



HAL
open science

Création de l'Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée de Nancy

Nicolas Haegeman

► **To cite this version:**

Nicolas Haegeman. Création de l'Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée de Nancy. Sciences du Vivant [q-bio]. 2012. hal-01734189

HAL Id: hal-01734189

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734189>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE
2012

FACULTE DE MEDECINE
N°

THESE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle
de Médecine Spécialisée
par

Nicolas HAEGEMAN

Le 3 Octobre 2012

Création de l'Unité d'Hospitalisation
Spécialement Aménagée
de Nancy.

Examineurs de la thèse :

Mr le Professeur	R. Schwan	Président
Mr le Professeur	B. Kabuth	Juge
Mr le Docteur	L. Martrille	Juge
Mr le Docteur	P. Horrach	Juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen *Mission* « *sillon lorrain* » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Mission* « *Campus* » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen *Mission* « *Finances* » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen *Mission* « *Recherche* » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Asseseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Asseseurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick BOISSEL
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE Jean
FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN
Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL
Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT
Michel SCHWEITZER – Claude SIMON - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétiq

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteur Laure JOLY

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY
Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Michel BOULANGÉ – Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de
Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô
Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)*

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

A notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN

Professeur de Psychiatrie d'adultes

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de thèse et de juger ce travail.

Nous vous remercions pour les précieux conseils

Nous avons eu le privilège de bénéficier de la richesse de votre enseignement. Lors des séminaires, nous avons apprécié la finesse de votre sens clinique, votre souci de rigueur et vos qualités en matière de pédagogie.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère estime et de notre profond respect.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury et de juger notre travail.

Nous avons eu la chance de bénéficier de la qualité de votre enseignement, de vos qualités humaines et de votre disponibilité lors des séminaires de spécialité que nous avons suivis durant notre cursus.

Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE
Docteur en Médecine Légale,
Maître de Conférences Universitaire, Praticien Hospitalier.

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites de
siéger dans notre jury et de juger notre travail.

Nous vous remercions pour votre disponibilité, vos encouragements et votre
confiance.

Par ce modeste travail, veuillez recevoir un signe profond de respect et de
l'estime que nous vous portons.

A notre juge Monsieur le Docteur Pierre HORRACH,
Docteur en Psychiatrie.

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger dans ce jury et de juger ce travail.

Nous avons eu la chance et l'honneur d'apprendre auprès de vous. Vos qualités humaines et professionnelles sont un exemple pour nous. Votre soutien et vos conseils tout au long de ce travail nous ont été d'une aide capitale.

Recevez par ce modeste travail le témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre plus grand respect.

A Toi,
Sans qui rien ne m'est possible,
Par qui tout devient réalisable.
Merci.

A mes parents,
Pour leur soutien inconditionnel, leur amour, leur présence.
C'est grâce à vous que je suis là aujourd'hui.
Merci.

A ma famille,
Merci.

« Tout détenu est condamné un jour à sortir. »

P. Lamothe.

« Il y aura toujours un possible même dans le pire des malheurs. »

G. Richter.

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

Table des matières :

GLOSSAIRE :	22
INTRODUCTION :	23
PREMIERE PARTIE :	26
ETATS DES LIEUX DE LA PSYCHIATRIE EN MILIEU PENITENTIAIRE :	26
1. NAISSANCE DE LA PSYCHIATRIE EN MILIEU PENITENTIAIRE :	27
1.1. <i>De l'Antiquité à la Révolution</i>	27
1.2. <i>La révolution psychiatrique après la révolution de 1789 :</i>	29
1.3. <i>La note de Baillarger et autre constatation</i>	32
1.4. <i>Les premières structures spécialisées pour les détenus atteints de troubles mentaux.</i>	33
1.5. <i>L'après-guerre : La Réforme Amor</i>	35
1.6. <i>1950 : Création de deux établissements pénitentiaires à vocation sanitaire :</i>	36
Le centre d'observation psychiatrique pénitentiaire de Château Thierry : (71).....	36
Le centre de réadaptation pour psychopathe d'Haguenau : (4).....	37
1.7. <i>Le Code de Procédure Pénal de 1958 :</i>	37
1.8. <i>Création des CMPR</i>	38
1.9. <i>Le décret de 1986</i>	39
1.10. <i>La loi de 1994</i>	40
2 ACTUELLEMENT :	43
2.1 <i>Les établissements pénitentiaires :</i>	43
2.1.1 Généralités :	43
2.1.1.1 L'organisation administrative du Ministère de la Justice et des Libertés : (31)	43
2.1.1.2 Quelques définitions.	45
2.1.2 Les établissements pénitentiaires:	46

2.1.2.1 Les Maisons d'Arrêt :	46
2.1.2.2 Les établissements pour peines.....	47
2.1.2.3 Les centres de détention :	47
2.1.2.4 Les maisons centrales :	47
2.1.2.5 Les centres pénitentiaires :	48
2.1.2.6 Les centres de semi-liberté autonomes :	48
2.1.2.7 Les centres pour peine aménagée :	48
2.1.2.8. Les établissements de peine pour mineurs :	49
2.1.2.9. Populations à part : les femmes et les mineurs. (54)	50
2.1.3 Répartition des places en établissement pénitentiaire :	53
2.1.4 Alternatives à l'incarcération :	54
2.1.5 La population pénale française :	57
2.2 Structures de soins en milieu pénitentiaire :	61
2.2.1. Les soins somatiques :	62
2.2.1.1 Premier niveau : les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) :	62
2.2.1.2 Deuxième niveau : Prise en charge à temps partiel : alternative à l'hospitalisation complète.....	63
2.2.1.3 Niveau 3 : Prise en charge hospitalière complète.....	64
2.2.2. Les soins psychiatriques :	66
2.2.2.1 Premier niveau : dispositif de soin psychiatrique (DSP) à l'UCSA	67
2.2.2.2 Deuxième niveau : les Services Médico Psychologique Régionaux (SMPR)	69
2.2.2.3 Antennes SMPR	73
2.2.2.4 Particularités des mineurs et des femmes.....	73
2.2.2.5 Troisième niveau : les hospitalisations à temps plein :	75
2.2.2.5.1 Hospitalisation d'office en D398 du CPP.....	76
2.2.2.5.2 L'UHSA :	77
2.2.2.5.3 Les UMD (Unités pour Malades Difficiles)	78
2.2.2.5.4 Les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) (48).....	78
3. EPIDEMIOLOGIE :	80

<i>3.1 Epidémiologie des troubles psychiatriques en détention : étude de Rouillon et Falissard. (74)</i>	81
3.1.1 : Troubles anxieux.....	81
3.1.2 : Troubles thymiques.....	82
3.1.3 : Troubles psychotiques.....	82
3.1.4 : Troubles addictifs.....	83
3.1.5 : Risque suicidaire.....	83
3.1.6 : Personnalité pathologique.....	83
3.1.7 : Population mineure en détention:.....	84
3.1.8 : Particularités.....	84
<i>3.2 Prévalence du suicide en détention:</i>	86
3.2.1 La variation de la prévalence au cours de 20 dernières années :.....	87
3.2.2 Les caractéristiques du suicide en milieu pénitentiaire :	89
Profil socio judiciaire des détenus suicidés :	89
Les modalités de passage à l'acte :.....	89
Les tentatives de suicide en prison :	90
<i>3.3 Prévalence des addictions :</i>	91
<i>3.4 La prise en charge de la santé mentale des détenus (13)</i>	92
<i>3.5 Caractéristiques sociologiques de la population pénale : (74)</i>	95
3.5.1 Au niveau familial :.....	96
3.5.2 Sur le plan personnel :.....	96
3.5.3 Les antécédents judiciaires :.....	96
3.5.4 Au niveau professionnel :.....	97
<i>3.6 Revue de la littérature non exhaustive (annexe 9):</i>	98
<i>3.7 L'hospitalisation à temps complet des détenus :</i>	100
3.7.1 Hospitalisation en SDRE :.....	100
3.7.2 Hospitalisation en UMD :	102
<i>3.8 En conclusion :</i>	103
4. INTERETS ET LIMITES DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE ACTUELLE :	105
4.1 Intérêts et limites de la prise en charge psychiatrique dus à la Loi.	105
4.2 Intérêts et limites de la prise en charge psychiatrique dus à la détention :	107
4.3 Intérêts et limites de cette prise en charge psychiatrique même:	110

PARTIE II :	117
CREATION DES UHSA.	117
1. INTRODUCTION	118
1.1 <i>Le contexte de la loi.</i>	118
1.2 <i>La loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002.</i>	119
1.3 <i>L'article 48 :</i>	122
1.4 <i>Notifications :</i>	124
2. PRINCIPES ET FONCTIONNEMENT DE L'UHSA	126
2.1 <i>Les principes d'une UHSA :</i>	126
2.2. <i>Le fonctionnement de l'UHSA.</i>	127
2.3 <i>Le statut de la personne hospitalisée :</i>	128
2.4. <i>Les locaux et les capacités d'accueil.</i>	131
2.5. <i>Les missions soignantes.</i>	133
2.6. <i>Les missions du personnel pénitentiaire.</i>	134
2.6.1 <i>Les missions des personnels pénitentiaires</i>	135
2.6.2. <i>Le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)</i>	137
2.6.3. <i>La protection judiciaire de la jeunesse concernant les mineurs hospitalisés en UHSA.</i>	138
2.7. <i>les modalités d'hospitalisation et de transport.</i>	138
2.7.1 <i>Hospitalisation en Soins Libres :</i>	138
2.7.2 <i>Hospitalisation sous contrainte :</i>	139
2.8. <i>Les modalités de sortie</i>	140
2.9. <i>les dispositions spécifiques</i>	141
2.9.1 <i>Dispositions particulières à certaines populations :</i>	141
2.9.2 <i>Dispositions liées à la mise en œuvre du programme UHSA :</i>	141
2.10. <i>évaluation</i>	141
3 LES PREMIERES UHSA.	143
3.1 <i>L'UHSA de Lyon :</i>	143
3.1.1 <i>L'unité :</i>	143

3.1.2 Des débuts difficiles :	144
3.1.3 Les premières constatations	145
3.2 <i>L'UHSA de Toulouse</i> :	147
PARTIE III :	149
L'UHSA DE NANCY	149
1. INTRODUCTION.....	150
1.1 <i>Implantation dans l'Est.....</i>	<i>150</i>
1.1.1: Organisation des soins psychiatriques en détention en Lorraine :	151
1.1.2 Les projets envisagés en Lorraine Alsace :	152
1.2 <i>L'UHSA de Nancy Laxou. Convention avec le Centre Psychothérapique de Nancy (CPN).</i>	<i>153</i>
1.2.1 Implantation de l'UHSA sur le site du CPN :	153
1.2.2 Présentation du CPN.	154
1.2.3 L'UHSA de Nancy : proximité avec les structures :	157
1.2.4 Les territoires couverts par l'UHSA.....	157
1.2.5 : Place de l'UHSA de Nancy dans le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire existant dans le grand Est :	160
Place et rôle du SMPR de Metz :	160
2 LE DEROULEMENT DU PROJET DE L'UHSA DE NANCY.	163
2.1 <i>A l'origine</i> :	<i>163</i>
2.2 <i>Le comité de pilotage</i> :	<i>164</i>
2.3 <i>Construction d'une UHSA au CPN de Nancy.....</i>	<i>166</i>
2.3.1 Réunions de travail :	166
2.3.2 Historique de la construction :	168
2.3.3 Description du projet architectural :	169
2.3.3.1 Description technique :	170
2.3.3.2 Le projet Pertuy :	171
La partie pénitentiaire :	171
- Les unités de soins :	173
3 CREATION DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT DE L'UHSA :	177

3.1 Groupe de travail organisation médicale :.....	177
3.2 Projet médical de l'UHSA de Nancy.....	178
3.3 Groupe de travail pénitentiaire et médical :.....	180
3.4 Groupe de travail : coordination avec l'UHSI, l'UMPS du CPN.	182
3.5 Collaboration UHSA et la pharmacie du CPN:.....	184
3.6 Groupe de travail : collaboration avec l'ARS :.....	185
3.7 Réunion avec les différents partenaires : SPIP et PJJ.....	186
3.8 Réunions de communication :	186
3.9 La commission locale de coordination :	187
4 ORGANISATION DES EQUIPES SOIGNANTES ET PROTOCOLES.	189
4.1 Composition des équipes soignantes.	189
4.1.1 Le recrutement :	189
4.1.2 Composition de l'équipe soignante :.....	190
4.1.3 Profil de poste :	192
4.1.4 Permanence des soins :.....	192
4.2 L'équipe pénitentiaire :.....	193
4.3 Formations, coordination et protocoles entre les équipes soignantes et pénitentiaires.	194
4.3.1 Formation spécifique pour les professionnels de soin :	195
4.3.1.1 Présentation du dispositif pénitentiaire :	195
4.3.1.2 Stage d'immersion en milieu pénitentiaire :.....	196
4.3.1.3 Stage à l'UHSA de Lyon :.....	196
4.3.1.4 Stage en UCSA :.....	197
4.3.2 Plan de formation des agents pénitentiaires :.....	197
4.3.2.1 Sensibilisation à la santé mentale :.....	197
4.3.2.2 Stage d'immersion en service de soin :	197
4.3.3 Formations communes :	198
4.3.3.1 Prévention du risque suicidaire :	198
4.3.3.2 Formation OMEGA :.....	199
4.3.3.3 Formation « incendie » :.....	199
4.3.3.4 Formation ERIS :.....	200
4.4 Au final : fonctionnement à blanc.	201

5 ETUDE :	202
5.1 <i>Caractéristiques sociodémographiques :</i>	202
5.1.1 : Age et sexe des patients accueillis :	202
5.1.2 Données sociologiques :	203
5.1.3 : Le parcours judiciaire :	204
5.1.4 : La provenance des patients :	205
5.2 : <i>Données relatives à la santé des patients de l'UHSA de Nancy.</i>	208
5.2.1 : Les antécédents psychiatriques :	208
5.2.2 : L'activité du service :	209
5.2.2.1 : La montée en charge :	209
5.2.2.2 : Le taux d'occupation :	210
5.2.2.3 : Mode d'hospitalisation :	211
5.3 : <i>Diagnostics et motifs d'hospitalisation :</i>	212
5.3.1 : Les motifs d'hospitalisation :	212
5.3.2 : Pathologies principales et associées :	213
5.3.3 : Cas particuliers des patients souffrant de schizophrénie :	214
5.4 : <i>Prise en charge du patient :</i>	216
5.4.1 : Les traitements :	216
5.4.2 : Les activités thérapeutiques :	218
5.4.3 : Consultations somatiques sur le plateau technique du CPN :	219
5.5 : <i>Les transferts :</i>	219
5.6 : <i>Agressivité et agression :</i>	220
5.7 : <i>Les sorties :</i>	221
ANALYSE DE L'ETUDE :	223
1.1 <i>Provenance des patients :</i>	223
1.2 <i>Admission dans le service :</i>	224
1.3 : <i>Prise en charge des patients, gestion de la crise :</i>	225
1.4 : <i>Les soins somatiques :</i>	227
1.5 : <i>Coopération avec l'administration pénitentiaire :</i>	227
1.6 : <i>Les sorties :</i>	228

LES UHSA EN DEVENIR :	231
3.1 <i>Marseille</i> :	231
3.2 <i>Cadillac</i> :	231
3.3 <i>Lille</i> :	231
3.4 <i>Rennes</i> :	232
3.5 <i>Orléans</i> :	232
3.6 <i>Villejuif</i> :	232
DISCUSSION :	234
CONCLUSION :	243
BIBLIOGRAPHIE	2466
ANNEXE :	256

GLOSSAIRE :

- A.P. : Administration Pénitentiaire
- C.M.P.R. : Centre Médico Psychologique Régional
- C.P. : Code Pénal
- C.P.P. : Code de Procédure Pénal
- C.S.P : Code de Santé Publique
- C.S.S.T. : Centre de Soins Spécialisé aux Toxicomanes
- D.A.C.G. : Direction des Affaires Criminelles et des Grâces
- D.A.P. : Direction de l'Administration Pénitentiaire
- D.I.S.P : Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires
- D.P.J.J. : Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
- D.S.P. : Dispositif de Soins Psychiatriques
- I.G.A.S. : Inspection Générale des Affaires Sanitaires
- I.G.S.J. : Inspection Générale des Services Judiciaires
- P.J.J. : Protection Judiciaire de la Jeunesse
- R.P.S. : Remise de Peine Supplémentaire
- S.D.R.E. : Soins à la Demande du Représentant de l'Etat
- S.M.P.R. : Service Médico Psychologique Régional
- S.P.I.P. : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
- S.P.M.P. : Secteur de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire
- U.C.S.A. : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
- U.H.S.I. : Unité d'Hospitalisation Sécurisée Interrégionale
- U.M.D. : Unité pour Malades Difficiles

INTRODUCTION :

La prison est un endroit particulier à plus d'un titre. Lieu de privation des libertés, lieu de répression mais également de coercition, il n'en demeure pas moins un lieu de vie pour des personnes qui ont enfreint la loi. Ces personnes qui forment « la population pénale » présentent également des particularités et ne représentent pas un ensemble homogène. Outre les crimes et délits qu'ils ont pu commettre, leur parcours de vie, leur histoire personnelle ne sont pas banals ni similaires.

La rencontre de la psychiatrie et de la prison date de plusieurs siècles. Elle s'est métamorphosée depuis en une relation durable où psychiatrie et justice cohabitent. Mais ces deux institutions ont présenté à différentes périodes de l'histoire des crises existentielles communes ou dues à chacune des deux institutions.

La psychiatrie en milieu pénitentiaire peut être un témoin de ces changements identitaires. Elle a elle-même bénéficié de certains changements au profit de l'amélioration des soins aux patients-détenus, comme son indépendance vis-à-vis de l'administration pénitentiaire. Toutefois, cette dernière décennie a vu nombre de rapports qui ont critiqué les conditions parfois déplorables des hospitalisations sous contraintes de patients détenus dans les secteurs de psychiatrie générale. Pour exemple, l'utilisation de la chambre d'isolement des patients détenus ne correspondait pas toujours à des indications thérapeutiques.

Ceci a nécessité après de multiples débats la création d'Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée. L'un des objectifs majeurs de ces unités était de permettre aux détenus de bénéficier d'un système de soins psychiatriques comparable à celui de la population générale. 705 places devaient à terme être créées lorsque les deux phases de travaux seront achevées.

Durant notre internat, il nous a été donné la chance de pouvoir découvrir cette pratique singulière. Ainsi le stage au Service Médico Psychologique Régionale du centre pénitentiaire de Metz, sous la chefferie de Monsieur le Dr P Horrach, nous a permis d'approfondir nos connaissances en matière de psychiatrie légale et d'apprendre la psychiatrie en milieu pénitentiaire. Cela nous a également donné goût à cet exercice.

La création de l'Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée de Nancy, dont Monsieur le Dr Horrach est l'un des membres fondateurs, est une opportunité rare pour un interne de voir et comprendre comment se crée un service. Cette unité, dont il n'existait lors des premières réflexions nancéiennes, aucune autre structure en France, a été réfléchie, appréhendée, construite de toute pièce.

Pour comprendre les UHSA nous avons besoin de faire un état des lieux de la psychiatrie en milieu pénitentiaire. Comment a-t-elle été imaginée par les pères fondateurs de la psychiatrie asilaire ? Pour quelles raisons ? Comment a-t-elle évolué ? Mais nous pouvons alors nous questionner sur la nécessité de la présence de la psychiatrie en milieu pénitentiaire ? Les patients psychiatriques ont-ils leur place en détention ? Quel est alors le sens de la peine ?

Cela renvoie également au présent : quels sont les soins psychiatriques proposés aux détenus ? Quels établissements pénitentiaires permettent une prise en charge psychiatrique ? Quelles sont les épidémiologies des pathologies psychiatriques en prison à l'heure actuelle ? Quelles étaient les intérêts, mais également les limites, de cette psychiatrie en milieu pénitentiaire ?

Puis nous aborderons la loi princeps qui permet la création d'une nouvelle unité hospitalière pouvant accueillir à temps plein des patients-détenus incarcérés en soins libres ou non consentis. Ainsi nous expliciterons le fonctionnement général des UHSA, les rôles

conjointes des deux administrations sanitaire et pénitentiaire.

Enfin, après avoir cité les autres structures en fonctionnement ou en cours de construction, nous réfléchissons sur la création de l'unité de Nancy. Quel est l'intérêt de cette unité ? Pourquoi à Nancy ? Quel a été le déroulement de la construction immobilière mais surtout du projet médical ?

Une étude épidémiologique descriptive sur les patients accueillis lors des quatre premiers mois de fonctionnement permettra d'avoir les premières réflexions sur le fonctionnement, les avantages et les craintes liés à ces unités.

Première partie :
Etats des lieux de la psychiatrie en milieu
pénitentiaire :

1. Naissance de la psychiatrie en milieu pénitentiaire :

1.1. De l'Antiquité à la Révolution

Tout au long de l'histoire, le malade mental, le criminel et la loi ont entretenu une relation étroite et dissonante (69). En effet, depuis l'Antiquité, le « *fou* » a toujours ou presque bénéficié d'un « *non-lieu juridique* » du fait de son état mental. Platon, déjà au IV^e et Ve siècle avant JC, apportait l'idée de l'excuse légale de la démence si le crime était perpétré par un fou (71).

Les termes désignant la personne atteinte de pathologie psychiatrique ont évolué au fil des représentations sociétales et médicales. Ainsi du « *fou* » moyenâgeux, la dénomination a évolué : « *dément* », « *insensé* » puis « *aliéné* » et enfin « *malade mental* ». Nous expliciterons chacun de ces termes au fur et à mesure de leur rencontre lors de ce rappel historique.

La folie est un terme ancien désignant un état de l'esprit et plus concrètement la « *déraison ou l'absence de raison, ce qui échappe au contrôle de celle-ci* » (64). Dans son dictionnaire philosophique, Voltaire écrivit que la folie était « *d'avoir des pensées incohérentes et la conduite de même* ». (49) Le terme « folie » persistera au fil des siècles, gardant un sens péjoratif.

Ainsi donc la folie était reconnue comme excuse par les grecs lors d'un crime. Puis au Moyen-Age, sous le poids du droit coutumier et de la religion, il ne fut plus un argument et les lois médiévales prévoyaient l'enfermement et une prise en charge commune sans distinction avec les autres condamnés.

Il existait également des lieux de détention réservés aux « insensés », comme par exemple le Châtelet de Melun ou la fameuse Tour aux Fous de Caen comme le rapporte M Foucault (24). Il était alors fait état d' « insensés », c'est-à-dire des hommes et des femmes qui avaient perdu le sens commun, la raison. De ce fait, un homme dit « insensé » était exclu de l'humanité, de toute communication inter humaine (29), il devenait, par la même, une bête sauvage dont il fallait se protéger.

