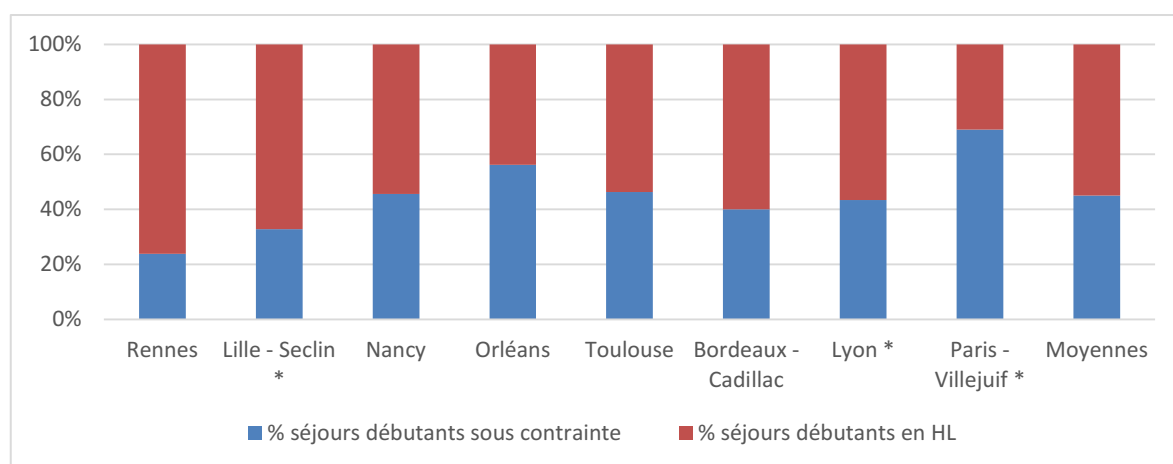
⁷⁴ Les UHSA présentant les plus forts taux d'occupation (Lyon, Toulouse, Rennes) sont aussi celles qui ont les plus faibles taux de ré-hospitalisation (12%), des DMH importantes (Toulouse et Lyon > 58j), un nombre élevé de décisions de placements en cellule d'isolement thérapeutique (Rennes, Toulouse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

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

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

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

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



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

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

⁷⁶ Cf annexe n°5.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁸¹ Cf. annexe n°4.

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

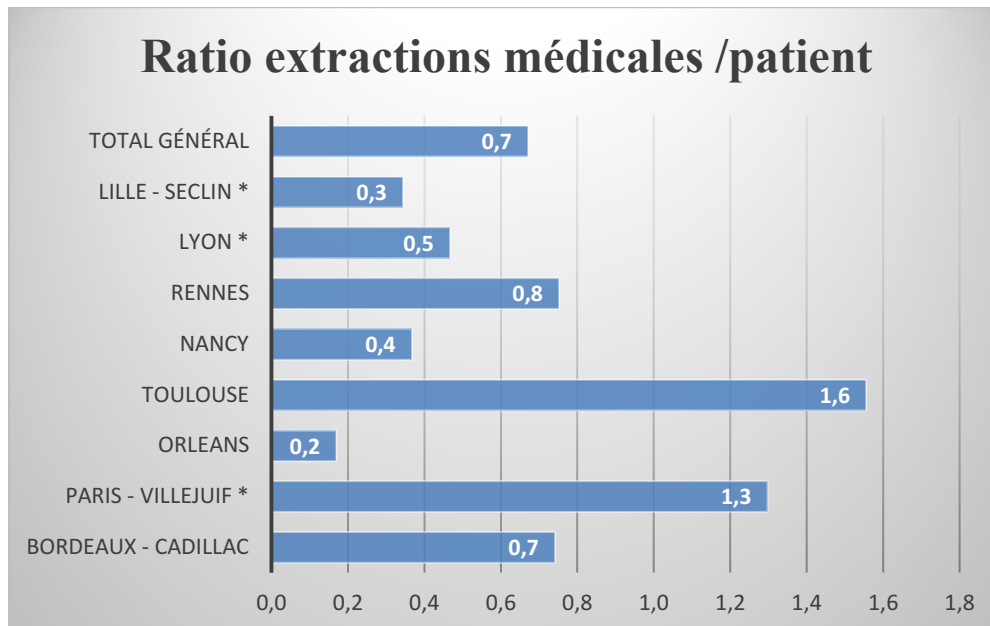
Concernant les soins dentaires, aucune UHSA n'est équipée de fauteuil dentaire. Une seule propose une vacation hebdomadaire de dentiste. Souvent, les soins sont différés et effectués en détention au sein du centre hospitalier de rattachement de l'UHSA ou encore à l'école dentaire (une UHSA concernée).