Ces lieux étaient donc des endroits de rétention, voire de protection de la société contre ces individus. Il ne s'agissait pas de lieux de soins pour ces détenus dont le seul crime était d'être malade. La Tour aux Fous de Caen était une prison dans les fortifications de la ville de Caen. Elle se situait dans la Tour Chatismoine et accueillait dès le XVII^e siècle les aliénés et les nécessiteux. Selon les magistrats, il ne s'agissait pas d'une prison mais bien d'un endroit servant d'asile pour les citoyens de la ville dont « *l'esprit est dérangé* » qui trouvaient dans ce lieu « *tous les secours qui leur sont nécessaires* ». Mais aucun soin ne leurs était apporté, tout au plus étaient-ils nourris. Les conditions de détention dans cette tour étaient des plus inhumaines. (38)

Ensuite, différentes structures ont vu le jour dont notamment des structures religieuses puis des Hôpitaux Généraux au XVII^e siècle sous Louis XIV. En effet, le pouvoir royal, confronté aux problèmes de la pauvreté, de la délinquance et de la prostitution, a créé des hôpitaux généraux où étaient systématiquement enfermés les pauvres, les mendiants et les malades, dont les insensés, des deux sexes et de tout âge. Le but uniquement juridique, était de conserver l'ordre public, entraînant une confusion entre le fou et le criminel (50). Bien qu'un médecin assurait un service de santé minimal, ces lieux n'étaient pas des établissements médicaux mais bien des endroits réservés au travail, ce qui devait « *permettre à ces personnes de sauver leur âme* » ! (12)

Ces Hôpitaux Généraux ne comptaient en moyenne que 5 à 10 % d'insensés parmi leur population. Ces structures semi juridiques permettaient essentiellement de protéger la société

des indésirables, insensés, mendiants ou criminels, et de garder sous contrôle une main d'œuvre très bon marché.

1.2. La révolution psychiatrique après la révolution de 1789 :

Avec la période des Lumières et la Révolution, des idées humanistes ont progressé et les médecins s'indignaient des conditions de vie réservées aux « insensés », terme encore réservé à cette époque aux personnes souffrant de troubles psychiatriques et bientôt désuet. Le début du XIXe siècle a vu apparaître des mesures qui marqueront un tournant juridique et institutionnel qui persisteront jusque dans les années 1970.

Ainsi, le Code Pénal de 1810 dans son livre II « Des personnes punissables, excusables ou responsables, pour crimes ou pour délits » indiquait dans son article 64 :

« Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. »

La démence faisait ici référence à un sens très général de la folie générale chronique, opposé à l'idiotie, terme de l'époque désignant une folie congénitale. Pinel ajoutera que la démence est une « débilité générale qui frappe les fonctions intellectuelles et affectives comme dans la vieillesse » dans son *Traité médico-philosophique* (64). Cette démence fait perdre, au citoyen d'après la Révolution, le libre arbitre et donc sa responsabilité aux yeux de la loi.

Cet article était tout à fait singulier et novateur. D'abord, il liait l'acte criminel avec les troubles psychiques présentés par le prévenu au moment de l'acte. Ensuite, il liait les faits,

d'un point de vue juridique, s'il y avait présence de ces mêmes troubles. Cela aura pour conséquence de développer la pratique de l'expertise « psychiatrique » dans les cours de justice et de créer un paradoxe entre la justice et la psychiatrie, les victimes et les délinquants irresponsabilisés, paradoxe qui perdurera jusqu'à nos jours.

Cet article sera renforcé par la loi du 30 juin 1838 qui offrait un cadre juridique à la prise en charge des aliénés. En effet, cette loi déterminait les établissements d'aliénés et les modes de placement dans ces établissements : placement volontaire, par la famille du malade, et placement ordonné par l'autorité publique. Sera ainsi créé l'aliénisme, nouvelle discipline médicale, bientôt appelé la Psychiatrie, et l'institution asilaire.

L'aliénisme est l'étude et le soin de l'aliénation mentale, soit des troubles graves et prolongés de l'activité psychique, signifiant à la fois une perte de contact normal à la réalité et avec autrui, et une profonde atteinte de la liberté morale (64). Pinel parlera lui de « *diverses lésions de l'entendement* » (63).

Hegel attribuera à Pinel le mérite d'avoir reconnu, dès lors, un reste de raison à toute personne considérée jusqu'ici « insensée » et devenue maintenant aliénée avec la possibilité d'un traitement moral, introduit par Pinel, « moral » s'entendant ici par opposition à physique. Ainsi, Hegel expliquait pour ce traitement qu' « *à cette conception que la folie n'est pas une perte abstraite de la raison, ni du côté de l'intelligence, ni du côté de la volonté mais un simple dérangement de l'esprit, une contradiction dans la raison qui existe encore* » dans son Précis de l'encyclopédie des sciences philosophiques (64).

Il est une image d'Epinal que celle de Pinel, alors médecin chef à Bicêtre puis à la Salpêtrière, enlevant les chaînes des insensés auxquelles ils étaient depuis si longtemps attachés. Il a ainsi introduit une attitude médicale radicalement nouvelle vis-à-vis de ces malades.

Ainsi, nous assistons, avec Pinel et la naissance de l'asile, à la reconnaissance de l'aliénation mentale comme pathologie, maladie mentale, ce qui « *humanisera dès lors la folie* » (50) (47). Ces hommes et ces femmes ne sont plus des fous, des possédés mais des malades dont il faut prendre soin, qu'il faut protéger (5). Leurs comportements particuliers s'expliquent dès lors par leur maladie, permettant sinon de comprendre au moins d'accepter leur état.

L'institution asilaire était donc une structure institutionnelle, permettant par l'isolement, du reste de la population, la protection de l'aliéné, son soin, et son observation pour cette science nouvelle. Mais il s'agit également d'une structure juridique comme nous l'avons vu pour les placements et les populations qu'elle va drainer : les délinquants reconnus irresponsables.

A cela s'ajoute alors les travaux d'Esquirol, élève de Pinel, sur les monomanies homicides. Esquirol décrit ainsi les monomanies comme des délires partiels, limités à une seule ou un petit nombre d'idées. Esquirol formulait l'hypothèse que les patients raisonnaient à partir d'un principe faux dont ils suivaient sans dévier les pans logiques et dont ils tiraient les conséquences légitimes qui modifiaient leurs affections et les actes de leur volonté.

Il distingua les monomanies intellectuelles où la symptomatologie était dominée par les hallucinations et les troubles intellectuels, et les monomanies affectives où le trouble sera surtout affectif avec peu de délire, alors connu sous le terme de manie raisonnante de Pinel. Il a décrit également les monomanies instinctives, où seule la volonté était lésée.

Il décrira dans cette catégorie de monomanie instinctive la « monomanie homicide sans délire », c'est-à-dire l'explication d'un crime par un trouble mental. Cela engendrera des discussions vives dans les cours d'assise entre des magistrats, qui veulent appliquer la loi, et les aliénistes qui pensent ces sujets irresponsables.

Ainsi, les psychiatres considéreront que la pathologie mentale exclue l'emprisonnement et ils s'attribueront le traitement des aliénés. Par cette théorie radicale de la séparation des criminels et des aliénés, de la prison et de l'asile, les psychiatres penseront fréquenter les prisons qu'en tant qu'experts, qu'auxiliaires de justice, chargés de déterminer l'éventuel état de démence d'un prévenu ou sa responsabilité au moment des faits (9). Mais cela fut illusoire et les malades mentaux ont continué à être incarcérés et les psychiatres ont continué à fréquenter les prisons.

Ainsi donc, la personne souffrant de pathologie psychiatrique, qui sera le terme que nous utiliserons dès à présent en remplacement de tous les autres (insensés, aliénés...), a acquis, non sans difficulté, un statut à part entière aux yeux de la société. Et les psychiatres, dans la lignée ou parfois en contradiction avec Pinel et Esquirol, continueront à essayer de les comprendre et les soigner dans les asiles mais également dans les prisons.

1.3. La note de Baillarger et autre constatation

Le docteur Jules Baillarger fut médecin aliéniste au XIX^e siècle et notamment le cofondateur de la Société Médico Psychologique. Elève d'Esquirol, il a exercé à la Salpêtrière où il a enseigné également la psychiatrie et publié de très nombreux articles scientifiques.

En 1844, Baillarger a écrit une note sur les causes de la fréquence de la folie chez les prisonniers. Il était alors médecin en chef du service des aliénés de la Salpêtrière depuis 1840, quand il a dénoncé « *les effets de l'incarcération sur les détenus malades et également sur ceux qui ne souffraient pas de trouble mental* » (2). Ses constatations sont toujours d'actualité (3) : en effet, il soulignait que la maladie mentale pouvait apparaître dans la vie du sujet après le jugement, ou n'être découverte qu'à l'examen psychiatrique lors de l'incarcération.

Il décrit également « *un certain nombre d'individus doués d'une organisation spéciale qui constitue, presque à elle seule, un commencement de la maladie qui prédispose à un plus haut degré à tous les dérangements de l'intelligence* ». Par ailleurs, à l'occasion d'une incarcération, les prisonniers pouvaient présenter des décompensations psychiatriques réactionnelles (l'incarcération peut être un facteur de décompensation d'un trouble mental, de même que certains événements inhérents à la détention). D'ailleurs Baillarger rapportait que « *le régime disciplinaire de la prison peut devenir une cause de folie chez les détenus* ».

Il faut ajouter qu'à cette époque déjà la question de la simulation de la folie pour échapper à la peine d'emprisonnement faisait rage et entraînait de vives discussions, Baillarger admettant d'ailleurs qu'il était possible qu'il y ait des simulateurs.

De même, en 1844, le Docteur Lelut, médecin chef à la Salpêtrière et de la prison du Dépôt des condamnés, constatait dans son rapport intitulé « *De l'influence de l'emprisonnement cellulaire sur la raison des détenus* » : « *Il y aura toujours une plus grande proportion d'aliénés dans les prisons que dans la population générale* ». (41)

Ainsi donc sont posées les questions de la psychiatrie et de la détention : les malades mentaux doivent-ils être incarcérés ? La prison entraîne-t-elle des troubles mentaux ? Comment organiser les soins et la détention pour cette population particulière ? Ces questions trouveront différentes réponses au fil des époques comme nous allons l'expliquer.

1.4. Les premières structures spécialisées pour les détenus atteints de troubles mentaux.

Deux courants, sanitaire et pénitentiaire, chercheront des structures adaptées aux délinquants présentant des troubles psychiatriques soit exclusivement pénitentiaire, soit

sanitaire, soit en faisant collaborer les deux institutions. Les aliénistes penseront les premières structures spécialisées pour accueillir les malades mentaux criminels.

C'est ainsi que verront le jour les quartiers « de condamnés aliénés et épileptiques » de la maison centrale de Gaillon, établissement pénitentiaire et psychiatrique. Ce service de « condamnés aliénés » dans la maison centrale est dirigé par H. Colin. Il s'agit d'un quartier pour condamnés aliénés et il a pour objectif de mieux traiter les détenus condamnés souffrant de troubles psychiatriques. Il a également pour but d'éviter les évasions fréquentes de détenus simulateurs envoyés à l'asile. Cette structure fermera quelques années plus tard.

Ce sont les ancêtres des Maisons Centrales Sanitaires. Il faut ici expliquer ce que sont les Maisons centrales sanitaires : il s'agit de prisons pour condamnés dites centrales car elles dépendent de l'administration centrale du ministère de l'intérieur, financées par l'Etat central. Dans ces prisons, sont accueillis des hommes, des femmes et des enfants et le travail est obligatoire. Ainsi, le quartier des aliénés aura la tâche de l'épluchage du coton. (39)

D'autres préfèrent effectuer une séparation nette entre les délinquants qui présentent ou non des troubles mentaux. Ainsi, Voisin pense qu'il faut séparer dans la pénitencière les individus incurables et dangereux des malades mentaux sans trouble du comportement.

Dans le même temps, H Colin travaillera à la création d'un quartier de sûreté à Villejuif, l'ancêtre de l'Unité pour Malades Difficiles (75). Ce quartier servira à accueillir « *des aliénés vicieux qui sont une cause des troubles pour les services ordinaires où leur présence implique la nécessité de mesures de sûreté spéciale qu'il est inutile de prendre à l'égard de la majorité des aliénés* » (71). Imposé par le conseil général de la Seine, ce service devra admettre également des « aliénés criminels ». Ce service ouvrira en 1910 avec une capacité de 48 lits, et sera agrémenté de 16 lits pour femmes en 1933 dans une unité à part.

En 1927, les docteurs Vullien et Raviart, à Loos-les-Lille, créent dans la maison cellulaire une consultation destinée au dépistage des troubles mentaux des entrants en détention. Ainsi, le psychiatre n'est plus seulement auxiliaire de justice mais redevient soignant avec des patients reconnus en tant que tels. Cette tentative sera reprise dans plusieurs établissements pénitentiaires mais elles échoueront quelques années après.

Il faut ici rappeler la spécificité de la prison cellulaire. Dès le début du XIXe siècle des polémiques naissent de l'insuffisance des prisons comme modèles correctionnels. Sur le modèle pennsylvanien, est étudié le projet de maison d'arrêt cellulaire, c'est-à-dire où le prisonnier purge sa peine dans une cellule, seul, sans pouvoir presque jamais en sortir tout au long de sa peine. Ainsi, la cellule est faite en sorte qu'il puisse y vivre, y dormir mais également y travailler. (20)

Puis apparaît, à Fresnes notamment mais également à La Santé et à La Petite Roquette, le Centre d'Orientation Régionaux qui sont des services d'examen psychiatriques selon le décret du 31 mars 1936 (50). Ces différentes structures sont le fruit de nombres de résistance de toute part et notamment de l'Administration Pénitentiaire pour qui « la psychiatrie fabrique le fou et suscite la simulation » (3).

Ce centre d'orientation deviendra en 1950 le centre national d'observation puis en 2010 en centre national d'évaluation ayant notamment comme nouvelle mission celle de l'évaluation du risque d'évasion et de récidive criminelle.

1.5. L'après-guerre : La Réforme Amor

Pendant la seconde guerre mondiale, nombre de Français, et avec eux nombre de politiciens ou décideurs, ont connu l'enfermement carcéral et les conditions souvent indignes

de la prison. C'est ce qui va entraîner au sortir de cette guerre une réflexion sur la prison et comment accomplir pleinement les missions de la prison dans des conditions plus dignes.

P. Amor, alors directeur général de l'Administration Pénitentiaire, posera, avec les circulaires du 5 octobre 1950, ce que seront les prémices de nos services psychiatriques en détention par une réforme importante visant à la création d'annexes psychiatriques dans chaque établissement pénitentiaire (50).

Le but recherché est d'éclairer la justice, de dépister et de traiter les délinquants malades mentaux incarcérés. Il porte en effet une attention toute particulière aux « *anormaux mentaux (...) parce qu'il est juste de leur donner les soins que réclame leur état mais parce qu'ils sont (...) de toute évidence un facteur important de prévention de la récidive* » (75).

1.6. 1950 : Création de deux établissements pénitentiaires à vocation sanitaire :

Le centre d'observation psychiatrique pénitentiaire de Château Thierry : (71)

Il s'agit d'une prison créée en 1950 pour accueillir des détenus jugés malades psychiatriques et condamnés à de longues peines. Le diagnostic posé doit être la psychopathie, ce qui, en 1950, recouvre un grand nombre de pathologies psychiatriques. En fait, il s'agira plutôt de troubles du comportement rendant difficile le maintien en détention « normale ».

En 1985, ce centre pénitentiaire devient une maison centrale qui reste spécialisée dans l'accueil et la prise en charge des détenus présentant des troubles psychiatriques, en général psychotiques et des troubles du comportement, et condamnés à de longues peines. Mais il

s'agit bien d'un centre pénitentiaire et non sanitaire, les détenus ne devant relever d'aucun besoin d'hospitalisation particulière.

Le centre de réadaptation pour psychopathe d'Haguenau : (4)

Ce centre s'est ouvert quelques années après celui de Château Thierry et a des missions équivalentes à celles de Château Thierry. Cette fois, les admissions se font sur demande du psychiatre de l'établissement d'origine. Il sera remplacé par la maison centrale sanitaire de Metz- Barres en juin 1986.

Cette maison centrale de Metz Barres était située rue Maurice Barres, dans les anciens locaux de la maison d'arrêt de Metz, dont elle a récupéré le nom. Cet établissement était prévu pour 72 détenus maximum mais était très exigu. Le taux d'occupation moyenne était de 80 %. La mission première était de prendre en charge des détenus qualifiés, au sens carcéral du terme, comme psychopathes. Il s'agissait souvent de psychotiques. (31)

Cette maison centrale a fermé ses portes en mai 1995.

1.7. Le Code de Procédure Pénal de 1958 :

Le Code de Procédure Pénal (CPP), entrée en vigueur en 1958 va définir le travail psychiatrique en milieu carcéral en y consacrant quatre articles (D395 à D398). Ainsi :

-article D 395 du CPP : des consultations d'hygiène mentale peuvent être organisées dans chaque Maison d'Arrêt,

-article D 396 du CPP : les détenus pourront selon leur volonté être soumis à une cure de désintoxication alcoolique.

-article D 397 du CPP : Ces détenus sont néanmoins soumis à un examen mental systématique de dépistage et peuvent être placés en observation au service psychiatrique si besoin est. Les psychiatres sont nommés par le ministre de la Justice sur proposition du directeur régional et après avis du préfet.

-article D 398 du CPP : prévoit l' « *internement en psychiatrie* » d'un détenu qui présente un état d'aliénation mentale et dont l'état ne permet pas le maintien en détention. Ce même article régit toujours l'hospitalisation contre son consentement un détenu souffrant d'un trouble mental grave et l'hospitalisation dans un établissement spécialisé de proximité si l'hospitalisation en UHSA n'est pas possible.

1.8. Création des CMPR

En 1960 est créé le premier Centre Médico Psychologique Régional par P. Hivert à la prison de La Santé. Il sera officialisé par une circulaire du 30 juillet 1967. Celle-ci remplacera les annexes juridiques qui existaient par la création des CMPR (35). Il est stipulé que le personnel reste sous l'autorité judiciaire, le médecin chef est nommé par le Ministre de la Justice. La consultation psychiatrique reste à l'initiative de l'Administration Pénitentiaire (31). Il n'y a alors peu de dialogue entre le sanitaire et la pénitentiaire alors.

Quatre CMPR verront le jour cette année-là : celui de Loos-les-Lille, Lyon, Marseille et La Santé. Cette circulaire, émanant par ailleurs de l'Administration Pénitentiaire, ne précise pas l'organisation (la Pénitentiaire pourra « prescrire » la mise en observation dans ces services) ni son statut ou son financement. Les équipes médicales sont restreintes, rémunérées par l'Administration Pénitentiaire et sans réel statut juridique et sanitaire.

En 1973, J. Mérot sera l'initiateur du premier secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire à Fleury-Mérogis. En effet, face à l'augmentation des cas de morbidité psychiatrique en détention, un service de psychiatrie à temps plein a été créé. Une convention est alors passée entre la DDASS et l'hôpital de rattachement pour préciser le financement par le département de l'équipe médicale et paramédicale. Pour la première fois dans l'histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, le personnel soignant n'est plus rattaché à l'Administration Pénitentiaire.

Ainsi pourront être faits, comme le demande la loi depuis 1958, et conformément à l'article D 397 du CPP, enfin, l'examen médical des détenus entrants et les soins nécessaires. Mais différentes résistances vont naître, tant pour la pénitentiaire (5) qui perd de l'indépendance par rapport au sanitaire, que les praticiens eux-mêmes, qui pensent pour certains, que cela doit rester « *le travail de la pénitentiaire qui se débarrasse des détenus malades mentaux et des simulateurs* ». (3).

Une commission Santé Justice a lieu en 1974-1975 suite aux difficultés rencontrées en détention. Ce service de Fleury Mérogis apparaîtra alors comme un modèle et une référence en raison de son statut sous la tutelle du Ministre de la Santé qui décide alors de créer 17 CMPR.

1.9. Le décret de 1986

Une circulaire de 1977 prévoit la création de 17 CMPR mais cela sera remplacé par la circulaire du 14 mars 1986 qui définira les Services Médico Psychologique Régionaux (SMPR), succédant aux CMPR.

Ils deviennent alors un troisième secteur de psychiatrie, après celui de la psychiatrie générale et celui de la pédopsychiatrie. Il s'agira du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire (SPMP). La loi donne ainsi le droit aux détenus de bénéficier du dispositif public de santé mentale commun à l'ensemble de la population (51). Le SMPR se voit définir différentes missions comme la lutte contre les addictions, le dépistage et le soin des troubles mentaux en détention. Il est sous la responsabilité d'un praticien hospitalier chef de service nommé par le Ministre de la Santé, et non plus par le Ministre de la Justice.

Ainsi, le soin en détention repose désormais sur trois grands principes : le libre consentement au soin du patient, l'indépendance vis-à-vis du Ministère de la Justice et enfin par l'intégration du soin psychiatrique dans le dispositif général du secteur de psychiatrie.

1.10. La loi de 1994

Le deuxième grand virage, après le décret de 1986, a lieu avec la loi du 18 janvier 1994, qui crée une véritable révolution pour la santé mais également pour la prison.

En effet, le rapport Chodorge en 1992 (11) dénonce l'incapacité de l'Administration Pénitentiaire à mener une politique de santé adaptée dans les prisons où s'accumulent les pathologies de la précarité sociale : dispositif de soin inadapté, insuffisance de moyens, difficulté d'articulation avec les contraintes pénitentiaires...(50) (76).

La loi n°94-43 du 18 janvier 1994 (30) prévoit alors que chaque établissement pénitentiaire établit un protocole avec l'hôpital de rattachement géographique organisant les UCSA (Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires), avec l'intervention de la psychiatrie du secteur en question. Ainsi, nous assistons à un transfert de tutelle de l'ensemble de la prise

en charge sanitaire somatique et psychiatrique de la population pénale du Ministère de la Justice au Ministère de la Santé.

Le but est, à terme, de proposer un dispositif de soin similaire pour la population captive et non captive (61), de pourvoir à la continuité des soins en milieu pénitentiaire et, si besoin est, en milieu hospitalier. Il incombe dès lors à l'hôpital d'assurer les missions de prévention, d'éducation pour la santé en prison.

La grande avancée est également la généralisation de la protection sociale à l'ensemble des détenus affiliés dès leur incarcération aux assurances maladie et maternité du régime général de la Sécurité Sociale.

La circulaire du 18 décembre 1994 stipule les exigences spécifiques du milieu carcéral qui doivent être respectées par les professionnels de santé :

- Prendre en compte la spécificité du lieu et des contraintes liées à l'organisation de la vie en détention ;
- Elaborer un projet thérapeutique prenant en considération les aléas de la durée de l'incarcération ;
- Travailler dans la perspective de passer le relais à une autre équipe de soins ;
- Délimiter les champs d'intervention respectifs du soin et de l'exécution de la peine.

L'intervention psychiatrique est également justifiée par:

- Importance dans la population pénale de pathologies mentales chroniques préexistantes à la détention ;
- Aggravation de ces pathologies du fait des contraintes liées aux conditions de la vie carcérale ;
- Forte incidence des troubles mentaux réactionnels à l'incarcération, fréquence des conduites addictives et des conduites suicidaires ;

- Augmentation du nombre des personnes présentant des troubles psychiatriques placées sous détention du fait du moindre recours à l'article 122-1 alinéa 1 et 2 du Code Pénal.

Il nous faut définir ici cet article :

- Article 122-1 du Code Pénal :

« N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.

La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime ».

Il s'agit donc de l'article avec ses alinéas qui régit l'irresponsabilisation pénale totale et partielle d'une personne en raison de troubles psychiatriques au moment des faits.

2 Actuellement :

2.1 Les établissements pénitentiaires :

2.1.1 Généralités :

2.1.1.1 L'organisation administrative du Ministère de la Justice et des Libertés : (31)

- Au niveau national :

Le Ministère de la Justice s'articule entre le niveau national avec la Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP). Elle est chargée d'une double mission : une mission de sécurité publique en assurant le maintien en détention des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire et une mission de prévention de la récidive en préparant la population pénale à sa sortie et en assurant le suivi des mesures et peines exécutées en milieu libre. Elle pourvoit aux équipements nécessaires à la prise en charge de la population pénale.

Elle est coordonnée avec la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ) et la Direction des Affaires Criminelles et des Grâces (DACG). La DPJJ est chargée de l'ensemble des questions intéressant la justice des mineurs et de la concertation entre les institutions intervenant à ce titre. La DACG élabore les projets de réforme législative et réglementaire en matière de droit pénal et de procédure pénale. Sous l'autorité du garde des sceaux, elle définit les politiques pénales, anime et coordonne l'exercice de l'action publique.

- Au niveau interrégional, régional et départemental :

Décentrées de la DAP, il existe en région les Directions Interrégionales des Services Pénitentiaires (DISP). Les DISP ont une compétence sur une ou plusieurs régions administratives, appelées régions pénitentiaires, et ont une mission d'administration, de gestion et de contrôle des services pénitentiaires de la région.

La France compte 10 régions pénitentiaires dont une en Outre-mer. Au 1^{er} janvier 2011 (16), l'administration pénitentiaire prenait en charge 239 997 personnes réparties ainsi :

- 173 022 personnes en milieu ouvert
- et 66 975 sous écrou.

Il existe également les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP). Ces services regroupent l'ensemble des travailleurs sociaux et moyens nécessaires à l'exercice de leur mission dans chaque département. Ils agissent en milieu ouvert ou en milieu fermé. Les SPIP participent à la prévention des effets désocialisant de l'emprisonnement sur les personnes détenues, aident à préparer leur réinsertion sociale et favorisent le maintien des liens sociaux et familiaux. Ils concourent à l'individualisation des peines privatives de liberté et à la préparation des décisions de justice à caractère pénal. Ils assurent le contrôle et le suivi des personnes placées sous mains de justice qui leur sont confiées par les autorités judiciaires.

La DPJJ est également présente au niveau interrégional (DIRPJJ) et territorial (DTPJJ). Ces deux niveaux ont des missions administratives et de gestion pour la première et au déploiement de la politique institutionnelle pour la seconde.

2.1.1.2 Quelques définitions.

Toute personne confiée à l'administration pénitentiaire au titre d'une mesure judiciaire privative ou restrictive de liberté est appelée : Personne placée sous mains de justice.

Cela inclut les prévenus (personne placée en détention provisoire ou sous contrôle judiciaire dans l'attente de son jugement et personne jugée mais qui n'a pas épuisé ses voies de recours) et les condamnés (personne ayant fait l'objet d'une condamnation pénale devenue définitive, les voies de recours étant épuisées). Il faut donc distinguer les personnes écrouées de celles détenues.

Ainsi une personne écrouée est une personne placée sous écrou en raison d'une mesure judiciaire, hébergée ou non dans un établissement pénitentiaire.

L'écrou est l'acte par lequel est établie la prise en charge par l'administration pénitentiaire des personnes placées en détention provisoire ou condamnées à une peine privative de liberté (Art. 725 CPP). A l'inverse, la levée d'écrou constate la fin de cette prise en charge. L'écrou nécessite un titre de détention, document autorisant légalement l'incarcération.

Une personne détenue (ou dite incarcérée) est « une personne faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire » (article D50 du CPP), la personne détenue ou incarcérée est hébergée de façon continue (à temps complet) ou discontinue (à temps incomplet) au sein d'un établissement pénitentiaire.

Pour information une personne est libérée quand elle n'est plus incarcérée et dont l'écrou est levé car ayant fini d'exécuter sa peine.

Il ne faut confondre la mise en liberté (écrou levé) avec les sorties de détention sous aménagement de peine (où l'écrou subsiste). La personne libérée n'est en effet plus sous écrou, à la différence des personnes en aménagements de peine. Il est à noter le cas particulier de la liberté conditionnelle où la personne est libre et n'est plus sous écrou mais qui n'a pas fini d'exécuter sa peine.

2.1.2 Les établissements pénitentiaires:

Un établissement pénitentiaire est un lieu d'exécution de la peine privative de liberté ou de la détention provisoire. Il se définit juridiquement par l'existence en son sein d'un greffe judiciaire, service ayant la responsabilité de la gestion de l'écrou, de l'actualisation permanente de la situation administrative et pénale du détenu et de recevoir et transmettre les recours des détenus aux autorités compétentes.

Il existe différents établissements pénitentiaires qui se distinguent notamment par la population carcérale accueillie. Nous allons maintenant les définir. Il y a deux types d'établissements pénitentiaires : les Maisons d'Arrêts et les Etablissements pour peines.

2.1.2.1 Les Maisons d'Arrêt :

Ce sont des établissements accueillant les détenus prévenus, c'est à dire avant leur jugement, ainsi que les détenus condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à deux ans et ceux en attente de transfert dans un établissement pour peine dans un délai de deux ans. Une

personne prévenue peut rester jusqu'à 5 ans en maison d'arrêt entre l'attente de son procès et le délai de transfert dans un autre établissement.

Les Maisons d'Arrêt ont la particularité de ne pas avoir de numerus clausus et donc peuvent être en surpopulation contrairement aux établissements pour peine.

2.1.2.2 Les établissements pour peines

Les maisons centrales, les centres de détention, les centres de semi-liberté et les centres pour peines aménagées reçoivent les condamnés définitifs à une peine privative de liberté.

2.1.2.3 Les centres de détention :

Ces centres accueillent des détenus dont le reliquat de peine est supérieur à un an et présentant les perspectives de réinsertion les meilleures (30). Le régime de détention est principalement orienté vers la resocialisation (et l'accès au travail et à des formations) du détenu. Le régime de détention est plus ouvert qu'en maison d'arrêt.

2.1.2.4 Les maisons centrales :

Ce sont des établissements pour peine comportant une organisation et un régime de sécurité renforcé à vocation sécuritaire. Ils accueillent des détenus condamnés à de longues

peines, multirécidivistes et présentant une certaine dangerosité. Ces maisons centrales ont également pour but de préserver et développer les possibilités de réinsertion sociale des condamnés.

2.1.2.5 Les centres pénitentiaires :

Ce sont des structures regroupant deux types d'établissement : soit maison d'arrêt et centre de détention, soit maison d'arrêt et maison centrale.

2.1.2.6 Les centres de semi-liberté autonomes :

Les centres de semi-liberté autonomes accueillent des personnes écrouées, condamnées selon un régime particulier. Elles peuvent avoir une activité professionnelle, bénéficier d'une formation ou d'un enseignement la journée mais elles doivent ensuite rentrer au centre de semi-liberté pour y passer la nuit. Ces personnes sont soumises à des horaires stricts. Il s'agit d'une mesure d'aménagement de peine avec un retour en détention à temps plein si leurs obligations ne sont pas respectées.

2.1.2.7 Les centres pour peine aménagée :

Il s'agit d'une alternative à la détention ferme proposée aux détenus condamnés et proche de la fin de leur peine, (que leur peine ait été longue ou courte). Le reliquat de peine doit être inférieur à un an.

Il s'agit d'une structure pénitentiaire qui permet aux personnes écrouées de pouvoir chercher du travail, se rendre dans des agences intérimaires ou rencontrer un futur employeur. Elles ont des horaires spécifiques pour effectuer leurs démarches.

2.1.2.8. Les établissements de peine pour mineurs :

Il s'agit d'établissements pénitentiaires qui n'accueillent que des mineurs écroués. Ils sont au nombre de 7 en France : à Meaux, Valenciennes, Mantes-la-Jolie, Lyon, Toulouse, Marseille et Nantes.

La détention des mineurs répond à une double spécificité par dérogation aux règles de détention des majeurs :

- spécialisation des lieux de détention et de l'encadrement ;
- diversification des intervenants en détention, dont les agents de la protection judiciaire de la jeunesse.

C'est un dispositif supplémentaire aux quartiers mineurs des maisons d'arrêt, permettant une prise en charge éducative intensive. En effet, les mineurs sont encadrés par des surveillants mais également par des éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse.

2.1.2.9. Populations à part : les femmes et les mineurs. (54)

Dans le monde carcéral, les hommes, les femmes et les mineurs ne peuvent être en contact et il existe une séparation de fait pour protéger les populations dites « vulnérables » que représentent les femmes et les mineurs. De fait, les conditions de détention sont également adaptées à leur statut.

- Les femmes :

Les femmes représentent 3% de la population carcérale. Des quartiers spécifiques, dit « quartiers femmes » dans des maisons d'arrêt et des centres de détention ont été créés.

Les règles pénitentiaires sont les mêmes que pour les hommes mais il existe quelques particularités. Elles disposent de quartiers distincts de ceux des hommes, avec un personnel pénitentiaire féminin. De même, les fouilles à corps ne peuvent être réalisées que par des femmes.

Autre particularité, les femmes détenues peuvent garder avec elles leurs enfants, dans certains établissements aménagés, s'ils sont âgés de moins de 18 mois. Ce quartier « pouponnière » n'est soumis qu'à la possibilité d'accueil en termes de place disponible et à l'autorité parentale conservée par la mère.

Il existe un seul établissement pénitentiaire réservé exclusivement aux femmes, il s'agit du centre pénitentiaire de Rennes qui accueillent des détenues condamnées le plus souvent à de longues peines. Le plus souvent, il s'agit de « quartier femme » en maison d'arrêt ou en centre de détention.

- Les mineurs :

Les personnes poursuivies ou jugées pour des infractions commises avant l'âge de 18 ans relèvent de juridictions spécialisées telles que juge d'instruction pour mineur, juge des enfants... Ces mineurs sont exceptionnellement incarcérés et doivent alors être affectés dans un établissement habilité à recevoir des mineurs. Ce sont « les quartiers mineurs » mais il existe également des établissements de peine pour mineurs comme nous l'avons expliqué plus haut. Les mineurs incarcérés représentent environ un pour cent de la population détenue.

L'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante pose le principe de la priorité des mesures éducatives rendant l'incarcération des mineurs relativement rare. Cette ordonnance a été renforcée par une circulaire interministérielle du 13 Mai 2008 relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés.

Cette circulaire précise trois caractéristiques de la prise en charge des mineurs incarcérés : (31)

- L'exercice de l'autorité parentale : ainsi quelle que soit la mesure judiciaire prise à l'égard d'un mineur, y compris en cas de condamnation à une peine d'emprisonnement, les responsables légaux continuent d'exercer leur autorité parentale. Cependant, dans l'hypothèse d'un grave manquement, la juridiction peut déchoir le ou les parent(s) de leur autorité parentale, laquelle sera confiée à un tiers digne de confiance ou à un tuteur spécialement désigné.

- L'accompagnement éducatif : les personnes mineures incarcérées doivent obligatoirement bénéficier d'une prise en charge éducative par la PJJ. Cette exigence résulte tant des règles de droit national qu'international. Les

professionnels de la PJJ ont ainsi à charge d'amener la personne mineure à construire un projet éducatif et d'orientation individuelle.

- La spécificité de la prise en charge sanitaire du mineur détenu. Ce point sera développé ultérieurement.

Cela repose sur les grands principes de l'état de minorité qui fonde l'incapacité d'une personne mineure à exercer seul ses droits et obligations issus de la loi, le devoir de protection et d'éducation des personnes mineures et enfin l'intérêt supérieur de l'enfant.

Les lois encadrant l'instruction et la détention, provisoire puis la peine en elle-même, sont strictes et précisent les circonstances de l'incarcération. Les conditions de détention sont elles aussi spécifiques.

En effet, les mineurs de 13 à 16ans doivent être strictement séparés des adultes et ceux de 16 jusqu'à 18 ans peuvent exceptionnellement partagés des activités communes avec des adultes sous réserve d'une surveillance accrue et d'un encadrement spécifique. Ils bénéficient également d'un encellulement individuel.

Ils doivent bénéficier d'un programme d'enseignement général ou de formation, ainsi que d'activités sportives et de plein air. Les éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) assurent leur suivi éducatif dans le respect de la pluridisciplinarité.

De plus, l'équipe de surveillant du quartier mineur est une équipe dédiée et formée à cette mission, en coordination avec une équipe pluridisciplinaire du SMPR ou du DSP de l'établissement pénitentiaire mais également de la PJJ...

Enfin, l'administration pénitentiaire a la possibilité de maintenir un tout jeune majeur dans un lieu de détention pour mineurs si son intérêt le justifie, durant une période de 6 mois maximum.

2.1.3 Répartition des places en établissement pénitentiaire :

Au 1^{er} janvier 2011, les statistiques indiquaient 66 975 personnes sous écrou dont 60 544 personnes écrouées détenues. Ce chiffre est en baisse de 0.7% en un an. Il est composé à majorité d'hommes, les femmes ne représentant que 3.2% de cette population et les mineurs 1.1%.

Pour les personnes détenues, il existe 189 établissements pénitentiaires, pour un total de 56 358 places opérationnelles. Il existe ainsi une sur population carcérale ; les maisons d'arrêt n'ont pas de numerus clausus et accueillent cette sur population.

La répartition des établissements pénitentiaires et de leurs quantum de place est ainsi faite au 1^{er} janvier 2011 (16):

- 101 maisons d'arrêt et 39 quartiers de maison d'arrêt en centre pénitentiaire pour 34 028 places.

- 82 établissements pour peine dont :

 - 40 centres pénitentiaires,
 - 25 centres de détention et 37 quartiers de centre de détention en centre pénitentiaire, soit 19 076 places,
 - 6 maisons centrales et 5 quartiers, soit 1 937 places,

- 11 centres de semi-liberté et 4 quartiers soit 659 places,
- 4 quartiers de centre pour peine aménagée soit 316 places,
- 6 établissements pour mineurs disposant de 342 places.

2.1.4 Alternatives à l'incarcération :

Des personnes placées sous mains de Justice peuvent bénéficier de mesures alternatives à l'incarcération. Elles ne seront pas détenues mais seront alors en « en milieu ouvert ». Ces personnes sont donc prises en charge par les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP). Il existe 103 SPIP et 199 antennes.

Au 1^{er} janvier 2011, les statistiques indiquaient que 66 975 personnes étaient sous écrou. 6 431 personnes sous écrou ne sont pas hébergées par l'administration pénitentiaire. Ce sont des personnes bénéficiant d'une alternative à l'incarcération.

Les mesures alternatives sont :

- Libération conditionnelle: mesure d'individualisation de la peine qui permet à un détenu d'être libéré avant la fin de sa peine sous certaines conditions : efforts de réadaptation sociale, ou il justifie d'une activité professionnelle, formation, enseignement, mais également efforts pour indemniser les victimes.
- Suivi socio-judiciaire
- Fractionnement ou suspension de la peine : l'exécution d'une peine peut être suspendue ou fractionnée pour un motif grave d'ordre médical, familial, professionnel ou social.

Il existe également des aménagements de peine :

- Placement sous surveillance électronique (PSE) : le condamné a l'interdiction de s'absenter de son domicile ou de tout autre lieu désigné par le juge de l'application des peines en dehors des périodes fixées par celui-ci afin que le condamné puisse suivre une activité professionnelle, un enseignement ou une formation, la vie de sa famille, ou un traitement médical (art. 132-26-2 et suivants du CP et art 723-7 du CPP).

Le condamné fait l'objet d'une surveillance par l'administration pénitentiaire par un dispositif de contrôle à distance qui permet de s'assurer de la présence du condamné au lieu d'astreinte aux heures déterminées par le juge.

- Les centres de semi-liberté dont nous avons déjà parlé.
- Le placement à l'extérieur sous surveillance du personnel pénitentiaire permet à une personne détenue condamnée de réaliser des travaux pour le compte d'une administration, d'une collectivité publique, d'une personne physique ou morale sous la surveillance directe de l'administration (articles D. 126 et suivants CPP).
- Le placement à l'extérieur sans surveillance du personnel pénitentiaire permet à une personne détenue condamnée soit de travailler à l'extérieur, soit d'y suivre un enseignement, une formation professionnelle ou un traitement médical, et ce, sans surveillance continue du personnel pénitentiaire (art. D. 136 CPP).

Tableau récapitulatif :

	Situation juridique de la population pénale sous mains de justice :			
	Ecrouée	Détenue		Libérée
		A temps complet	A temps incomplet	
Permissions de sortie	OUI	OUI	NON	NON
Autorisation de sortie sous escorte	OUI	OUI	NON	NON
Fractionnement de la peine	OUI	NON	OUI	NON
Suspension de la peine	NON	NON		NON
Placement sous surveillance électronique	OUI	NON		NON
Semi-liberté	OUI	NON	OUI	NON
Placement extérieur sous surveillance AP	OUI	OUI	NON	NON
Placement extérieur sans surveillance AP	OUI	NON	OUI	NON
Libération conditionnelle	NON	NON	NON	OUI

2.1.5 La population pénale française :

Au 1^{er} janvier 2011, la population pénale se partageait ainsi (16, 81):

- 15 702 prévenus soit 25.9% des détenus. Cette population s'élève à 35.85% des femmes détenues et 55.1% des mineurs détenus.

- 51 273 détenus sont des condamnés sous écrou soit 76.55% des personnes sous écrou, dont 84.3% pour des peines correctionnelles et 15.7% pour des peines criminelles.

La répartition des condamnations selon les infractions se font comme suit :

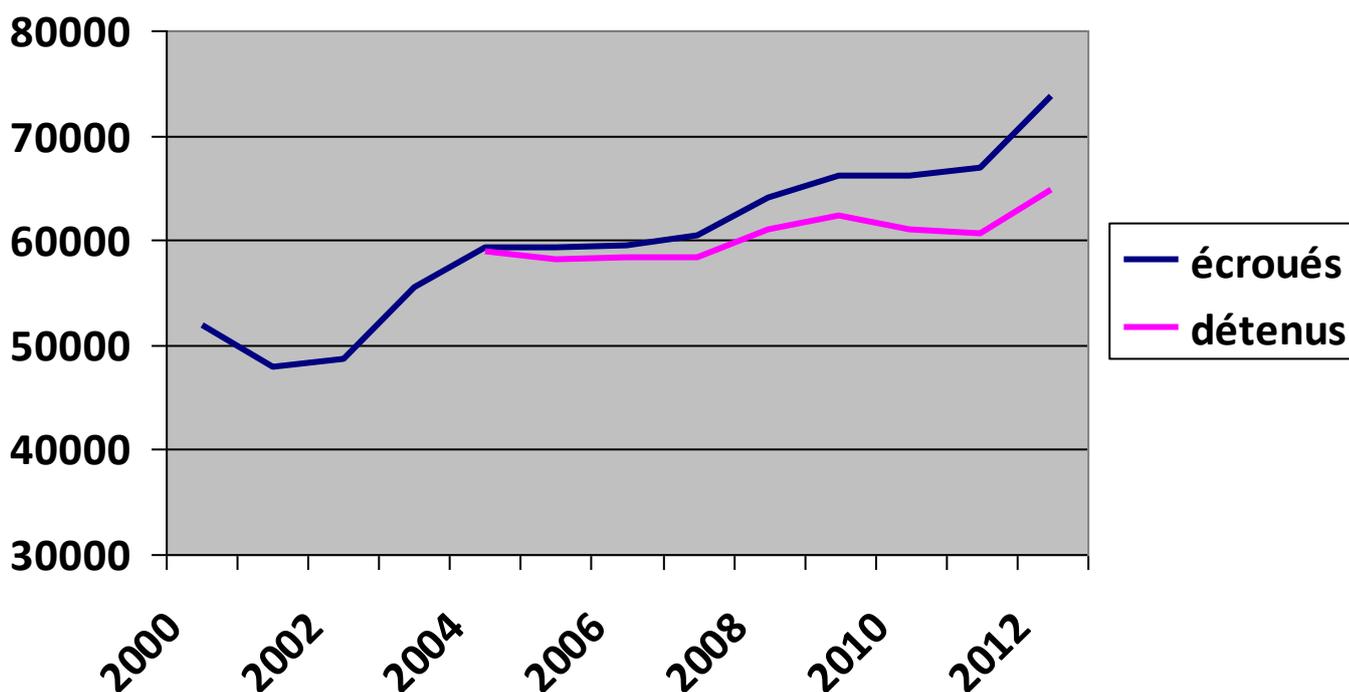
- 25.6% pour violences volontaires
- 14.6% pour viol et agression sexuelle
- 14% : trafic de stupéfiant
- 10.7% : vol qualifié
- 7.7% : escroquerie, abus de confiance, recel, faux et usage de faux
- 6.7% : crime de sang
- 6.6% : autre : vagabondage, proxénétisme, mendicité...
- 5.4% : homicide
- 1.2% infraction à la législation sur les étrangers.

8 467 condamnés écroués bénéficient d'un aménagement de peine soit 16.5% des personnes écrouées dont 5 767 en placement sous surveillance électronique, 1 677 en semi-liberté et 1 023 en placement extérieur.

Pour l'année 2010, 32 969 aménagements de peines ont été accordés, ce qui représente 9% de plus en 1 an et 20% de plus en 2 ans.

En rapport à ces populations pénales, il est intéressant de comparer le taux de population sous écrou (nombre de personnes sous écrou pour 100 000 habitants) et le taux de détention (nombre de personnes détenues pour 100 000 habitants). Ceci permet de pouvoir apprécier les chiffres en éliminant les influences des facteurs démographiques de la population générale.