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

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

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

Tableau 8 : Extractions pour raisons médicales en 2017



Source : Mission d'après enquête auprès des UHSA.

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

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

1.3.2 Du point de vue pénitentiaire

1.3.2.1 Les ressources humaines pénitentiaires consacrées aux UHSA doivent être confortées

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁸⁹ Chiffres DAP, cf. annexe n°5.

⁹⁰ Cf. *infra* § 3.4.4.

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

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

⁹³ Circulaire précitée.

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

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

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

L'armement des personnels pénitentiaires affectés en UHSA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁰¹ Voir annexe n°5.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁰⁷ Voir annexe n°5.

¹⁰⁸ Article 2.6 de la fiche 5.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3.4 La prise en charge des publics présentant des vulnérabilités

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

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

1.3.4.1 Un faible nombre de patients détenus mineurs

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

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

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

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

¹²⁹ Soit 1,6% de la file active.

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

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

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

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

¹³⁴ Cf. annexe n°10

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

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

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

1.3.5 Des relations à renforcer entre équipes sanitaires et pénitentiaires

1.3.5.1 Des espaces de collaboration institutionnelle à conforter

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

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

¹³⁵ Soit 9,6% de la file active.

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

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

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

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

1.3.5.2 Les espaces de tension à réduire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ces lacunes portent essentiellement sur deux points :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁴⁶ Cf. annexe n°4

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁵³ Nombre d'entrée sur une période donnée.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ainsi, l'implantation des neuf premières UHSA répond :

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

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

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

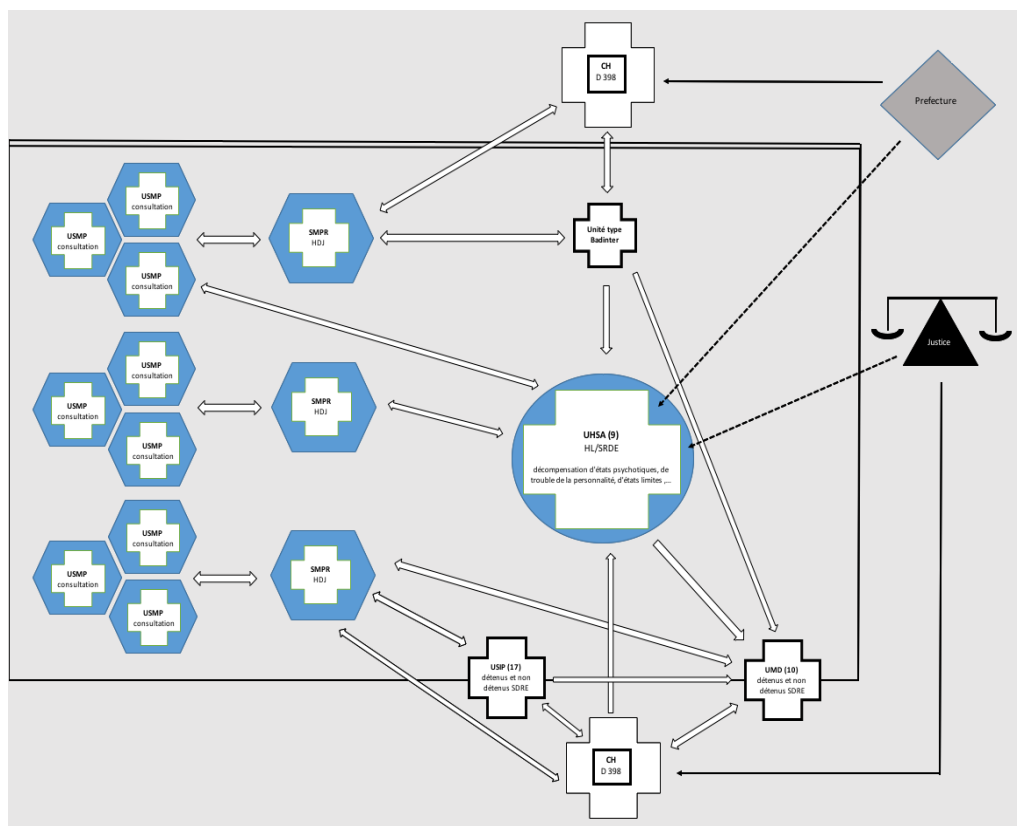
¹⁵⁸ Parmi celles-ci, la « prévention des affections mentales en milieu pénitentiaire », le « dépistage systématique des troubles psychiques des entrants », la « mise en œuvre de traitements psychiatriques nécessaires aux détenus », le « suivi psychiatrique postpénal en coordination avec les équipes du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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