Ainsi, il y a eu depuis les années 2000 une augmentation importante de nombre de personnes écrouées avec une croissance constante jusqu'en 2004 (Annexe 1). Puis nous observons une stagnation pendant trois ans et une légère augmentation depuis 2008 autour de 66 000 écroués. Les taux d'écrou sont alors passés de 78.5 pour 100 000 en 2001 à 102.1 en 2010. Le ministère de la Justice n'a pas communiqué les chiffres, concernant les populations détenues par rapport aux écrouées, antérieurs à 2004.



Annexe 1 : Evolution des populations écrouées et détenues de 2000 à nos jours. Source Ministère de la Justice.

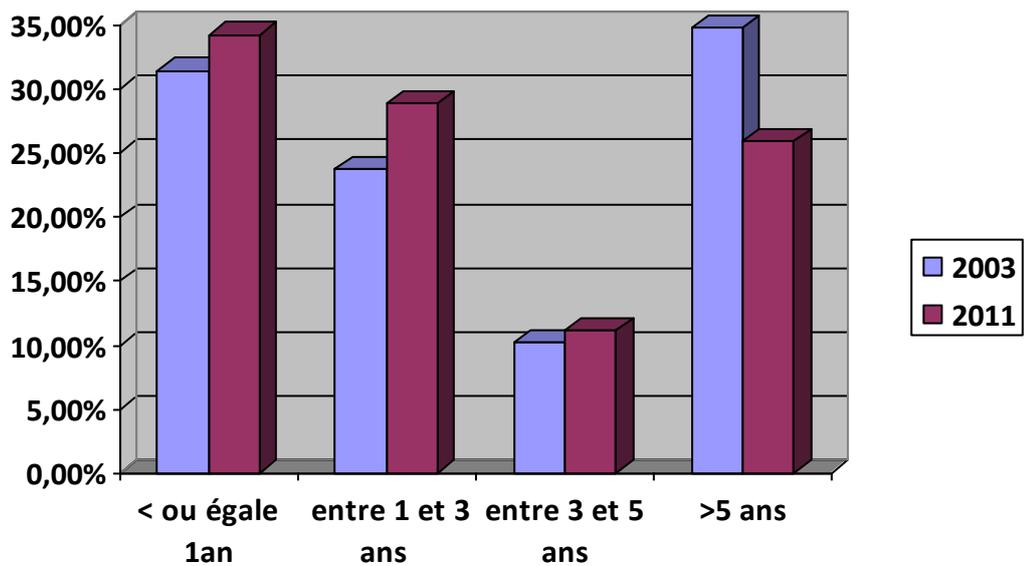
Le taux de détention quant à lui reste relativement stable entre 91 et 96/100 000 habitants, s'expliquant par l'augmentation importante des aménagements de peines, passant de 304 aménagements en 2004 à 4 500 en 2010.

Cette augmentation du taux d'écrou est une constante en Europe et la France se situe dans la moyenne européenne (Annexe 2). La durée moyenne sous écrou est relativement stable depuis les années 2000 (elle est d'environ 8.5 mois avec un écart type de (7.7-9.4)).
(43)

Il apparaît par ailleurs que le nombre de courtes peines est en augmentation et représente même plus de 50% des condamnés pour des peines inférieures ou égales à 3 ans (Annexe 3)

Pays	Ratio de détention pour 100 000 hab.
Allemagne	91
Belgique	85
Espagne	125
Etats Unis	702
France	100
Italie	100
Pays Bas	85
Royaume Uni	139

Annexe 2 : Taux de détention pour 100 000 habitants.



Annexe 3 : Evolution des répartitions des durées des peines au 1^{er} janvier 2003 et 2011

2.2 Structures de soins en milieu pénitentiaire :

Un nombre important de détenus ne sont pas suivis en dehors de leurs incarcérations sur le plan médical alors même qu'ils multiplient des facteurs de risque somatique ainsi que des pathologies non ou mal suivies. Cela représente un véritable enjeu de santé publique.

L'offre de soin en détention se doit d'être la plus proche de celle dispensée à la population générale. Nous retrouvons ainsi 3 niveaux de soins articulés ainsi (31):

- 1^{er} niveau : regroupe les consultations et autres prestations (actes externes) réalisées en milieu pénitentiaire et les consultations spécialisées réalisées en milieu hospitalier,
- 2^e niveau : regroupe les soins requérant une prise en charge à temps partiel (alternative à l'hospitalisation complète),
- 3^e niveau : regroupe les soins requérant une hospitalisation complète.

Nous effectuerons pour une meilleure compréhension une dichotomie nette entre les soins somatiques et psychiatriques dans les suites de ce travail. Dans la réalité, les deux équipes travaillent ensemble pour prendre en charge le patient dans sa globalité.

2.2.1. Les soins somatiques :

2.2.1.1 Premier niveau : les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) :

Les UCSA ou Unités de Consultation et de Soins Ambulatoire ont été créées par la loi du 18 janvier 1994. Il s'agit de services de consultations somatiques, dépendant d'un établissement hospitalier, implantés dans les locaux de l'établissement pénitentiaire et indépendants de l'Administration Pénitentiaire. Chaque établissement pénitentiaire dispose d'une UCSA. L'entrée et la sécurité des locaux dépendent de l'administration pénitentiaire qui les met à disposition et sont assurées par des personnels pénitentiaires. Il s'agit donc de deux institutions qui cohabitent et travaillent ensemble dans une relative harmonie qu'il faut sans cesse protéger.

L'équipe hospitalière chargée des soins somatiques est composée : (30)

- de personnels médicaux : des médecins généralistes, des internes, des spécialistes à l'exception des psychiatres, chirurgiens-dentistes et pharmacien,
- de personnels paramédicaux : infirmiers, préparateurs en pharmacie, masseurs-kinésithérapeutes, des personnels administratifs et médico-sociaux.

Les équipes somatiques assurent l'ensemble des consultations de médecine générale et de spécialités dont les consultations dentaires et les prestations pouvant découler de celles-ci (prothèse dentaire, transports sanitaires...). Elles assurent donc la continuité des soins en détention.

Les équipes somatiques gèrent également les urgences somatiques avant transfert vers un service hospitalier spécialisé ou une UHSI (Unité d'Hospitalisation Sécurisée Interrégionale) si nécessaire.

Les UCSA assurent la distribution des médicaments. Ces unités participent également aux différentes missions de prévention de santé publique et aux dépistages de maladies touchant particulièrement les populations précaires qui sont rencontrées dans les établissements pénitentiaires. En effet, ces populations sont plus à risque d'être contaminées par les virus des hépatites ou de souffrir de tuberculose.

2.2.1.2 Deuxième niveau : Prise en charge à temps partiel : alternative à l'hospitalisation complète.

La prise en charge en hospitalisation à temps partiel, et plus particulièrement l'hospitalisation de jour, permet au patient de disposer de soins et/ou d'examen polyvalents, individualisés, intensifs, prodigués dans la journée. Pour les soins somatiques, ils sont assurés dans le centre hospitalier de rattachement ; ce qui n'est pas le cas pour le niveau 2 de la prise en charge psychiatrique que nous expliciterons ultérieurement.

Ces soins comprennent des activités thérapeutiques dispensées à temps partiel, de jour ou de nuit. Ils se déroulent en milieu hospitalier et peuvent concerner des activités de chirurgie ambulatoire (dermatologie, ophtalmologie...), des traitements particuliers (dialyse, chimiothérapie...), des examens complémentaires invasifs (endoscopie...).

Le détenu reste sous écrou et sous la garde statique des agents pénitentiaires ou de la police en cas d'hospitalisation courte dans un service spécialisé en vertu de l'article D 394 du

Code de Procédure Pénal. La nécessité du port des menottes est laissée à l'appréciation des agents pénitentiaires en fonction du détenu.

Si l'hospitalisation devait se prolonger, il faudrait alors envisager un transfert vers une Unité d'Hospitalisation Sécurisée Interrégionale (UHSI), structure que nous expliquerons ensuite.

De même pour des consultations spécialisées, l'établissement de santé dont dépend l'établissement pénitentiaire se doit d'assurer l'accès pour les détenus aux consultations ou aux examens spécialisés nécessaires. Cela nécessite une étroite coordination entre les institutions sanitaire et pénitentiaire pour organiser les soins sous escorte. (30)

2.2.1.3 Niveau 3 : Prise en charge hospitalière complète.

Le niveau 3 « somatique » peut être assuré de deux manières différentes :

- En chambres sécurisées dans l'établissement de santé de rattachement
- Au sein d'une Unité d'Hospitalisation Sécurisée Interrégionale (UHSI).

Les hospitalisations complètes en chambres sécurisées :

Il s'agit d'hospitalisations d'urgence ou programmées mais de très courte durée, inférieures à 48 heures, dans l'établissement signataire d'un protocole de prise en charge avec l'établissement pénitentiaire. Il existe des exceptions si la personne détenue nécessite un

plateau technique hyper spécialisé n'existant pas dans le centre hospitalier de rattachement ou dans les cas des accouchements, qui ne peuvent avoir lieu dans une chambre sécurisée.

La garde statique est assurée par les forces de l'ordre.

Si dans les suites de l'urgence, la personne détenue nécessite que soit prolongée l'hospitalisation, le transfert dans une UHSI doit être envisagé. De même, si l'hospitalisation de courte durée devait se prolonger, un transfert vers l'UHSI est souhaitable. Cela est soumis à la condition des places disponibles à l'UHSI.

- Les Unités d'Hospitalisation Sécurisée Interrégionale (UHSI) :

Les UHSI ou Unité d'Hospitalisation Sécurisée Interrégionale ont été créées suite à des difficultés de prise en charge dans les hôpitaux de proximité : l'objectif est de concilier les impératifs de qualité des soins et de rationaliser les escortes et les gardes des personnes hospitalisées (31). Par cette unité, la volonté politique était de donner le même droit à la santé et le même recours aux soins somatiques pour les détenus que dans la population générale.

Ce sont des structures récentes datant des années 2000, l'UHSI de Nancy fût la première à ouvrir en 2004. Ces UHSI sont ainsi des unités de soins implantées dans des hôpitaux, pouvant bénéficier du plateau technique du centre hospitalier. Dans ces locaux, la surveillance des détenus et la sécurité sont assurées par la pénitencier, qui sont présents à l'intérieur même de l'unité de soin. (71)

Sont admis à l'UHSI les détenus qui nécessitent une hospitalisation de plus de 48h et dans la mesure du possible qui puisse être organisée en amont. Ces unités ont une compétence

médicale, accueillant les majeurs hommes et femmes et les mineurs. Il existe cependant des exceptions aux pathologies prises en charge à l'UHSI, notamment la maternité, la réanimation et les pathologies psychiatriques puisque ce sont des unités somatiques. (82)

Lorsqu'un patient nécessite une consultation de spécialiste, sans besoin de plateau technique particulier, les praticiens spécialistes se déplacent au sein de l'UHSI. Les conditions d'accès leur sont alors facilitées.

Pour les mineurs, les pédiatres peuvent également se déplacer au sein de l'unité.

Toutefois, dès lors que leur état de santé l'exige, les personnes détenues peuvent être hospitalisées dans des services spécialisés.

2.2.2. Les soins psychiatriques :

Comme pour les soins somatiques, l'offre de soin psychiatrique se calque sur le modèle proposé à la population générale. Plusieurs rapports alarmant au début des années 2000 témoignent de la recrudescence des troubles psychiatriques en prison et donc de la nécessité d'assurer des prises en charge adaptées.

La prise en charge de la santé mentale des détenus est confiée au Ministère de la Santé depuis le décret du 14 mars 1986, qui crée les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, renforcé depuis par la loi du 18 janvier 1994. Elle se répartit également en plusieurs niveaux de soins.

Le dispositif de soin s'est élargi avec la loi du 9 septembre 2002 et de son article 48 qui prévoit la création des UHSA. Nous le développerons ultérieurement dans ce travail.

Les soins psychiatriques ont des missions communes avec les soins somatiques pour la prise en charge globale du patient, notamment la mission de prévention et d'éducation à la santé et la continuité des soins à la sortie. (31)

2.2.2.1 Premier niveau : dispositif de soin psychiatrique (DSP) à l'UCSA

Chaque établissement pénitentiaire possède un dispositif de soins psychiatriques. L'équipe psychiatrique se compose de praticiens hospitaliers en psychiatrie et d'une équipe pluridisciplinaire : infirmière mais également de psychologues, d'ergothérapeute... La démographie médicale étant très hétérogène, les équipes des dispositifs de soins psychiatriques peuvent l'être tout autant.

Cette organisation a pour objectifs de favoriser l'accès aux soins des personnes détenues, de dispenser des soins équivalents à ceux prodigués à la population générale, d'assurer la continuité des soins durant le temps de l'incarcération qui n'est qu'un passage dans la vie du sujet. (31)

Les soins dispensés sont essentiellement des consultations médicales, psychologiques et des entretiens infirmiers. Des activités thérapeutiques sont également proposées par la plupart des DSP avec des ergothérapeutes par exemple. Le soin doit être consenti par le détenu et il doit en être le demandeur.

Toutefois, le soin peut lui être proposé par l'équipe soignante voire incité par les juges et soumis à des remises de peines supplémentaires (RPS). En effet, il existe des incitations aux soins formulés par la justice, mais cela reste dans le cadre des soins librement consentis. Il ne s'agira pas de soins pénalement ordonnés qui, s'ils sont ordonnés lors du jugement, ne s'appliquent qu'à la libération du détenu. Ces incitations aux soins pourront lui permettre en plus d'être soigné, de bénéficier de remises de peine supplémentaire et faciliteront l'accès aux aménagements de peines. Les soins en détention ne peuvent donc leur être imposés. Dès lors que les psychiatres estiment que l'état de santé mentale nécessite des soins sans consentement, il faudra l'hospitaliser en service spécialisé. Nous étudierons plus en détails ces cas de figures particuliers.

Le secteur de psychiatrie générale a une mission de santé publique dans les centres pénitentiaires de son ressort. Le travail du DSP doit être comparable à celui de secteur, mais avec certaines spécificités, à savoir :

- intervenir au plus près des populations en difficulté,
- des entretiens d'accueil des arrivants,
- dépister les troubles mentaux,
- prévenir le suicide,
- prendre en charge les détenus présentant des troubles addictifs,
- orienter vers un SMPR des détenus relevant de soins psychiatriques soutenus et y consentant,
- hospitaliser en soins libres ou sous contrainte en vertu de l'article D398 du Code de Procédure Pénale des détenus présentant une pathologie psychiatrique avérée et ne consentant pas aux soins. Ces hospitalisations peuvent se faire en UHSA ou en établissement de santé de proximité dans l'attente d'une place. Le patient, s'il présente une dangerosité psychiatrique avérée, peut être orienté vers une UMD,
- préparer la sortie et le relais du suivi en ambulatoire ou en hospitalier. (50)

Pour ce qui est de la prescription, le médecin prescripteur est entièrement libre mais il doit tenir compte du contexte carcéral, c'est à dire de la non surveillance de la prise du traitement en cellule, de la distribution à la semaine dans certains cas, des risques de vols... Le médecin doit également tenir compte de la population carcérale et des risques encourus par le patient : vols des traitements, toxicomanie et mésusage du traitement, mauvaise voire inobservance, difficulté à évaluer rapidement le patient.

2.2.2.2 Deuxième niveau : les Services Médico Psychologique Régionaux (SMPR)

- Création des SMPR :

Ce sont des services de psychiatrie dépendants d'un établissement de santé et implantés dans un établissement pénitentiaire. Les textes fondateurs en sont les lois du 25 juillet 1985 et du 31 décembre 1985 et le décret du 14 mars 1986 qui créent le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire et généralisent l'existence des SMPR, en remplacement des CMPR.

Ces textes établissent également les rôles, les missions et le règlement intérieur des SMPR. Et en premier lieu ils insistent sur leur indépendance avec l'administration pénitentiaire.

- Quelques chiffres sur les SMPR et leurs équipes:

Nous comptons 26 SMPR répartis sur tout le territoire français dont 3 en département d'Outre-Mer. Ces 26 établissements représentent environ 40% de la population pénale totale

française (53). Seize d'entre eux sont également dotés d'un Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST).

L'équipe soignante du SMPR est composée en général de praticien hospitalier psychiatre, le plus souvent à temps plein, un interne de spécialité peut être présent, des infirmiers, psychologues, assistantes sociales, secrétaires, éducateurs sportifs... Il s'agit en général d'une équipe pluridisciplinaire qui collabore également avec l'administration pénitentiaire dans le respect des droits des patients.

Le nombre de place en SMPR en 2004 était de 412 lits environs. Ce nombre change dans les différents SMPR, allant de 0 « lit » à un maximum de 43 places. De même, la durée moyenne de séjour varie beaucoup : de 34 jours à Marseille à 80 jours à Fresnes. Il faut préciser qu'il est difficile de faire des conclusions du fait des différences même entre les SMPR (37).

- Niveau de recours supérieur au DSP : l'hospitalisation au SMPR :

Ces SMPR constituent un niveau de recours « supérieur » au dispositif de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire. Les rôles de ce service sont à la fois d'assurer des prises en charge ambulatoires comme dans les UCSA, avec des consultations médicales et psychologiques, des activités thérapeutiques, mais ils offrent également des soins plus diversifiés et intensifs, dont notamment des prises en charge particulières « alcoologie », « toxicomanie » ou « antenne agresseur sexuel ». Ces prises en charge existent déjà dans les DSP des UCSA mais sont plus développées dans les SMPR, avec plus de moyen humain et matériel. Il s'agit en fait d'un niveau supplémentaire et complémentaire à ce qui existe dans les UCSA.

En fait, la grande différence est qu'ils permettent une hospitalisation avec consentement du détenu dans les locaux du SMPR, c'est à dire dans une aile à part de la prison. Cette hospitalisation permet au patient de bénéficier de soins plus réguliers, avec plus de temps de consultation, d'activités thérapeutiques. Cela permet également une séparation du reste de la détention et des autres codétenus pour les patients les plus fragiles psychologiquement.

L'admission au SMPR est prononcée par le directeur de l'hôpital sur proposition d'un praticien hospitalier comme pour toute hospitalisation. (50)

Il s'agit donc d'une prise en charge en centre d'activité thérapeutique à temps partiel de type hôpital de jour avec dans la prison la possibilité d'héberger des patients détenus afin qu'ils puissent bénéficier au maximum des activités du service.

L'hospitalisation est un outil de soin pertinent et nécessaire mais ne représente qu'une partie de la prise en charge, l'autre aspect tout aussi important étant les soins ambulatoires (60). Il est important de signaler que ce ne sont pas des hospitalisations complètes qui sont effectuées en SMPR. En effet, il s'agit d'un « hébergement spécifique dans les locaux individualisés de la prison (22 SMPR sur 26) avec une prise en charge sanitaire effectuée par une équipe psychiatrique pluridisciplinaire présente à temps partiel » à type d'hôpital de jour et seuls 2 SMPR fonctionnent à temps plein.

Ce sont les SMPR de Fresnes et de Marseille qui assurent une présence soignante 24 heures sur 24. Mais encore une fois, les soignants n'ont pas les clés des cellules et ne peuvent intervenir en urgence si besoin était. « L'accès aux patients est indirect et suppose l'ouverture de la cellule par un surveillant pénitentiaire » (60). Par exemple, il faut plus de 20 minutes pour accéder de nuit aux patients de ce service, du fait des contraintes du milieu. (79) Toutefois, cette situation doit prendre fin de façon imminente. La création des UHSA et la rédaction du nouveau guide méthodologique clarifieront les fonctions des SMPR.

Autres particularités des SMPR, ils ont une mission régionale et doivent accueillir des détenus de toute la région dont ils dépendent. De plus, les femmes ne peuvent être hospitalisées que dans le SMPR de Fleury Mérogis. Quant aux mineurs, ils ne sont que très exceptionnellement hébergés dans un SMPR.

- Les missions des SMPR :

Bien évidemment, les SMPR assurent les soins psychiatriques du premier niveau dans les établissements pénitentiaires où ils résident. Ils assurent ainsi les dépistages des troubles psychologiques et psychiatriques et mettent en œuvre des traitements psychiatriques, assurent le suivi psychiatrique et psychologique de la population post pénale, luttent contre l'alcoolisme et la toxicomanie.

Mais des missions spécifiques du SMPR sont définies par l'arrêté du 14 décembre 1986 et réactualisées par le guide méthodologique qui va paraître. Il y a deux missions principales :

- Recours clinique de niveau 2 de soins impliquant une prise en charge en hospitalisation de jour
- Mission de coordination régionale impliquant :
 - une coopération avec l'ensemble des acteurs de psychiatrie générale ou de pédo psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire,
 - une articulation avec les Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagée (UHSA),
 - un rôle d'interface avec les autorités de tutelle sur les sujets généraux ne concernant pas un site d'implantation spécifique,

-la mise en place de formations au niveau régional, formations initiales (étudiant en médecine, élève infirmière ...) et formations continues.

Le SMPR du secteur a donc également une mission de conseil et de coordination par rapport aux équipes psychiatriques qui interviennent dans les établissements pénitentiaires de ce secteur. Il est à noter que les détenus patients hospitalisés au SMPR ne proviennent pas que du centre pénitentiaire où est implanté le SMPR mais de tout le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire de ce SMPR.

2.2.2.3 Antennes SMPR

L'équipe du SMPR d'un secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire peut également intervenir dans un autre établissement pénitentiaire de son secteur et ainsi constituer une antenne du SMPR se substituant alors au secteur de psychiatrie générale locale. Elle ne peut en revanche délivrer que des prestations ambulatoires et /ou des prises en charge à temps partiel de type consultation, activités thérapeutiques... (31)

2.2.2.4 Particularités des mineurs et des femmes.

Pour ces deux premiers niveaux, il est des exceptions par rapport à la population des mineurs et des femmes incarcérées car il existe un principe de séparation des hommes et des femmes, des majeurs et des mineurs en détention, pour leur sécurité. Du fait de leur isolement, l'organisation des suivis psychiatriques existante pour les hommes détenus a dû être adaptée aux contraintes carcérales.

Moins nombreux, les mineurs représentent 1 % des entrants en détention et les femmes ne représentent que 3 % de la population carcérale (31), les besoins en soins psychiatriques ne sont pas non plus complètement comparables mais les prises en charge se doivent d'être équivalentes. Nous allons détailler les spécificités dues à chacune de ces deux populations.

- Les femmes.

Les femmes entrant en détention présentent un peu plus fréquemment de troubles psychiatriques par rapport à la population générale. Il s'agit surtout de troubles anxio-dépressifs pour 67% d'entre elles.

Pour les soins psychiatriques, elles ont les mêmes droits que les hommes et bénéficient des mêmes soins de consultation et d'activité. Mais toujours dans le respect de la séparation de ces populations, pour leur sécurité. Cela pose différents problèmes d'organisation pour les services sanitaires mais également pénitentiaires.

De plus, un seul SMPR en France permet une hospitalisation de jour pour les femmes : il s'agit du SMPR du centre pénitentiaire de Fleury Mérogis (26).

- Les mineurs.

Peu de mineurs incarcérés présentent une pathologie mentale, mais il faut être prudent par rapport aux diagnostics à ces âges. Les symptômes les plus fréquemment rencontrés sont alors de l'ordre des troubles des conduites avec notamment des conduites antisociales, une impulsivité et une anxiété (59).

La problématique addictive pour les mineurs est également importante. En effet, toujours selon la même étude (59), la prévalence de la consommation habituelle de tabac chez les mineurs incarcérés est de 96-99 %, celle de l'alcool et les drogues illicites oscille entre 20 et 90 %. Pour exemple, à la maison d'arrêt de Metz, sur les 14 mineurs régulièrement incarcérés, plus de 90 % d'entre eux ont une consommation régulière de cannabis. Il appartient alors aux équipes psychiatriques de leur proposer des prises en charge adaptées.

Enfin, le mineur incarcéré bénéficiera de consultations psychiatriques, depuis l'entretien arrivant jusqu'aux activités thérapeutiques, avec là aussi la particularité du milieu, c'est à dire, l'impossibilité pour les mineurs de participer aux mêmes activités que les majeurs (sauf dérogation).

2.2.2.5 Troisième niveau : les hospitalisations à temps plein :

Les soins psychiatriques en milieu carcéral ne peuvent se faire qu'avec le consentement du patient. D'autre part, les SMPR ne proposent qu'un hébergement sous forme d'hospitalisation de jour sans présence soignante la nuit, le patient passant sous surveillance uniquement pénitentiaire.

C'est pourquoi, quand un patient présente un trouble psychiatrique dont la symptomatologie ne lui permet pas de consentir aux soins alors même qu'ils sont nécessaires ou qu'il nécessite une surveillance médicale constante, un recours à une hospitalisation à temps plein s'avère indispensable. Cette hospitalisation peut se faire actuellement sous deux modes :

- En UHSA
- Dans les établissements spécialisés de proximité selon l'article D 398 du CPP.

2.2.2.5.1 Hospitalisation d'office en D398 du CPP

Cet article du code de procédure pénale indique :

« 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 D. 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation. »

Lorsque le détenu-patient présente un état de santé mentale nécessitant des soins psychiatriques avec une surveillance constante et ne permettant pas le maintien en détention, alors la seule solution était, jusqu'il y a peu, l'hospitalisation sous contrainte dans un service de psychiatrie du secteur en SDRE (Soins à la Demande du Représentant de l'Etat depuis la nouvelle loi sur l'hospitalisation en psychiatrie, correspondant à l'ancienne Hospitalisation d'Office, en D398 du Code de Procédure Pénal).

L'hospitalisation sous contrainte est réalisée au vu d'un certificat médical circonstancié établi par un psychiatre ou un médecin généraliste intervenant dans l'établissement pénitentiaire d'origine. Le détenu est alors transféré dans un établissement de santé habilité à recevoir les malades mentaux en hospitalisation sous contrainte.

Le patient peut aussi bien être un prévenu qu'un condamné, en début qu'en fin de peine. S'il s'agit d'un prévenu, le magistrat instructeur doit être informé de la mesure de SDRE. Durant son hospitalisation, le patient reste sous écrou et peut même bénéficier des réductions de peine s'il est condamné. (7) L'hospitalisation du patient détenu ne suspend pas la peine.

Dès lors, durant son hospitalisation, le patient peut bénéficier des mêmes permis de visites et de téléphone qu'en détention, mais c'est alors au personnel du service de s'assurer des droits du patient-détenu en détention.

2.2.2.5.2 L'UHSA :

Avec la réforme de la loi du 9 septembre 2002, en particulier de l'article 48, est prévu la création d'Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée (UHSA) pour accueillir les détenus présentant des troubles mentaux nécessitant des soins et une surveillance constante en milieu hospitalier.

Dans ces unités, et c'est une grande différence avec les modalités de prise en charge actuelle, il est possible d'hospitaliser les patients à temps plein avec ou sans consentement dans des unités mixtes. Ces unités peuvent également accueillir des mineurs. Ce sont donc des unités d'hospitalisations implantées dans un établissement de santé dont la surveillance périmétrique est assurée par l'administration pénitentiaire.

A terme, il est prévu de construire 19 UHSA sur tout le territoire français. La première tranche du projet est lancée avec la création de 9 unités dans un premier temps pour permettre d'éventuelles corrections au projet.

Nous développerons plus le sujet dans la suite de ce travail.

2.2.2.5.3 Les UMD (Unités pour Malades Difficiles)

Si le patient présente un état de dangerosité psychiatrique nécessitant des protocoles thérapeutiques intensifs et des mesures de sûreté particulières mise en œuvre dans une unité conçue à cet effet et que cette dangerosité rend impossible le maintien de ce patient en service classique, alors il faut envisager une hospitalisation en SDRE en UMD (31). Il existe 5 UMD en France avec des délais d'attente parfois longs avant une admission.

Les indications de recours aux Unités pour Malades Difficiles sont définies par l'article 1^{er} de l'arrêté du 14 octobre 1986. Ce sont des unités d'hospitalisation qui n'accueillent que des patients en Soins à la Demande du Représentant de l'Etat. Elles ont une vocation nationale.

Les UMD peuvent donc accueillir des patients en D398 du CPP.

2.2.2.5.4 Les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) (48)

C'est un intermédiaire entre une hospitalisation de secteur psychiatrique en SDRE et une hospitalisation en UMD. La provenance des patients est intersectorielle, ils sont adressés par un service hospitalier d'un territoire de santé défini ou par convention entre établissements de soins.

Il s'agit de patients qui présentent une dangerosité psychiatrique « temporaire », intermédiaire. Les patients peuvent également présenter un état de crise, des troubles majeurs du comportement, nécessitant un cadre contenant. L'indication retenue est la nécessité de soins intensifs psychiatriques, la durée d'hospitalisation à l'USIP se doit d'être limitée dans l'unité de soin intensif psychiatrique avec ensuite prolongation de l'hospitalisation dans le service d'origine. Les patients sont hospitalisés sous contrainte mais non nécessairement en SDRE, sauf les détenus, pour qui l'article D 398 du CPP est nécessaire.

3. Epidémiologie :

De nombreuses études menées sur la santé mentale des détenus depuis plusieurs années cheminent dans le même sens, décrivant une augmentation des troubles mentaux présentés par la population carcérale (74, 23, 33). Mais selon les études, il existe des variations allant parfois du simple au triple concernant la prévalence de certaines pathologies. Il est vrai que les études épidémiologiques en détention sont difficiles et soumises à différents biais méthodologiques.

En effet, outre les classifications différentes entre les études, les méthodologies utilisées, il existe également la difficulté inhérente au milieu carcéral même (80). L'incarcération et la vie en milieu carcéral peuvent majorer des troubles psychiatriques, modifier en partie l'expression des symptômes. (74).

Ainsi nous détaillerons différentes études et notamment celle des docteurs Rouillon et Falissard réalisée en 2003. Nous citerons pour connaissance les résultats d'autres études.

Il est également important de signaler qu'il n'est plus paru depuis quelques années d'étude épidémiologique sur ce sujet. De même, les statistiques officielles des ministères de la Santé et de la Justice ne sont pas éditées. Nos sources seront donc en conséquent.

3.1 Épidémiologie des troubles psychiatriques en détention : étude de Rouillon et Falissard. (74)

Il s'agit d'une étude transversale réalisée dans 23 établissements pénitentiaires français. Par tirage au sort, 1 000 détenus, dont 800 hommes incarcérés en France métropolitaine, 100 femmes détenues et 100 hommes incarcérés en Outre-Mer, ont été reçus en entretien entre juillet 2003 et septembre 2004. Cette étude a permis une évaluation de la prévalence des troubles mentaux dans la population carcérale française.

Cette étude montre que 8 hommes détenus sur 10 et plus de 7 femmes incarcérées sur 10 présentaient au moins un trouble psychiatrique. La grande majorité des personnes détenues rencontrées pour cette étude cumulaient plusieurs troubles. Les enquêteurs ont ainsi estimé que 35 à 42 % des personnes détenues souffraient d'une pathologie psychiatrique.

Prieto et Faure (66) révèlent que 30 % des sujets ont des antécédents de suivi par le secteur de psychiatrie et que 20 % ont bénéficié d'une prise en charge spécialisée en addictologie.

La répartition de ces troubles est différente selon les troubles et selon les sexes, c'est ce que nous allons développer maintenant.

3.1.1 : Troubles anxieux.

Les troubles anxieux sont les troubles mentaux les plus fréquents en prison. Ils représentent 56 % des troubles présentés par les hommes et 54 % pour les femmes. Dans ces troubles anxieux, les principaux diagnostics concernent l'anxiété généralisée, puis la névrose

traumatique, l'agoraphobie et enfin la phobie sociale.

3.1.2 : Troubles thymiques.

Les troubles thymiques représentent la deuxième classe de troubles mentaux en termes de prévalence pour les personnes détenues. Ils surviennent chez 47 % des hommes et 51 % des femmes.

Dans ces troubles thymiques, nous retrouvons en première place les syndromes dépressifs (35 à 40 %). Les autres troubles thymiques, épisodes mélancoliques, épisode dépressif récurrent, manie et hypomanie, ont des prévalences situées entre 7 et 15 %. Les troubles bipolaires ont une prévalence plus faible à 3.5-5 %.

3.1.3 : Troubles psychotiques.

La prévalence des troubles psychotiques se situe aux environs de 25 % de la population carcérale. Les personnes souffrant de troubles psychotiques chroniques schizophréniques et non schizophréniques ont chacun une prévalence de 7 %. Viennent ensuite les troubles psychotiques non spécifiés et les épisodes psychotiques aigus.

3.1.4 : Troubles addictifs.

38 % des personnes incarcérées depuis moins de 6 mois présentent une dépendance aux substances illicites et 30 % une dépendance à l'alcool. Nous expliciterons ce sujet dans la suite de ce travail.

3.1.5 : Risque suicidaire.

Un risque suicidaire, c'est-à-dire l'évaluation par les soignants, en fonction des antécédents personnels, de la biographie et des facteurs précipitants, du risque pour un patient de passage à l'acte suicidaire, a pu être repéré chez 40 % des hommes incarcérés et 62 % des femmes. Ce risque a été jugé élevé pour presque 50 % des personnes interrogées. Nous expliciterons ce sujet ensuite.

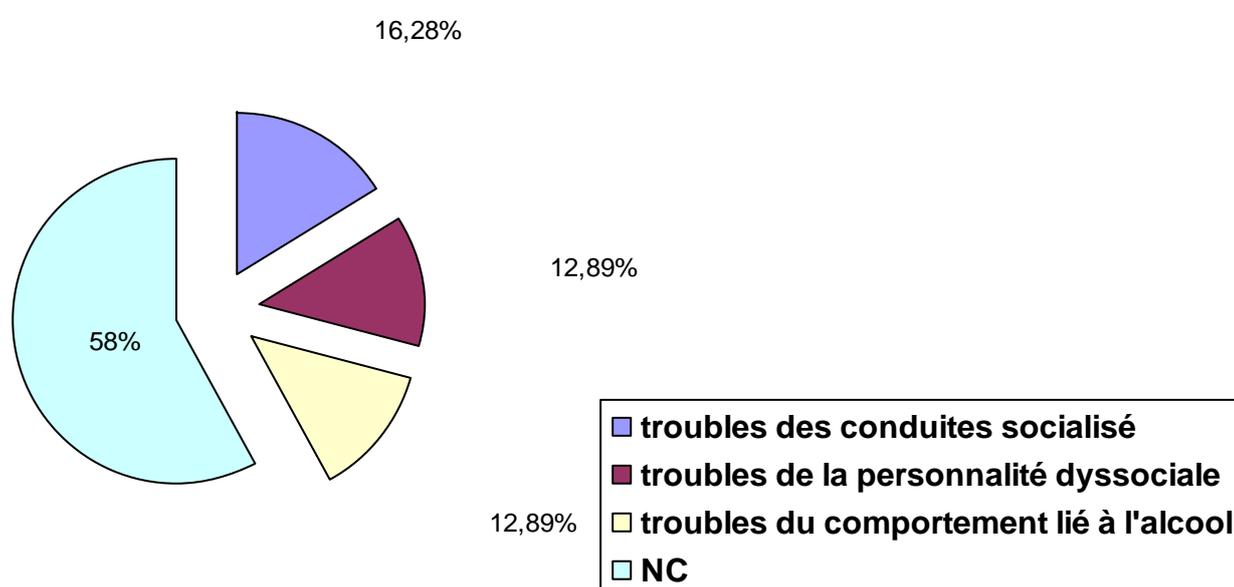
3.1.6 : Personnalité pathologique.

L'étude révèle que 28 % des hommes et 14 % des femmes en détention ont une personnalité pathologique de type antisociale.

D'autres études et notamment celle de Prieto et Faure sur la santé mentale des détenus retrouve une prévalence des personnalités pathologique plus importante (66). Ainsi, selon leur étude, la prévalence des personnalités pathologiques est de 34.2 % pour les hommes et 20.8 % pour les femmes, dont plus de la moitié seraient des personnalités antisociales.

3.1.7 : Population mineure en détention:

Les mineurs sont une population à part et les diagnostics ne sont pas comparables (Annexe 4). Ils présentent pour 16.3 % d'entre eux des troubles des conduites de type socialisé, des troubles de la personnalité de type dyssocial pour 12.9 % à égalité avec les antécédents de troubles du comportement liés à l'intoxication aiguë d'alcool.



Annexe 4 : Répartition des troubles psychiques chez les mineurs incarcérés.

3.1.8 : Particularités.

La population carcérale a la particularité de présenter une fréquence plus élevée de comorbidités psychiatriques. Les comorbidités les plus fréquentes sont :

- Association entre troubles thymiques et anxieux : de 30 à 40 % des personnes

détenues.

- Les troubles anxieux et une dépendance à un produit : 20 %
- Troubles thymiques et dépendance : 20 %
- Troubles anxieux et troubles psychotiques : 20 %.

La prévalence des troubles psychiatriques est en général plus faible pour les détenus de l'Outre-Mer sauf en ce qui concerne l'abus et la dépendance aux substances illicites où elle est nettement supérieure. Nous ne disposons pas d'explications à ces données. (Annexe 5).

<u>Troubles</u>	<u>Prévalence</u>
<u>Troubles thymiques</u>	
Syndrome dépressif	40.3%
Mélancolie	7.5%
Etat dépressif chronique	7.4%
Manie/hypomanie	6.2%
Troubles bipolaires	4.7%
<u>Troubles anxieux</u>	
Attaques de panique	7.6%
Agoraphobie	16.7%
Phobie sociale	16.3%
Névrose obsessionnelle	9.2%

Névrose traumatique	19.6%
Anxiété généralisée	32.7%
<u>Dépendance aux substances</u>	
Abus/dépendance à l'alcool	31.2%
Abus/dépendance aux substances	37.9%
<u>Troubles psychotiques</u>	
Schizophrénie	9.9%
Bouffée délirante aiguë	0.1%
Psychose chronique non schizophrénique	7.3%
Type de psychose non précisé	4.1%

Annexe 5 : Estimation de la prévalence des troubles psychiatriques dans la population carcérale française masculine.

3.2 Prévalence du suicide en détention:

Le taux de suicide en prison a presque quintuplé en 50 ans passant ainsi de 4.3 suicides pour 10 000 détenus en 1960 à 19.3 suicides pour 10 000 détenus en 2009 (parallèlement la population pénale entre 1960 et 2009 a doublé) (34). Certains auteurs parlent alors de « *sursuicidalité* » (80). Nous traitons alors à part la question du suicide car elle a demandé une réflexion particulière, avec des chiffres de suicidalité très importants et ayant entraîné la création de commission de pilotage toujours en activité.

3.2.1 La variation de la prévalence au cours de 20 dernières années :

Ainsi le taux de suicide en milieu pénitentiaire est élevé, 6 à 7 fois plus important(s) que dans la population générale en comparant des populations aux mêmes caractéristiques sociodémographiques, soit 122 suicides en 2002, ce qui représente un taux de 22.8 pour 10 000 détenus. Ce taux était à 101 en 1980 (60).

Ce chiffre est en constante augmentation depuis les années 1980 jusqu'aux années 2000 (Annexe 6). (50, 79) A partir de 2002, une légère diminution du nombre de suicide en détention a été observé : de 22.8 pour 10 000 en 2002 à un taux de suicidité de 15.2 pour 10 000 en 2007. (77). Mais ce chiffre a de nouveau augmenté entre 2008 et 2011. Des efforts de l'administration pénitentiaire ont été entrepris avec entre autre la formation des surveillants de l'administration pénitentiaire qui a été renforcé dans les prisons et incluse dans la formation initiale des surveillants à l'ENAP.

Année :	Nombre suicide :	Taux :
1980	39	9.9
1985	64	14.6
1990	59	12.3
1991	67	13.2
1992	95	18.3
1993	101	19.3
1994	101	18.2
1995	107	19.1
1996	138	24.4
1997	125	22.3
1998	119	21.3
1999	125	22.6
2000	120	23.7
2001	104	21.5
2002	122	22.8
2003	120	20.5
2004	115	18.9
2005	122	20.4
2006	93	15.5
2007	96	15.2
2008	115	17.2
2009	122	18.4
2010	109	18
2011	116	17.1

Annexe 6 : Evolution du nombre et du taux de suicide depuis 1980.

3.2.2 Les caractéristiques du suicide en milieu pénitentiaire :

Profil socio judiciaire des détenus suicidés :

Il s'agit en majorité d'hommes (96%) âgés entre 34 et 36 ans, en procédure correctionnelle (75% en 2002) (79). Près de la moitié des personnes incarcérées qui se sont suicidés étaient des prévenus (47 %) Mais le taux de prévenus sur la population carcérale est moins élevé que le taux de condamné. Ainsi cela représente 33 % des prévenus qui se sont suicidés par rapport à la population carcérale (donc 66 % des suicidés étaient des condamnés). (79)

Le taux de suicide chez les femmes en population générale est moins important que celui des hommes. Cette tendance est complètement inversée en détention où le taux de suicide des femmes est de 26.2/10 000 contre 23.1/ 10 000 pour les hommes. (56, 65, 52, 79).

La première année d'incarcération est particulièrement sensible puisque les trois quarts des suicides se font durant cette période et notamment 40 % dans les trois premiers mois: 17 % le premier mois, 9 % la première semaine.

La nature de l'infraction est un élément important : par exemple, les auteurs de crimes de sang et les agresseurs sexuels se suicident 7 fois plus que ceux incarcérés pour des vols sans violence. (80) Ces détenus représentent environ 33% des suicidés, un tiers des suicidés ont commis des atteintes aux personnes. Il est à noter que ces deux groupes ne représentent en détention que 21 et 17% des détenus. (32)

Les modalités de passage à l'acte :

Le mode opératoire le plus utilisé est la pendaison dans la très grande majorité des cas (et la strangulation responsable de 92 % des suicides en 2001 et 2002). L'intoxication médicamenteuse volontaire est en augmentation). (79, 55)

Enfin, la majorité des suicides en milieu carcéral a lieu dans des quartiers spécifiques de la prison, comme le quartier arrivant, le quartier disciplinaire ou le SMPR. Ainsi, 11 % des suicides ont été faits dans les quartiers disciplinaires ; ce quartier avec la durée de la sanction disciplinaire sont des facteurs précipitants. (79).

Sur les 26 SMPR en France, 54% d'entre eux ont eu à faire face à des tentatives de suicide en 2003. (13, 14). Les services de psychiatrie générale ont été 42% à déclarer des tentatives de suicide dans leurs murs.

Les tentatives de suicide en prison :

Les tentatives de suicides sont plus nombreuses en milieu pénitentiaire que dans la population générale, notamment la première année. Ainsi l'étude réalisée sur le centre pénitentiaire de Loos Sequedin à partir de l'analyse des données du Samu-centre 15 sur l'année 2008 recense qu'un détenu sur 10 approximativement a fait une tentative de suicide. Ceci représente un taux de tentative de suicide 37 fois plus élevé qu'en population générale. (80). Il est à noter que les études autour des tentatives de suicides souffrent peut être d'un biais : ces passages à l'acte passeraient peut être moins inaperçus en détention, système clos, qu'en milieu ouvert.

En conséquence, un grand nombre de mesures visant à prévenir le suicide ont été élaborés, selon les préconisations du rapport Alban (1) et les recommandations du rapport Terra. Il a été notamment préconisé des actions pour mieux dépister la crise suicidaire et la

formation des acteurs de terrain mais également le dispositif de protection d'urgence (DPU) ou autrement dit le pyjama en papier « anti suicide », la Commission Pluri disciplinaire Unique (CPU) pour évoquer des patients fragiles, signalés, et la Cellule de Protection d'Urgence (CProU).

3.3 Prévalence des addictions :

L'étude menée par la DREES en 2005 dresse un tableau de la santé des personnes détenues entrées en prison en 2003 (13, 58).

Les résultats sont les suivants:

- 4 détenus sur 5 fument du tabac dont une personne sur sept plus de 20 cigarettes par jour ;
- 3 entrants sur dix déclarent une consommation excessive d'alcool (ces chiffres semblent être sous-estimés);
- 6 % des entrants se sont vus prescrire un suivi en alcoologie ;
- le tiers des arrivants déclarent une consommation prolongée et régulière des drogues illicites sur les douze derniers mois ;
- 7 % des entrants bénéficient d'une ordonnance pour un traitement substitutif aux opiacés dont 8 fois sur dix par le Subutex®.
- le quart des entrants déclarent une consommation d'au moins 2 substances psychoactives. Par ailleurs, la poly toxicomanie est passée de 10 % en 1988 à 80 % en 2000 parmi ceux qui se déclarent toxicomanes.

Il n'y a pas d'évaluation pour le mésusage médicamenteux.

Il est à noter que 14 % des entrants sont condamnés pour une infraction à la législation sur les stupéfiants selon les chiffres de l'administration pénitentiaire au 1^{er} janvier 2004 (80). Ces entrants sont bien entendus impliqués dans les trafics de stupéfiants mais sont généralement eux-mêmes consommateurs de substances illicites.

3.4 La prise en charge de la santé mentale des détenus (13)

Ces deux études apportent un éclairage très intéressant sur les institutions et leur fonctionnement mais également sur la santé mentale des détenus. Ainsi pour ce qui est des antécédents psychiatriques des détenus, nous notons :

- un détenu sur dix déclare avoir été suivi régulièrement par un psychiatre, psychologue ou infirmier ou avoir été hospitalisé dans un service de psychiatrie ;
- près d'un entrant sur sept avait un traitement psychotrope en cours, essentiellement par hypnotique et anxiolytique.