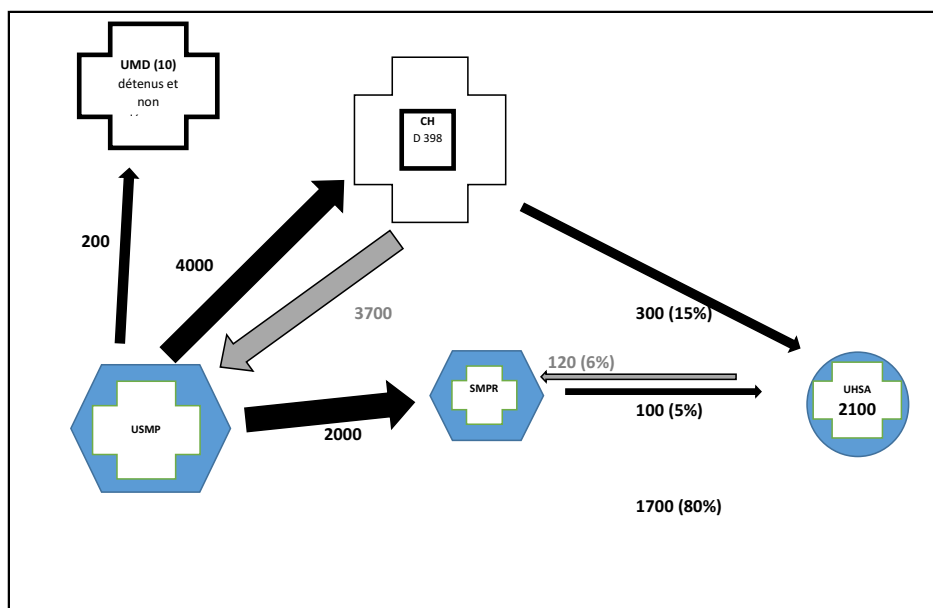
¹⁶⁴ S'interroger par exemple sur les mesures à prendre pour que les SMPR et, dans une moindre mesure les UHSA, accueillent davantage de patients.

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

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

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

Figure 2 : Origine des flux estimés vers les UHSA



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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.1.1 Un traitement des crises et des urgences à géométrie variable

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁷⁴ Un peu plus de 1000 par an.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.1.5 Les besoins auxquels répondent des structures spécifiques

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

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

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

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

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

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

¹⁸¹ Voir annexe 11.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.1.1 Les constatations de la mission

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

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

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

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

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

3.1.1.2 Une organisation du présentenciel à adapter

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

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

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

Deux options semblent possibles :

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

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

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

3.1.1.3 *Les modalités possibles*

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

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

3.1.2.1 *Etat des lieux, des outils à utiliser*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.2.3 Modalités à explorer.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.2 La construction de nouvelles places d'UHSA paraît indispensable

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

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

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

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

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

Plusieurs scénarii possibles visent simultanément ou alternativement :

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

¹⁹² Modélisations situées en annexe n°6.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

²⁰² Dont 282 à Caen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

²⁰⁸ Cf. annexe n°5

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

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

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

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

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

3.3.2 La prise en charge des malades chroniques

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

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

3.4 Le rôle des tutelles doit être repensé et mieux affirmé

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

La grande hétérogénéité des situations locales conjuguée à l'absence d'évaluation précise des besoins doit conduire à une réflexion d'ensemble visant à définir la place de chacune des structures susceptibles d'accueillir des personnes détenues pour des troubles psychiatriques. Outre de recenser l'offre et ses caractéristiques, il s'agit notamment de préciser les acteurs/structures qui prennent en charge les urgences, les situations de crise, les soins volontaires, les hospitalisations courtes ou de longue durée. A cette occasion, la place et le rôle des SMPR doivent être réexaminés, à la fois en terme d'efficience²¹² et de fonctionnement.

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

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

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

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

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

3.4.2 Les besoins et les pratiques doivent être mieux connus

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

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

3.4.3 Les projets médicaux doivent être rapprochés

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

²¹⁴ UHSA de Toulouse.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusion

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

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

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

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

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

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

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

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

A Paris, le 18 décembre 2018

Membres de la mission

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

M. François SCHECHTER
Inspecteur général
des affaires sociales

M. Antoine DANIEL,
Inspecteur de la justice,

Dr Julien EMMANUELLI
Inspecteur général
des affaires sociales

Mme Sylvie DURAND MOUYSET,
Inspectrice de la justice

Annexes

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