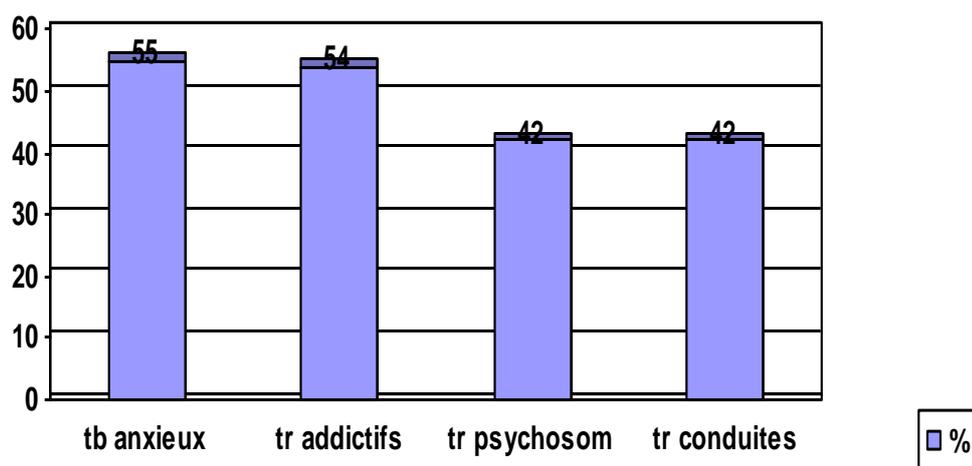
Comme la loi de 1994 le prévoit, les soignants psychiatriques doivent assurer un entretien « arrivant » auprès des entrants. Nous observons alors que :

- Un tiers de ces entrants avec troubles mentaux ont déjà été suivi lors d'une précédente incarcération. Pour 27 % d'entre eux, ce suivi s'est effectué auprès d'un SMPR, pour 26 % en ambulatoire. Enfin, parmi ces détenus avec antécédents de suivi lors d'une précédente incarcération, 20 % ont été hospitalisés en secteur de psychiatrie général. (57, 66).
- 63% des entrants en détention ont été vus par les équipes soignantes, ce qui semble peu au vu de la pratique et du caractère systématique de la proposition de cet entretien;
- 2 SMPR ne font pas ces entretiens systématiques faute de moyen humain;

- 52% de ces entretiens donnent lieu à une préconisation d'un suivi psychiatrique ;
- La prescription de suivi psychiatrique est plus élevée dans un établissement disposant d'un SMPR, ce qui peut s'expliquer par l'incarcération de ces personnes dans les établissements où il existe un SMPR car une prise en charge plus efficiente pourrait être faite ;

Les diagnostics repérés à l'examen d'entrée de tous les patients par les SMPR étaient en 2002 (annexe 7):

- Troubles anxieux repérés chez 55 % des entrants présentant des troubles. Troubles addictifs à 54 %
- Troubles psychosomatiques (incluant les troubles du sommeil et de l'appétit) à 42 %
- Troubles des conduites à 42 %;
- La proportion des entrants ayant déclaré avoir fait une tentative de suicide dans les douze mois précédant l'incarcération est 22 fois plus élevée qu'en population générale.



Annexe 7 : répartition des troubles psychiques en % à l'entrée des SMPR.

En ce qui concerne le recours aux soins psychiatriques en détention en 2003 (13):

- Il était dix fois plus élevé pour la population carcérale que dans la population générale
- 40 % de la population carcérale a été vue au moins une fois par l'équipe soignante psychiatrique ;
- 38 % de ces derniers n'ont bénéficié que d'une seule consultation dans l'année ;

Pour ce qui est de la prise en charge psychiatrique en milieu pénitentiaire : (13)

- 13 000 détenus ont été vus en consultation dans un UCSA ;
- 21 000 détenus ont été vus en consultation au SMPR ;
- 92 % des détenus suivis au SMPR l'ont été en ambulatoire ;
- 7 % ont bénéficié d'une prise en charge à temps partiel pour ce qui est des détenus majeurs ;
- 23 % des détenus mineurs ont pu bénéficier d'une prise en charge à temps partiel ;
- 5 % ont été « hospitalisés au SMPR » dont notamment 6 % d'homme et 2 % de femmes.
- 30 % des secteurs de psychiatrie générale intervenant en milieu pénitentiaire déclarent mener des activités de groupes ;
- 81 % des SMPR déclarent participer à une activité individualisée de préparation à la sortie ;
- 85% des SMPR déclarent avoir une activité post pénale pour les détenus suivis pendant leur incarcération ;
- Plus de 42 % des psychotropes sont prescrits par les SMPR

- Les traitements substitutifs aux opiacés sont en règle générale prescrit majoritairement par les praticiens des SMPR (85% pour la méthadone® et 62% pour le Subutex®).

L'hospitalisation au SMPR :

- 20 SMPR sur 26 proposent une hospitalisation ;
- 2 SMPR (Fresnes et Marseille) disposent de personnels soignants la nuit ;
- 5 % des détenus ont été hospitalisés en SMPR en 2003 soit plus de 1 400 patients.
- Moins de la moitié des SMPR disent pouvoir accueillir un patient le jour même de la demande ;
- La durée moyenne d'hospitalisation est de 66 jours.
- Le diagnostic de psychose a augmenté de 30 à 60 % au SMPR de Marseille depuis 1996. (60)

3.5 Caractéristiques sociologiques de la population pénale : (74)

L'étude menée par les docteurs Rouillon et Falissard sur une population de 1000 détenus (des deux sexes) permet une observation sociologique de la population pénale tant d'un point de vue personnel et familial des personnes détenues, de leurs accès aux soins que sur leurs antécédents judiciaires.

3.5.1 Au niveau familial :

En général, les détenus sont issus d'une grande fratrie. Un détenu sur cinq a fait l'objet d'une mesure de placement en foyer ou en famille d'accueil. Un tiers des hommes et 40 % des femmes ont déclaré avoir subi des maltraitances de nature physique, psychologique ou sexuelle. Les auteurs estiment que 29 % ont eu un membre de la famille proche condamné à une peine d'emprisonnement. Ce taux augmente à 40 % dans les DOM.

3.5.2 Sur le plan personnel :

Il s'agit de jeunes hommes en majorité, l'âge moyen étant situé à 38-39 ans. Une large part d'entre eux avait un logement individuel (9/10) et moins de 7 % d'entre eux bénéficiaient d'une Allocation pour Adulte Handicapé.

3.5.3 Les antécédents judiciaires :

La durée moyenne d'incarcération déjà effectuée lors de l'étude est de 15 mois pour les hommes en métropole, 21 mois pour les hommes en DOM, et 26 mois pour les femmes. Plus de 60 % sont incarcérés pour des atteintes aux personnes et 55 % des hommes font l'objet d'une procédure criminelle (60 % des femmes et de 47 % dans les DOM).

Dans les antécédents judiciaires, les auteurs rapportent que 49% des hommes détenus et 26% des femmes détenues ont déjà été incarcérés par le passé. Avant l'âge de 18 ans, un quart des hommes et un cinquième des femmes ont été suivis par le juge pour enfants.

3.5.4 Au niveau professionnel :

Les deux auteurs indiquent que 43% des détenus n'ont pas de diplôme. Les deux tiers des personnes incarcérées ont déclaré avoir une activité professionnelle avant leur incarcération et 64% durant une période de 2 ans sur les 5 années précédentes.

Ces caractéristiques socio-économiques des détenus suivis et des entrants sont comparables. Il y a davantage de femmes suivies comparativement à la population pénale totale (10% contre 4%). (66)

Parmi les condamnés suivis, il y a une plus grande proportion des auteurs d'affaires criminelles par rapport aux autres, s'expliquant par des peines plus lourdes.

En conclusion, cette étude indique une certaine précarité dans la population pénale et ce, à tous les niveaux : personnel, familial, social et professionnel. Cette précarité peut avoir un impact sur l'accès aux soins de cette population. En effet, en milieu ouvert c'est une population qui a peu recours au système de soin traditionnel, avec des ruptures thérapeutiques fréquentes, une méconnaissance du dispositif de soin, une tendance à l'auto médication.

De plus, quand cette population précarisée est connue des services du secteur, c'est régulièrement avec pour résultat de mauvaises expériences des patients et des soignants, car les soins sont faits sous contrainte, avec des urgences sociales parfois plus difficile à gérer que les urgences psychiatriques.

Cela peut aussi être le cas pour des détenus qui présentent une pathologie mentale chronique et qui peuvent être en rupture thérapeutique en milieu ouvert. L'incarcération peut alors être un moment de reprise de soins et de lien avec la psychiatrie mais cela nécessite l'instauration d'une confiance et se pose toute la difficulté de la continuité des soins lors du retour à la liberté.

Il y a tout un travail thérapeutique à mettre en place, une éducation thérapeutique, une confiance à instaurer. C'est un travail de longue haleine qui est fait en détention et qui rend le travail psychothérapeutique parfois plus compliqué. Mais ce travail est également à faire en milieu ouvert avec des patients qui rencontrent la psychiatrie. C'est donc le lieu de prise en charge avec ses contraintes et ses enjeux qui changent.

3.6 Revue de la littérature non exhaustive (annexe 8):

Il y a eu comme nous l'avons expliqué plus haut des études réalisées sur la santé mentale en détention avec des biais méthodologiques entraînant des écart-type importants pour certaines études. Nous proposons un tableau récapitulatif de l'ensemble des études dont nous avons eu connaissance :

Pathologies	<i>Fazel</i> (23)	<i>Blaauw</i> (6)	<i>DREES</i> (14)	<i>Roesch</i> (70)	<i>Teplin</i> (78)	<i>Motiuk</i> (56)	<i>Gravier</i> (27)	<i>Dauver</i> (19)
Tr psychotiques	4%	5%	8%	4%	4%	3%	2.15%	4.75%
Tr humeur	12%		7%	10%	14%		3.5%	
Tr personnalité	65%		33%					
Pers. antisociale	47%			64%	47%	57%	11%	15.5%
Tr anxieux		25%	12%					
Tr addictifs		40%	25%					

Annexe 8 : Revue non exhaustive de la littérature.

Nous notons donc bien des écart-type importants. Mais quel que soit l'étude, les prévalences rapportées sont bien supérieures, mêmes pour les écart-type inférieurs, à trois fois la prévalence de la population générale. Rappelons que la prévalence de la schizophrénie est de par exemple de 1%. De même, le taux de personnalité antisociale est dix fois supérieur à celui de la population générale.

Gunn qui a étudié la morbidité psychiatrique en 1977, 1990 et 1995 démontre l'augmentation des pathologies psychiatriques en détention avec respectivement 33%, 44.7% et enfin 66% en 1995 des détenus (33).

3.7 L'hospitalisation à temps complet des détenus :

3.7.1 Hospitalisation en SDRE :

Lorsqu'un détenu présente un trouble psychiatrique nécessitant une surveillance médicale constante et que ce trouble ne permet pas son maintien en détention, il était possible de le faire hospitaliser en SDRE dans l'hôpital psychiatrique du secteur de rattachement de l'établissement pénitentiaire selon l'article D398 du code de procédure pénale. L'hospitalisation se fait alors dans le service de psychiatrie de secteur dont dépend l'établissement pénitentiaire.

Le rapport Santé Justice de 2001 indiquait que 1 317 hospitalisations d'office de détenus avaient été enregistrées, ce qui représentait 60 370 journées d'hospitalisation. La durée moyenne de séjour cumulé est de 23 jours, ce qui est très en deçà de la population en milieu

ouvert (45 jours en 2000). Cela représente l'occupation permanente de 165 lits. Le nombre d'hospitalisation des détenus a été multiplié par 10 en dix ans. (60)

En parallèle, et selon l'étude DREES, en 2003, 692 patients ont été hospitalisés au titre de l'article D 398 du Code de Procédure Pénal, pour un total de 15 737 journées. 583 patients ont été adressés par les SMPR.

Si nous rapportons ces chiffres à ceux plus généraux des hospitalisations en psychiatrie, nous nous apercevons que cette question de l'hospitalisation des détenus est à la marge quantitativement. En effet, il y a 500 000 hospitalisations par an en France en service de psychiatrie répartie ainsi (60) :

- 440 000 hospitalisations libres ;
- 50 000 hospitalisations à la demande d'un tiers ;
- 10 000 hospitalisations d'office
- Dont 1 400 détenus.

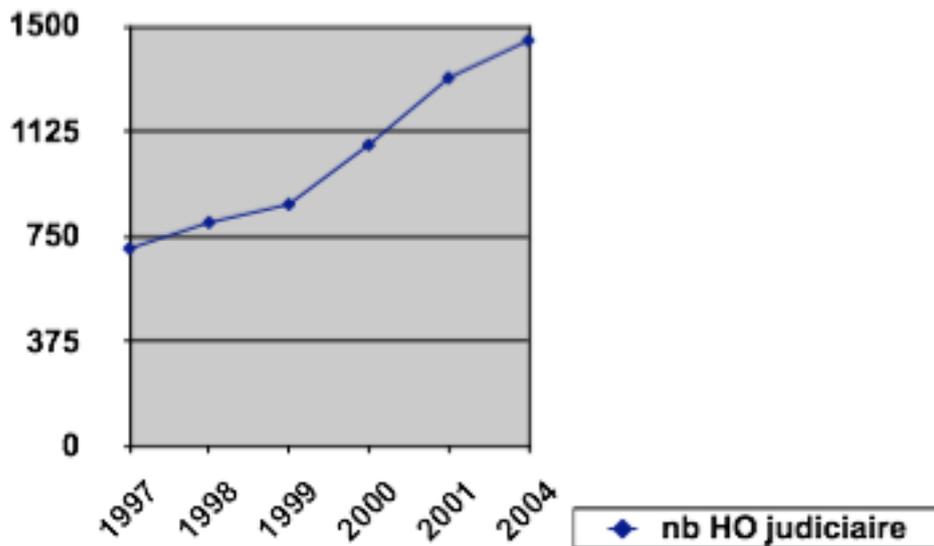
Mais différents rapports ont établi que les durées de séjour des patients détenus étaient largement inférieures à celles des autres patients. Et parallèlement, l'utilisation de la chambre d'isolement n'était pas conforme : plus longue sur la durée, pour des motifs autres que psychiatrique, par rapport aux autres patients. Ceci est par ailleurs une remarque faite dans le dernier rapport du contrôleur général des lieux de privation de libertés et dans d'autres rapports.

Ainsi le rapport de l'IGAS/IGSJ rapporte que l'hospitalisation des détenus dans les secteurs de psychiatrie pose des problèmes de sécurité (67). Ces conditions d'hospitalisation ne sont pas les mêmes que dans les services de soins somatiques. Nous rappelons que dans ces derniers, le détenu reste tout le temps de son hospitalisation sous la garde statique de policier

ou d'agents pénitentiaire.

De plus les chiffres de l'hospitalisation sous contrainte sont en augmentation constante depuis les années 90 et 2000. Le nombre d'hospitalisations en psychiatrie de détenus a même augmenté de 52% entre 1997 et 2000 (annexe 9).

Annexe9 : Mouvements de détenus en hospitalisation d'office de 1997 à 2004 (source IGAS) :



3.7.2 Hospitalisation en UMD :

En mars 2003, les patients détenus hospitalisés dans les UMD représentaient 17.5% des effectifs des patients (21). Cette même année, un SMPR sur deux a fait une demande de transfert de patients vers une telle unité. Cela a concerné 34 patients et a donné lieu à 31

transferts (13).

Sur l'ensemble des cinq UMD et pour les chiffres de 2005 et 2008, le pourcentage de patients détenus varie entre 8 et 15% avec une certaine stabilité entre les deux années pour ces mêmes structures. De même que les HOJ, le nombre de détenus hospitalisés en UMD a augmenté passant de 3.6% en 1996 à 12% en 2000 à l'UMD de Sarreguemines (67).

La durée moyenne de séjour selon les UMD et selon les années varie. Ainsi pour les UMD de Villejuif, Cadillac et de Sarreguemines, la durée de séjour est inférieure à celle des autres patients mais de façon assez relative (différence de deux mois en moyenne). Seule l'UMD de Montfavet a une durée de séjour pour les patients détenus plus importante que celle des autres patients (environ 6 mois en 2005 et 4 mois en 2008). (36)

3.8 En conclusion :

La population pénale est précaire et ceux à plusieurs niveaux : personnel, familial, professionnel, social. Mais nous remarquons qu'elle est également précaire sur le plan sanitaire.

En effet, nombres de détenus ont déjà consulté un soignant en santé mentale avant leurs incarcérations, nombre d'entre eux ont également arrêté tout soin, en particulier en ce qui concerne les addictions. La prison semble alors être bien souvent malheureusement le lieu d'un premier contact, ou d'une reprise de contact avec les soignants somatique et psychiatrique.

Nous observons également les prévalences différentes de certaines pathologies mentales,

avec des taux 3 à 10 fois supérieurs à la population générale en ce qui concerne des maladies mentales lourdes comme la schizophrénie, mais également des dépressions, les suicides et les addictions.

Enfin le recours au secteur de psychiatrie pour l'hospitalisation sous contrainte des patients détenus n'est pas optimal aux vues de l'ouverture des secteurs sur la ville, de la baisse du nombre de lits et de l'augmentation des besoins de la population pénale.

4. Intérêts et limites de la prise en charge psychiatrique actuelle :

Depuis 1994, le paysage sanitaire en détention a beaucoup évolué. Et la première grande innovation est et restera l'indépendance du corps médical de l'administration pénitentiaire. Cette prise en charge, quoique indépendante, se compose de plusieurs facteurs dont aucun soignant ne peut s'extraire : bien évidemment le code de déontologie médical et l'institution sanitaire, mais également la Loi et ce qu'elle permet et interdit, et enfin l'institution pénitentiaire avec le cadre de la prison comme lieu de soins. Réfléchir sur les intérêts et limites de cette prise en charge ne peut être complet si nous faisons l'économie de ces facteurs dont nous développerons ici quelques arguments.

4.1 Intérêts et limites de la prise en charge psychiatrique dus à la Loi.

Les lois et décrets de 1986 et 1994 ont permis une réelle avancée marquant un tournant primordial dans la prise en charge sanitaire en milieu pénitentiaire. Ainsi, la création, l'individuation et l'autonomie du sanitaire, à partir du modèle psychiatrique, permettent que chaque détenu puisse avoir le même accès aux soins, sous le même régime de sécurité sociale que la population générale. Il s'agit ici de promouvoir le soin et la santé sur le modèle de la population libre, sans que soit opérée une distinction du fait de leur parcours pénal. En effet, il nous est fait le devoir de pratiquer la médecine en respect du principe fondamental de ne pas juger nos patients.

L'indépendance du corps médical par rapport à l'administration pénitentiaire a également permis aux détenus de pouvoir accéder aux soins, faire confiance aux soignants. Ceux-ci ne sont plus aliénés, sous les ordres d'une institution qui ne vise pas forcément les mêmes objectifs dans les soins. Souvenons-nous du discours de Toul et de la lettre ouverte

rédigée par le Dr Rose (72), psychiatre au centre de détention de Toul, qui s'émeut dans les journaux du sort des détenus en décembre 1971, des conditions de vies inhumaines dont elle avait été le témoin (25). Il s'agit d'un extrême mais les équipes soignantes peuvent parfois servir de pare- excitation avec l'administration pénitentiaire, un endroit où dire les choses et être entendu pour les détenus.

Toujours dans la volonté de calquer les soins en détention sur les soins en milieu libre, les textes de loi précisent les droits des détenus-patients et les conditions d'exercice des soignants. Ainsi le code de santé publique détermine le droit au détenu-patient au respect de son consentement, à la confidentialité, au soin à la personne en souffrance, à l'accès au soin, et à l'indépendance technique et statutaire des professionnels de santé. (61)

Toutefois, la loi impose un parallèle stricte entre le patient-détenu et le patient-libre. Or malgré toute bonne volonté, le fait même de l'incarcération rend cette transposition impossible. En effet, la loi elle-même réglemente les médicaments en détention (article D273 du CPP et D335 du CPP) pour la prévention du suicide et de leur mésusage, ce qui n'est par exemple pas le cas en milieu libre.

De plus, l'hospitalisation sous contrainte prévue par la loi ne peut être envisagée en détention de façon superposable à celle de la population générale. Il n'est en effet pas possible de recourir à un soin à la demande d'un tiers, ni même à un programme de soin en détention. Et avant la création des UHSA, l'hospitalisation libre ne pouvait se faire qu'en SMPR. Elle est désormais possible également pour des détenus-patients dans ces UHSA (18).

Mais encore une fois, la loi Perben de 2002 prévoyant la création de 19 UHSA en France a pris beaucoup de retard dans son application et pour le moment seul trois UHSA sont ouvertes sur une première vague de 9 UHSA ! Cela rend l'hospitalisation libre en France pour les détenus inégale.

Il est un dernier point à ajouter. Des lois récentes permettent de juger des affaires en comparution immédiate (les anciens flagrants délits). Ainsi ces affaires sont traitées avec des délais très courts, souvent avec des avocats commis d'office, qui n'a pas la possibilité d'étudier le dossier. L'avocat peut demander une expertise psychiatrique s'il constate des troubles chez son client, mais, si l'expertise est acceptée, elle n'est pas suspensive et la personne est écrouée en attendant les conclusions de cette expertise (7). De plus, si l'expertise est systématique en matière criminelle, elle reste beaucoup plus limitée pour les affaires jugées en correctionnelle.

4.2 Intérêts et limites de la prise en charge psychiatrique dus à la détention :

La prison permet pour certains patients un dépistage, une première prise en charge sanitaire ou encore un retour aux soins. Elle permet également dans un même endroit une certaine proximité entre différentes équipes : sanitaire, sociale et éducative. Ces équipes sont parfois très spécialisées et sensibilisées aux problèmes rencontrés par les détenus (53). Et ainsi, cela permet de prévenir, soigner une population précarisée et parfois désocialisée à l'extérieur.

La prison s'adapte aux populations qu'elle accueille. Elle organise des commissions conjointes avec le sanitaire pour la prévention du suicide par exemple, avec la participation à des formations dispensées par le milieu sanitaire. Il a également été créé des Commissions Pluridisciplinaire Unique (CPU) où se rencontre l'administration pénitentiaire, représentant des soignants somatique et psychiatrique, les SPIP... pour discuter dans le respect du secret professionnel de détenus particuliers, signalés, dont la situation requière une attention particulière.

L'administration pénitentiaire et l'équipe sanitaire développent un travail de partenariat dans le respect des missions et des rôles de chacun, permettant par exemple le signalement de détenus aux comportements étranges, suicidaires, mais également la surveillance spécifique d'un détenu signalé par l'équipe soignante.

Elle s'adapte également en coopérant à la création des UHSA, depuis les plans architecturaux à la mise en place des agents pénitentiaires et les formations conjointes.

Toutefois la prison est et doit rester un lieu de privation de la liberté d'aller et venir. Des contraintes du milieu pénitentiaire inhérent au lieu même sont des sources possibles de chocs psychologiques voire de décompensations psychiatriques. Espace réduit, partagé, temps judiciaire incertain, règles de vies imposées et intrusives, surveillance continue et autorité des surveillants non discutable, sont autant d'éléments qui peuvent déstabiliser des détenus déjà fragiles. Puis la détention peut signifier éloignement voire séparation totale et définitive avec sa famille, ou perte d'identité.

La détention peut alors être considérée comme « pathogène en soi » (53). Un vécu persécutoire peut se développer et augmenter l'agressivité des détenus. D'autant que le nombre de détenus présentant des troubles psychiatriques augmentent et même si des informations sont fournies à l'administration pénitentiaire sur ces détenus, ce n'est pas un lieu de soin, et les agents n'ont pas pour mission de les soigner !

De nombreux rapports ont souligné l'augmentation inquiétante du nombre de malades mentaux en détention et la précarisation de la population accueillie en milieu carcéral. Ceci fait dire à certains que la prison est devenue « le nouvel asile » de la république. Pradier dans son rapport dit même que « tout se passe comme si la prison était devenue le seul lien d'accueil pour un nombre croissant de psychotiques rejetés à l'extérieur de l'institution hospitalière par les responsables médicaux ». (53, 65).

Par ailleurs, nous voyons une tendance se dessiner depuis quelques années. Il s'agit d'une psychiatrisation de tout trouble du comportement et toute délinquance et ainsi n'entrevoir que des réponses soignantes (44). Ceci s'expliquerait par la perte de sens et de la fonction symbolique de la peine (28). Il faut également faire une véritable distinction entre les dangers psychiatriques et criminologiques.

Ce phénomène mis en évidence et repris par nombre d'auteurs est appelé la transinstitutionnalisation. Elle est définie par le passage de relais de certaines populations autrefois prises en charge par l'institution sanitaire psychiatrique. Depuis le mouvement de désinstitutionnalisation psychiatrique, elles sont prises en charge par l'institution pénitentiaire.

Les soins eux même sont soumis à des contraintes du milieu : contraintes sécuritaires, l'accès aux détenus par les surveillants, surveillance des UCSA et SMPR par les surveillants pénitentiaires... L'équipe soignante, en générale issue des établissements de santé ne peuvent alors fonctionner comme dans les services classiques, selon leurs protocoles mais doivent conjuguer avec l'administration pénitentiaire et s'adapter au fonctionnement de la prison.

Les troubles de ces détenus sont à l'origine de troubles du comportement qui sont ressentis comme étranges et inadaptés. Ces troubles perturbent la vie en détention. Les surveillants mais également les services socio-éducatifs vont alors être tour à tour dans la compassion, la peur et le rejet. Il en va de même pour les codétenus. Certains seront des aides et veilleront sur les détenus les moins étranges, d'autres profiteront de leurs faiblesses voire rejeteront les incuriés avec lesquels ils sont parfois forcés de partager leur intimité.

Les agents pénitentiaires sont alors démunis face à des détenus, jugés responsables, même s'ils ont été reconnu partiellement responsables, et l'administration pénitentiaire

développe des « solutions de débrouille : mise au quartier d'isolement, tourisme pénitentiaire »... (61). Nous observons alors également des pressions de l'administration pénitentiaire demandant aux psychiatres si le détenu ne devrait pas être hospitalisé, aller au SMPR... Ces pressions sont diverses et restent gérables lorsqu'il existe une bonne communication entre les deux institutions. Cela est moins évident dans certains cas, les agents multipliant les demandes de certificat médical pour tous les aspects de la vie en détention sur lesquels les soignants n'ont pas à se prononcer.

Nous rappellerons pour souvenir le projet de l'administration pénitentiaire d'avoir un dossier détenu unique pénitentiaire et sanitaire. Ce dossier devait réunir à la fois des informations judiciaires et médicales, allant alors à l'encontre du secret « médical ». L'autonomie et l'indépendance du sanitaire dans les milieux pénitentiaires sont constamment à protéger, surveiller et préserver. Le travail conjoint entre ces deux institutions ne peut se faire contre les lois ou à l'encontre d'un des deux partenaires.

4.3 Intérêts et limites de cette prise en charge psychiatrique même:

La demande de soins, par les détenus et/ou par la justice, est continuellement en augmentation. L'équipe soignante et le dispositif de soin essaient de s'adapter et de se renforcer avec « une évolution...vers la spécificité, c'est-à-dire une connaissance des problématiques en profondeur, un savoir-faire et une meilleure efficacité » comme le témoigne le Dr Paulet (61). Il faut veiller à conserver des liens avec son établissement de rattachement afin d'éviter au maximum l'isolement, le cloisonnement par l'hyper spécificité et donc l'épuisement (50).

Cela a permis de développer une pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire spécialisée et au service d'une population précaire et en souffrance. Cette pratique peut être comparée à la psychiatrie de liaison comme le définit le Dr Sénon (50).

En effet, ces disciplines s'exercent dans un milieu différent de nos services psychiatriques habituels. Il faut donc « *faire reconnaître sa spécificité, mais aussi avoir à répondre au scepticisme ambiant* » (50). Cela nécessite également développer une clinique, une pratique qui tient compte du milieu, de l'institution d'accueil. Il faut alors travailler à un partenariat parfois complexe à mettre en place, et qu'il faut redéfinir chaque jour pour que l'équipe soignante puisse garder son autonomie du point de vue déontologique et éthique.

Toute une série de soins propres à cette activité ont dû être développés, comme le soin ambulatoire, les groupes de paroles, les activités thérapeutiques, les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, spécifique à la population pénale et au milieu carcéral. De même, en ce qui concerne la clinique présentée par les patients, et notamment les passages à l'acte impulsif auto et hétéro agressif particulier au milieu carcéral. Mais encore, les soignants ont dû s'adapter aux nouvelles demandes telles que les agresseurs sexuels... Nous pouvons ajouter le travail en secteur et la nécessaire coordination avec les autres équipes du secteur

Mais tous les indicateurs pointent une insuffisance de moyens parfois criantes et de nombreux écrits et rapports ont fait écho à ces manques. Nous pouvons citer pour exemple depuis le début des années 2000 :

- Le rapport de Pradier sur la gestion de la santé dans les établissements du programme des 13 000 en septembre 1999 (65);
- Le rapport du Sénat : Prisons : « Une humiliation pour la République » (juin-juillet 2000) (68);
- Le rapport de l'Assemblée Nationale : « La France face à ses prisons » (juin-juillet 2000) (52);
- Le rapport d'évaluation de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ) sur l'organisation des soins aux détenus (juin 2001) (67);

- Le rapport des Dr Piel et Roelandt : « De la psychiatrie à la santé mentale » (juillet 2001) (62).

Tous ces rapports indiquent : un manque de moyen humain avec des équipes médicales et paramédicales en sous effectifs dans certaines régions, problématiques de l'hospitalisation psychiatrique, difficultés à réaliser les relais sanitaires et sociaux à la sortie de prison.

Ces relais sont pourtant un point important dans les soins psychiatriques en prison. En effet, ces soins ne sont pertinents que s'ils sont articulés de manière effective avec le secteur, s'ils sont organisés avec le dispositif sanitaire, médico-social du milieu libre. Sans cette articulation, sans cette préparation à la sortie, nous pourrions craindre plus encore une ségrégabilité et une relégation de la spécificité de la psychiatrie en milieu pénitentiaire. (61)

De plus, il existe des disparités entre les différents services psychiatriques en milieu pénitentiaire en ce qui concerne les moyens humains et matériels (42). Comme nous les avons évoquées lors de la présentation des SMPR, certains détenus peuvent bénéficier d'activités thérapeutiques, d'autres attendront plusieurs semaines pour avoir un rendez-vous psychiatrique ou psychologique en fonction de leur centre pénitentiaire.

Ces services sont victimes de leurs succès. Ainsi, l'attente d'un patient pour être admis dans un SMPR ou l'attente d'une prise en charge ambulatoire par un psychiatre ou un psychologue dans certains UCSA peuvent être longues. Il en est de même pour ce qui est du transfert d'un patient détenus dans une UMD. (61, 50,75)

Le SMPR permet une hospitalisation de jour et non à temps plein. La nuit, il n'y a pas de soignants sur place et le délai pour arriver, de nuit, dans le service est d'environ 20 minutes ! Seuls deux SMPR ont du personnel soignant sur place la nuit, mais il s'agit d'infirmiers qui ne disposent pas des clés des cellules. (60)

Avant la création des UHSA, il existait également des limites dans le soin concernant les hospitalisations dans les établissements de santé rattachés. D'abord, il faut souligner qu'en comparaison à la prise en charge de patients classiques, les détenus ne pouvaient être admis dans les établissements de santé en hospitalisation complète qu'en SDRE.

En effet, si le patient était consentant, l'hospitalisation ne pouvait se faire que dans un SMPR. Et comme nous l'avons annoncé, il ne s'agissait que d'une hospitalisation de jour. Si le patient en question nécessitait une surveillance constante et médicale, comme dans le cas d'un patient suicidaire, alors même qu'il le souhaitait, le détenu devait être hospitalisé en SDRE. Il n'y a pas non plus d'hospitalisation à la demande d'un tiers possibles.

Cela soulignait également les problématiques des SDRE en D 398 du CPP dans les établissements de santé de rattachement. En effet, ces établissements étaient des plus réticents à recevoir cette population de patient en l'absence des forces de l'ordre comme cela est le cas dans les services somatiques. Pour certains établissements, ces hospitalisations étaient écourtées et différées. (60)

Par ailleurs, les conditions d'hospitalisation des détenus dans les établissements de santé de secteur ont été jugés « *déplorablement inacceptable et dangereuse* » (67). Il a en effet été observé une utilisation non thérapeutique de la chambre d'isolement avec une confusion nette entre dangerosité psychiatrique et criminologique et mais également avec l'isolement pénitentiaire et le non-respect de la conférence de consensus sur le protocole d'isolement. (37)

De plus, l'hôpital a souvent été jugé comme plus difficile à supporter que le milieu carcéral par la chambre d'isolement et par l'absence de télé dans les chambres, l'interdiction de fumer dans ces mêmes chambres. La crainte des soignants par rapports à ces patients particuliers était encore augmentée par la gestion dont ils n'ont pas l'habitude du courrier,

téléphone et visite soumis à procédures particulières en détention voire interdit pour certains prévenus par exemple.

C'est par ailleurs à la suite de ces rapports et constatations que les élus ont voté la loi du 9 septembre 2002 qui prévoit dans son article 48 la création des UHSA.

Autres limites à l'intérêt de la pratique psychiatrique en détention : certaines missions demandées aux équipes soignantes en milieu pénitentiaire ne peuvent être remplies. Ainsi l'entretien arrivant qui doit être obligatoire pour tous les arrivants n'est souvent réalisé que dans 90% des cas au mieux. Ces difficultés sont dues en partie au manque de moyen mais également au parcours judiciaire même. En effet, certains détenus sont en transit dans un centre pénitentiaire en attendant un autre transfert. Ou encore, certains sont transférés immédiatement ou libérés avant que les soignants aient pu les voir en consultation. Enfin, cet entretien arrivant peut être refusé par le détenu. (41)

La mission de coordination régionale est parfois difficile à mettre en œuvre pour la plupart des SMPR au vue de la répartition des moyens humains mais également du fait que l'administration pénitentiaire affecterait prioritairement les détenus nécessitant des soins psychiatriques dans les maisons d'arrêt où il y a un SMPR. Du fait, les lits des services se retrouvent pris d'assaut et le nombre de transfert ces dernières années depuis un établissement pénitentiaire vers un SMPR recule. (37)

Enfin, il y a inégalité aux soins par la simple mesure qu'il n'existe que deux SMPR en France pouvant accueillir des femmes !

La commission des droits de l'homme, en 2005, a déclaré que les « telles conditions nuisent grandement à la qualité des soins et décuplent les difficultés des personnels soignants ».

De plus, les soins en détention, leur spécificité et leur qualité reconnue, pourraient cautionner l'idée que l'on peut incarcérer des détenus pour les soigner, et ainsi mettre la société à l'abri d'individus considérés comme dangereux du fait de la maladie mentale.

Nous comprenons d'autant mieux la difficulté d'organiser un relais sanitaire à la sortie de nos patients de détention et la crainte des secteurs de voir arriver ces patients avec les étiquettes d'anciens détenus.

Il faut savoir que le nombre d'irresponsabilité pénal totale est inférieur à 1% des affaires criminelles. Parallèlement, l'alinéa 2 de l'article 122-1 du code pénal entraîne le plus souvent une augmentation de la durée de la peine. Il s'agit donc de détenus, le plus souvent psychotiques et malades au moment des faits mais dont le discernement n'a été jugé que partiellement aboli et qui purgeront donc leurs peines. Par ailleurs, il reste un dernier paradoxe : ces mêmes détenus et ceux qui peuvent décompenser une maladie mentale, connue ou non avant le jugement d'ailleurs, seront alors hospitalisés sans leurs consentements puisque les équipes soignantes les jugeront inaptes à donner leurs consentements !

Enfin, il est à noter que les services psychiatriques, UCSA et SMPR sont situés dans les locaux de la prison et ne sont pas aux normes sanitaires de nos hôpitaux notamment en termes de normes d'hygiène et de sécurité sanitaire.

En conclusion, des grands efforts ont été réalisés depuis le début de la psychiatrie en milieu pénitentiaire. De l'auxiliaire de justice, le psychiatre en détention est devenu un partenaire à part entière de l'administration pénitentiaire, avec le droit au secret médical et son indépendance, garant d'un véritable soin pour les patients. Et il est vrai, que les équipes soignantes réussissent dans la plupart de leurs missions pour les détenus-patients. Mais il existe un manque cruel de moyens tant humain que matériel qui a comme conséquence une révision du système sanitaire avec la création des UHSA.

De plus, comme le témoignent les multiples rapports, il est des efforts à encore fournir. L'hospitalisation des détenus en services psychiatriques en est l'un des premiers points, et peut être le plus important. Les secteurs tour à tour désinvestis de leurs missions sécuritaires, dans un reproche facile liberticide, sont soumis désormais à un reproche libertaire ! Nous pouvons comprendre la difficulté alors de prendre en charge des patients détenus. Mais il ne faut pas oublier que les patients souffrent et que c'est cette souffrance qui doit être prise en charge.

Une alternative est tentée par la création des unités d'hospitalisation spécialement aménagée qui permettent d'hospitaliser des patient-détenus en hospitalisation libre ou sans consentement dans un environnement hospitalier mais sécurisé. Alors les équipes prennent en charge les patients, sans la problématique sécuritaire, et accomplir pleinement leurs missions de soins.

Mais comment s'articule vraiment le soin dans ses unités ? Sont-elles vraiment sécurisées ? Est-ce un retour à l'asile psychiatrique ? C'est autant de questions auxquelles nous allons essayer de répondre dans la suite de ce travail.

Partie II :

Création des UHSA.

1. Introduction.

Comme nous venons de le voir, le système actuel est efficient mais incomplet. Les équipes soignantes en place, en détention comme en établissement de santé, permettent une prise en charge des patients mais il persiste des difficultés importantes.

Des améliorations sont à apporter que ce soit dans la prise en charge effective des patients en détention ou dans l'amélioration de l'accueil des patients dans des structures hospitalières à temps plein. Il en va de même pour la sécurité des patients et du personnel, en détention comme dans les services psychiatriques accueillant les patients détenus.

De ces constatations de toutes parts est née l'UHSA, qui bénéficie d'une loi et de nombreux décrets que nous allons détailler dans la suite de ce travail. Mais dans un premier temps, nous allons essayer de replacer cette loi dans son époque.

1.1 Le contexte de la loi.

La loi est votée le 9 septembre 2002. Plusieurs articles, dans de grands journaux nationaux, signalaient des problèmes de surpopulation carcérale, de suicides et de mutineries en détention.

Qui plus est, le début du XXI e siècle marque une méfiance à l'égard de la justice, renforcée par les médias, notamment en ce qui concerne les prisons et le système judiciaire. Les questions du sens de l'incarcération, des peines, mais également du fonctionnement de la

justice avec des condamnés qui ne feraient pas leur peine par manque de place en détention font que la société française critique et perde confiance dans ce système.

Ont été publiés plus de 5 rapports de sénateurs, députés, commission des droits de l'homme, témoignant du mauvais fonctionnement des prisons, de leur insalubrité, de la surpopulation. Les journaux ont fait écho à ces différents rapports. Nous pouvons ainsi lire des articles tels que :

- « Surpeuplées, les prisons françaises sont au bord de l'explosion » Le Monde 16/08/2002
- « A la prison de Loos, les conditions de détention ne cessent de se dégrader » Le Monde 16/08/2002
- « Prisons sous pression » L'Express 19/09/2002

C'est dans ce contexte que sera présenté et discuté le texte de loi sur l'orientation et la programmation de la justice. Il sera âprement discuté par l'opposition politique parlementaire mais également par certains membres de la majorité. En effet, le projet de loi prévoyait en outre la construction de places mais également un durcissement de la loi envers les mineurs, une mise en place d'une justice dite de proximité. Il s'agit également d'améliorer la sécurité de la détention, le fonctionnement de la justice, la prise en charge des détenus malades.

1.2 La loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002.

Cette loi a été votée le 9 septembre 2002 et est parue au Journal Officiel le 10 septembre de la même année, promulguée par le Président de la République. Elle se compose de 9 titres et de 69 articles.

Cette loi avait pour objectif d'améliorer l'efficacité de la justice en renforçant ses moyens, de faciliter l'accès au juge et de développer l'efficacité de la réponse pénale à la délinquance des majeurs comme des mineurs.

L'amélioration de l'efficacité de la justice est envisagée par la réduction des délais de traitement des affaires civiles et pénales. Il s'agit alors d'augmenter le nombre de personnels (magistrats, greffiers...) pour diminuer le temps d'attente des différentes juridictions. Mais la loi prévoit également une mutualisation des moyens humains et budgétaires pour une gestion plus cohérente des juridictions.

Cela est également pensé par la création d'une justice de proximité visant à rapprocher la justice du citoyen. Elle serait compétente tant en matière civile que pénale et fonctionnerait sans juge de carrière mais avec des personnes disposant de compétences leur permettant d'exercer des fonctions judiciaires. Par ailleurs il y a la volonté de créer à la chancellerie un service centralisé traitant l'ensemble des requêtes des particuliers qui aura pour effet d'apporter une réponse précise et de définir les actions générales pour améliorer le fonctionnement de la justice.

Il s'agit également d'accélérer la justice administrative par l'augmentation de moyens de fonctionnement et d'investissement et d'augmenter les effectifs ainsi que l'engagement de réformes de cette justice administrative.

En ce qui concerne l'efficacité de l'administration judiciaire, la loi prévoit un renforcement des services centraux et une mise à niveau des services de formation et d'administration des juridictions judiciaires. Elle prévoit aussi une amélioration du traitement financier et du déroulement des carrières des agents en juridiction.

La loi vise ensuite une amélioration de l'équipement et du fonctionnement matériel notamment informatique.

Le deuxième grand volet de la loi ambitionne une adaptation du droit pénal face à l'évolution de la délinquance et au développement de l'efficacité de la réponse pénale. Pour ceci, la loi prévoit une réduction du délai de jugement des affaires pénales, un accroissement des soutiens aux associations œuvrant en amont des condamnations pénales (enquêtes de voisinage...), une réduction du délai de l'exécution des peines.

Il s'agit également de développer la capacité de mise en exécution des peines en milieu pénitentiaire en augmentant la capacité des établissements pénitentiaires et en améliorant les conditions de détention. Mais la loi prévoit également de développer fortement le placement sous surveillance électronique, de renforcer les services pénitentiaires d'insertion et de probation et de développer les structures en milieu ouvert.

Enfin, il s'agira d'améliorer le fonctionnement des services pénitentiaires par l'augmentation du niveau de sécurité des établissements, l'amélioration de la prise en charge et le taux d'activité des détenus, en favorisant l'accès aux soins médicaux et psychologiques. La loi prévoit également de revaloriser le statut des personnels pénitentiaires et d'améliorer les conditions d'exercice de leurs missions.

La loi a également pour objectif de prévenir et traiter plus efficacement la délinquance des mineurs par notamment le renforcement et l'encadrement du dispositif de traitements des mineurs récidivistes ou violents.

Il s'agit de développer la prévention de la récidive des mineurs par l'intervention du juge de proximité et la création d'une nouvelle procédure de jugement à délai rapproché. La loi prévoit de créer des sanctions éducatives pour les mineurs de 10 à 13 ans, mais également

d'améliorer la prise en charge en milieu ouvert et de responsabiliser les parents de mineurs délinquants. Cela passe alors par l'amélioration des services de protection judiciaire de la jeunesse.

Enfin il est un quatrième point important : il est prévu une amélioration de l'accès des citoyens au droit et à la justice, notamment en améliorant l'aide aux victimes. Sera ainsi créé un plan national d'aide aux victimes. La loi est faite aussi pour faciliter l'accès au droit et permettre un accès effectif à la justice.

1.3 L'article 48 :

Comme nous l'avons vu précédemment, cette loi prévoit de faciliter l'accès des détenus aux soins médicaux et psychologiques.

En effet, les personnes détenues doivent pouvoir bénéficier du même accès aux soins que celui qui est donné à la population générale tout en respectant les règles de sécurité liées à leur condition de détenus. Ainsi doivent être revues les conditions de sécurité pendant le transfert et le séjour de détenus hospitalisés. De même, la loi prévoit d'aménager des cellules et d'améliorer la prise en charge socio-sanitaire des détenus âgés et / ou handicapés.

En ce qui concerne la santé mentale en détention, la loi demande une attention toute particulière à la prévention et à la lutte contre la toxicomanie en détention ainsi que du suivi du toxicomane après son incarcération.

Enfin, le texte prévoit pour le suivi médical continu de patient souffrant de troubles mentaux la création d'unités hospitalières sécurisées psychiatriques en établissement de santé.

Ce sera la première dénomination des futures unités d'hospitalisation spécialement aménagées.

Cet article se situe étrangement dans le titre V : « Dispositions relatives à l'amélioration du fonctionnement et de la sécurité des établissements pénitentiaires » (après une disposition relative aux communications téléphoniques !), chapitre II « Dispositions relatives à l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux ».

L'article 48 modifie ainsi le Code de la Santé Publique (CSP) créant un chapitre IV du même nom que le chapitre de cet article. Seront créés les articles 3214-1 à 3214-5 du CSP modifiant ainsi la prise en charge psychiatrique des détenus :

- Il sera possible d'hospitaliser un détenu souffrant de troubles mentaux avec ou sans consentement dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée. (L3214-1 du CSP).
- Les articles applicables dans les hospitalisations sans consentement le sont également pour les détenus hospitalisés dans ces unités (L3214-2 du CSP).
- Il faut un arrêté préfectoral, avec un certificat médical réalisé par un psychiatre n'exerçant pas dans la structure d'accueil (L3214-3 du CSP).
- La prolongation de l'hospitalisation sans consentement du détenu est réalisée comme pour une personne de droit commun avec la rédaction de certificat du huitième jour puis mensuel (L3214-4 du CSP).
- Enfin les conditions de transfert, d'escorte et de garde ont été fixées par décret en Conseil d'Etat (L3214-5 du CSP).

L'ancien chapitre IV devient le nouveau chapitre V avec transfert des mêmes articles.

La mise en place et l'élaboration du projet au niveau national se feront par la création d'un groupe de travail pluridisciplinaire regroupant des représentants des différentes institutions judiciaires, de l'administration pénitentiaire mais également sanitaire. Ce groupe de travail va permettre l'édition d'un cahier des charges précis et de lancer les appels d'offres aux établissements sanitaires.

Ainsi cette loi sera augmentée de plusieurs textes réglementant les UHSA :

- Décret n° 2010-507 du 18 mai 2010 relatif aux modalités de garde, d'escorte et de transport des personnes détenues hospitalisées en raison de troubles mentaux ;
- Arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux ;
- Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées.

Ces textes seront explicités ultérieurement.

1.4 Notifications :

Nous pouvons dès lors expliquer les termes de la loi. L'unité d'hospitalisation est dite spécialement aménagée puisqu'elle sera aménagée d'un mur d'enceinte et d'une zone périphérique sous la surveillance des agents pénitentiaires.

Les législateurs ont pris en exemple un modèle de soin pour les détenus existant maintenant depuis quelques années : les UHSI ou unités hospitalières sécurisées inter-régionales qui sont également des services sanitaires, de médecine somatique, implantés dans des établissements de santé. Dans ces unités, la garde des détenus est assurée par des

agents pénitentiaires et par les forces de l'ordre dans l'enceinte même du service. Il y aura quelques différences avec le fonctionnement des UHSA.

La loi prévoit la possibilité pour le détenu consentant d'être hospitalisé en « soins libres ». N'est libre que l'hospitalisation, le patient restant un détenu privé de liberté d'aller et venir. Cette unité permettra alors une hospitalisation dite « libre » à temps complet, les services médico-psychologiques régionaux conservant leur activité d'hospitalisation de jour et de prise en charge à temps partiel des personnes détenues.

Il est à noter que l'UHSA est prévue en complément du système de soin actuel et non comme un niveau supérieur et qu'elle se doit de travailler en coordination avec les SMPR et les UCSA de la région pénitentiaire dont elle dépend.

Il y a la possibilité d'hospitaliser sous contrainte un détenu non consentant en SDRE. Nous n'avons pas la possibilité d'hospitaliser un détenu en SDT comme pour un patient de droit commun. Le parallèle strict dans l'accès aux soins entre un détenu et un patient de droit commun n'est pas possible.

2. Principes et fonctionnement de l'UHSA

L'UHSA est définie depuis des textes officiels (arrêté, décret et circulaire) qui détaillent les principes mais également le statut des personnes hospitalisées, les missions soignantes et du personnel pénitentiaire, les modalités d'hospitalisation et de transfert, d'escorte, les modalités de sorties...

2.1 Les principes d'une UHSA :

L'UHSA est une unité hospitalière implantée dans un établissement de santé. Cela permet entre autres de pouvoir réaffirmer la primauté des soins conjuguée à l'application des règles pénitentiaires. Ainsi, l'UHSA n'est pas exclusivement sanitaire puisqu'il y a un partenariat avec l'administration pénitentiaire qui assure la sécurisation périmétrique et le personnel de santé, qui peut ainsi se recentrer sur ses missions de soin. (37)

Les UHSA accueillent donc exclusivement des personnes détenues, souffrant de troubles psychiques et nécessitant une hospitalisation à temps plein. Toute la population pénale pourrait prétendre à être hospitalisée dans ces unités sans distinction de sexe ni d'âge. En effet, les hommes et les femmes, majeurs et mineurs, peuvent bénéficier de ces structures de soins.

Évidemment, des mesures de sécurité seront prises pour ce que nous appelons les populations fragiles, c'est-à-dire les mineurs et les femmes. Ainsi, les UHSA sont exemptées du principe pénitentiaire de séparation des détenus majeurs et mineurs. Bien entendu, il s'agit d'éviter autant que faire se peut les contacts entre ces deux populations et d'être vigilant s'ils devaient participer aux mêmes activités.

Ce sont des hospitalisations à temps plein dans un établissement de santé qui peuvent donc être sous deux modalités :

- Hospitalisation libre
- Hospitalisation sous contrainte en SDRE.

Seul le Soins à la Demande d'un Tiers n'est pas réalisable pour la personne détenue. De plus, il ne peut s'agir d'une hospitalisation pour des raisons somatiques.

2.2. Le fonctionnement de l'UHSA.

L'unité d'hospitalisation spécialement aménagée est régie par le Code de la Santé Publique, comme le sont toutes les unités d'hospitalisation de tout établissement de santé.

Il y a plusieurs objectifs visés par la création des UHSA. En effet, la loi stipule que l'offre de soins doit être identique pour les patients, qu'ils soient incarcérés ou de droit commun. L'UHSA permettra d'offrir une équivalence plus juste avec la population générale sans qu'elle soit en réalité complète. Néanmoins, cela permettra la même diversité des modes de prise en charge, notamment avec l'hospitalisation à temps plein avec ou sans consentement. Ainsi l'UHSA enrichit l'offre de soins déjà existante et la conforte avec une structure spécialisée et adaptée à la prise en charge des patients détenus.

Le deuxième objectif de ces unités est que l'offre de soins pour les détenus s'améliore et ainsi, que la durée de la prise en charge soit en adéquation avec celle de l'hôpital de secteur, conforme aux indications médicales et non plus sujette comme nous l'avons vu à des préoccupations liées aux risques d'évasion. Le principe de la primauté des soins est au centre de ce projet médico-pénitentiaire, conjugué à l'application des règles pénitentiaires. Et avec

l'administration pénitentiaire sécurisant l'ensemble du bâtiment, s'occupant des visites mais également du courrier et du téléphone, l'équipe soignante pourra se recentrer sur le soin.

2.3 Le statut de la personne hospitalisée :

Les personnes hospitalisées sont des détenus, c'est-à-dire, conformément à l'article 50 du Code de Procédure Pénale, des personnes hébergées par un établissement pénitentiaire de façon continue ou discontinue, ce qui inclut les personnes incarcérées, les personnes semi-libres, les bénéficiaires de permissions de sortie et de placements extérieurs avec surveillance de l'administration pénitentiaire.

En ce qui concerne les personnes bénéficiant d'un aménagement de peine, le magistrat en charge de l'application des peines doit être informé de la nécessité d'une hospitalisation de la personne détenue afin qu'il prenne toute décision relative à l'aménagement de peine, ce qui conditionnera le lieu de l'hospitalisation.

L'hospitalisation à l'UHSA n'interrompt pas la peine en cours et les patients détenus demeurent sous écrou durant leur hospitalisation, avec les règles particulières restreignant leur liberté de circuler et de communiquer ainsi que les règles pénitentiaires notamment en matière disciplinaire. Donc, les patients détenus hospitalisés à l'UHSA continuent d'exécuter leur peine ou si ils sont prévenus, restent placés en détention provisoire en attente de leur jugement.

Par ailleurs, tout manquement au règlement intérieur de l'établissement de santé, notamment s'il s'agit d'un manquement aux règles pénitentiaires, doit être signalé aux instances juridiques compétentes et peut être sanctionné.

Ainsi, en cas de manquement à la réglementation hospitalière, le chef de l'établissement de santé peut prendre toutes les mesures qu'il juge nécessaires conformément au règlement intérieur afin d'éviter tout trouble et d'assurer la sécurité des personnels hospitaliers.

Ces personnes détenues hospitalisées dans une UHSA sont des patients. Les dispositions relatives aux droits des malades et à la qualité du système de santé s'appliquent donc également. Ainsi ces dispositions affirment (article L 1110-1 à 1112-6 du CSP ainsi que les articles L 3211-3, L 3211-4, L 3211-8, L3211-9 et L3211-12 du CSP) :

- Le droit à un accès aux soins équivalent à celui de la population générale mais également en termes de qualité de soin,
- Le droit au respect de la dignité, de la vie privée et du secret médical le concernant,
- Le droit à l'information sur son état de santé, ainsi que sur les actes et les interventions qui sont proposés, les risques encourus,
- Le droit de vote s'il n'en est pas privé par une sanction pénale, à la liberté de croyance,
- Le droit de prendre conseil auprès d'un avocat de son choix,
- Le droit à communiquer avec les autorités chargées du contrôle des établissements psychiatriques ou leurs représentants,
- Le droit d'exercer son droit de recours relatif aux soins prodigués.

Il est fait exception de l'article L 1110-8 du CSP : en effet, le patient détenu ne peut avoir le libre choix de son praticien et de son établissement de santé.

De plus les communications avec l'extérieur (courrier, téléphone) et les visites des familles, proches et des visiteurs de prison sont soumises à la réglementation pénitentiaire. Ainsi, sauf contre-indication médicale, le patient détenu dispose du droit de communiquer

dans les limites de la réglementation pénitentiaire. Seul le personnel pénitentiaire est alors habilité à contrôler le courrier du patient détenu (qu'il reçoit et qu'il envoie).

En ce qui concerne les visites, elles sont soumises à la réglementation pénitentiaire. Sauf contre-indication médicale, le patient peut recevoir de la visite de sa famille ou des proches bénéficiant d'un permis de visite délivré par l'autorité compétente, des visiteurs de prison habilités, des aumôniers agréés auprès des établissements pénitentiaires et des aumôniers de l'hôpital ainsi que de son avocat.

Si le médecin de l'UHSA contre indique les visites, il doit en informer le responsable pénitentiaire de l'UHSA car celui-ci est compétent dans la réservation de parloirs et en matière de contrôle d'accès à l'UHSA.

Enfin, les parloirs sont situés dans la zone des parloirs dans le bâtiment pénitentiaire de l'UHSA et sont sous le contrôle des agents pénitentiaires qui définissent les horaires et les modalités d'accès en fonction de l'organisation des soins et conformément aux réglementations hospitalière et pénitentiaire. Les patients sont amenés par les soignants depuis l'unité d'hospitalisation aux parloirs puis ils sont sous la surveillance des agents pénitentiaires.

Le psychiatre de l'unité peut communiquer avec la famille du patient dans le respect du secret médical et après accord du patient. Cependant, il ne peut communiquer, pour des raisons de sécurité, ni les dates ni les heures des examens et des prises en charges réalisés hors de l'UHSA. Le médecin et l'équipe soignante, comme les agents pénitentiaires ne peuvent communiquer non plus ni les dates d'entrée ni les dates de sortie de l'unité d'hospitalisation.

L'accès au téléphone dans l'unité d'hospitalisation est autorisé, sauf contre-indication médicale, selon les conditions fixées par les Articles 727-1 et articles D.419-1 à D.419-3 du

CPP. Les appels téléphoniques peuvent faire l'objet de contrôle de la part des personnels pénitentiaires. Les modalités d'accès au téléphone sont définies par le responsable pénitentiaire en fonction de l'organisation des soins et conformément aux réglementations hospitalière et pénitentiaire, communiquées au responsable hospitalier de l'UHSA.

2.4. Les locaux et les capacités d'accueil.

Des groupes de travail pluridisciplinaires entre le sanitaire et la pénitentiaire ont eu lieu pour réfléchir à la disposition des locaux, à la sécurisation du site, à l'agencement des lieux de soins et des locaux pénitentiaires.

Ainsi ont été établis des critères d'implantation pour les sites UHSA. Il a été notamment privilégié :

- l'accessibilité de la future unité d'hospitalisation, surtout pour les équipes pénitentiaires et les transferts de patients,
- la proximité d'une UHSI,
- la superficie que l'établissement de santé met à la disposition de la futur UHSA,
- la proximité de l'établissement pénitentiaire référent.

Ont également été mises en avant :

- la motivation de l'établissement de santé de s'engager dans ce projet,
- et l'expérience dans le domaine de l'équipe psychiatrique qui aurait en charge le fonctionnement de l'unité. (37)

L'arrêté du 20 juillet 2010 fixe la liste des 9 premières UHSA de la première tranche du programme et avec elle, l'arrêté fixe le ressort territorial de ces unités, définissant ainsi la population pénale prise en charge par ces unités. Ces 9 premières UHSA seront à Lille, Bordeaux, Rennes, Marseille, Toulouse, Nancy, Lyon, Fresnes et Orléans.

Il existe des dérogations possibles à ce principe qui sont l'absence de places dans l'UHSA de rattachement. Alors le patient peut être hospitalisé en D 398 du CPP dans un service « classique » en attendant une place à l'UHSA de rattachement. La loi prévoit également la possibilité, lorsque le programme des 19 UHSA sera fini, d'hospitaliser le patient dans l'unité aménagée la plus proche.

L'autre dérogation est la sécurité de l'unité. Lorsque l'hospitalisation concomitante de certaines personnes détenues dans un même UHSA est susceptible d'entraîner un risque majeur d'atteinte à la sécurité publique ou des personnes, il sera alors possible de transférer le patient dans une autre UHSA. Il s'agira d'un transfert administratif.

Au niveau des plans architecturaux, et au vu des durées moyennes de séjours longues, les patients ne seront pas enfermés dans leur chambre et les personnels pénitentiaires ne seront pas présents à l'intérieur de l'unité. Ainsi, nous pourrions définir trois zones géographiques bien distinctes avec une séparation nette des espaces et donc des fonctions de chacune des deux institutions. C'est trois zones sont donc :

- Zone logistique : comprenant le stock du linge, des produits divers, des repas...
- Zone pénitentiaire : comprenant la porte d'entrée principale avec le SAS véhicules et piétons, le chemin de ronde, le poste central d'informations et les locaux des personnels pénitentiaires (vestiaires, bureaux, chambres de veille...) mais également le bureau du greffe et les locaux des parloirs.
- Zone hospitalière : comprenant les unités d'hébergement avec les chambres des patients, les lieux de vie de l'unité, les bureaux médicaux, des travailleurs sociaux et

des secrétaires, un plateau technique et les locaux réservés aux personnels hospitaliers.

Le personnel pénitentiaire ne pourra donc, sauf demande de la part des personnels hospitaliers (fouille, demande d'intervention,...), pas pénétrer à l'intérieur de l'unité de soin.

2.5. Les missions soignantes.

Le projet médical des unités d'hospitalisation est à la base du fonctionnement soignant de ces unités. Ce projet dicte également les différentes missions soignantes des intervenants médicaux et paramédicaux dans les UHSA.

Ainsi, l'UHSA est une unité de soin dans un établissement de santé. Elle est sous la responsabilité du directeur de l'établissement de santé. Elle a pour fonction première le soin et notamment la délivrance de soins psychiatriques adaptés à l'état de patients-détenus. L'équipe soignante est pluridisciplinaire et adaptée à la prise en charge des patients et à leurs pathologies.

Les missions de l'équipe soignante sont multiples. Ainsi, elle assure la gestion interne du service et le bon fonctionnement au quotidien de l'unité, la sécurité à l'intérieur de celle-ci des patients et du personnel. Elle gère l'unité en s'appuyant sur le règlement intérieur de l'établissement de santé, mais surtout comme dans les unités de soins de tout établissement de santé.

Exerçant auprès de patients détenus, une attention toute particulière doit être portée par le personnel soignant pour s'assurer de leur présence effective dans l'unité de soins. Si

l'équipe remarque l'absence irrégulière d'un patient de l'unité de soin, il est de leur devoir de prévenir sans délai le directeur de l'établissement de santé et le responsable pénitentiaire de l'UHSA qui doivent à leur tour avertir le Préfet, le Procureur de la République ainsi que le magistrat en charge du dossier.

Les soignants ont également la mission d'accompagner les patients, dans l'unité de soin mais également en fonction des besoins, lors de transferts depuis la prison ou autre transfert médical, lors de parloirs...

La permanence des soins est réalisée comme dans tout service de santé. Le médecin responsable de l'unité est en outre responsable de la continuité des soins. La permanence des soins se fait de jour comme de nuit avec les personnels de gardes et d'astreinte (interne, praticien hospitalier...).

Comme nous l'avons expliqué plus haut, les soignants ont également pour mission de prévenir et d'alerter les autorités référentes en cas de manquement grave aux règlements intérieur ou pénitentiaire.

2.6. Les missions du personnel pénitentiaire.

L'UHSA est une unité d'hospitalisation dans laquelle travaillent conjointement les personnels pénitentiaires de surveillance mais également des services d'insertion et de probation, ainsi que les personnels de la protection juridique de la jeunesse, selon certaines modalités.

2.6.1 Les missions des personnels pénitentiaires

Conformément aux dispositions légales, la garde des personnes détenues hospitalisées incombe à l'administration pénitentiaire et ce dans le respect de la confidentialité des soins. Les missions des agents pénitentiaires sont relativement différentes en dehors de l'unité de soin et en dedans.

Leurs missions s'effectuent principalement hors la zone de soin de l'UHSA. En effet, ils ne doivent pas y intervenir sauf demande motivée de la part des soignants lors d'un trouble lié à un patient trop agité qui ne peut être raisonné par les seuls soignants. Dans ce cas uniquement, les agents pénitentiaires peuvent et doivent intervenir dans les unités pour rétablir le calme et la sécurité. Leur action dans l'unité sera ensuite l'objet d'un double rapport de la pénitentiaire d'une part et des soignants d'autre part, rapport remis aux autorités responsables sanitaire et pénitentiaire.

Ainsi les missions hors l'unité de soins des personnels pénitentiaires seront :

- La sécurisation du SAS d'entrée et de la zone des parloirs.

Le personnel pénitentiaire doit vérifier le droit d'accès de chaque personne entrant dans l'UHSA et doit veiller au respect des mesures de sécurité avant toute entrée dans l'unité d'hospitalisation. Ainsi, il peut refuser l'accès à quiconque ne pourrait justifier de son identité ou qui refuserait de se soumettre aux modalités de contrôles définies par la réglementation pénitentiaire.

- Le contrôle des personnes :

Le personnel pénitentiaire posté à la porte d'entrée principale a pour mission de vérifier que toute personne sollicitant l'accès à l'unité bénéficie d'une autorisation à pénétrer dans les locaux.

Il doit alors vérifier l'autorisation pour les personnels soignants infirmier et médical, le contrôle de l'accès des personnels pénitentiaires et de tout visiteur (famille, visiteur de prison...) selon des procédures strictes fixées par le Code de Procédure Pénal.

De même, il doit assurer le contrôle des détenus, à savoir leur fouille selon des modalités strictes. Les fouilles sont autorisées si elles ne font pas obstacle au bon déroulement des soins, si elles sont nécessaires, c'est-à-dire justifiées par les circonstances de l'incarcération. Enfin, elles doivent être adaptées à l'état de santé du patient et de sa dangerosité.

Enfin, toujours en rapport aux patients détenus, les agents pénitentiaires assurent le contrôle des communications téléphoniques et du courrier.

- Le contrôle des véhicules, marchandises, matériels et produits.

La réglementation pénitentiaire prévoit le contrôle des véhicules et des marchandises entrant dans l'UHSA mais également des matériels et produits entrant et des déchets sortant de l'UHSA. Ces modalités de contrôles sont définies après concertation avec le directeur de l'établissement de santé.

Les missions dans l'unité de soin des agents pénitentiaires seront donc :

- La fouille ponctuelle des locaux et des équipements

La fouille des locaux, des équipements et des aménagements spéciaux de l'unité (cour, grille, terrain de sport...) est effectuée par l'administration pénitentiaire lorsqu'elle l'estime nécessaire et selon les termes de l'article R. 3214-12 du CSP. Mais elle nécessite l'accord du

directeur de l'établissement de santé et est réalisée en sa présence, ou son représentant, et du responsable médical de l'unité.

- L'intervention des personnels pénitentiaires en cas d'incident :

Comme nous l'avons défini plus haut, c'est avec la fouille, l'unique moyen pour les agents pénitentiaires de pénétrer dans l'unité de soin. En cas d'incident majeur mettant en danger les patients, les personnels ou les biens, ou la sécurité de l'établissement ou en cas de tentative d'évasion, le personnel pénitentiaire peut intervenir, sur demande du personnel de santé, pour mettre un terme à l'incident.

Cette intervention est fonction d'une alarme déclenchée par le personnel soignant selon des procédures locales. Il y a alors mise en route d'une caméra qui ne visualise que les couloirs des unités de soins, avec un système d'enregistrement limité au temps d'intervention.

Seront alors prévenus les directeurs de l'établissement de santé, le chef de l'établissement pénitentiaire, qui alerteront à leur tour le Préfet, le Procureur de la République, le directeur inter-régional des services pénitentiaires, le directeur général de l'agence régionale de santé de tout incident touchant à l'ordre ou à la sécurité de l'unité.

2.6.2. Le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)

Le SPIP en lien avec les travailleurs sociaux de l'établissement de santé et notamment celui de l'UHSA, prépare avec le service médical de l'unité de soin la sortie de la personne détenue dans le cadre d'aménagement de peines ou de mesures d'individualisation de la peine. Leur bureau sera situé dans la partie pénitentiaire de l'UHSA.

2.6.3. La protection judiciaire de la jeunesse concernant les mineurs hospitalisés en UHSA.

L'hospitalisation d'un mineur au sein de l'UHSA nécessite l'aménagement du projet médical afin qu'il puisse bénéficier de la poursuite du suivi éducatif obligatoire pour les mineurs.

Il s'agit pour la PJJ de poursuivre un accompagnement éducatif durant son séjour en UHSA et de s'inscrire dans un parcours éducatif en préparant la suite de l'hospitalisation, le projet de sortie d'incarcération...

2.7. les modalités d'hospitalisation et de transport.

2.7.1 Hospitalisation en Soins Libres :

L'hospitalisation peut être librement consentie par le patient. Le médecin traitant du détenu de l'établissement pénitentiaire d'origine contacte le psychiatre de l'UHSA pour demander une hospitalisation libre. L'admission est décidée par le médecin responsable de l'UHSA et les modalités d'hospitalisation (indication, délais d'arrivée...) sont définies conjointement par les deux médecins.

Le médecin de l'établissement pénitentiaire d'origine demande au directeur de cet établissement d'organiser dans les meilleurs délais le transfert dans l'UHSA concernée, en liaison avec le personnel pénitentiaire de l'UHSA.

2.7.2 Hospitalisation sous contrainte :

Le médecin de l'établissement pénitentiaire qui juge nécessaire une hospitalisation en SDRE établit un certificat médical circonstancié, ce médecin ne doit pas exercer dans l'établissement de santé siège de l'UHSA. Il appartient au médecin d'informer le directeur de l'établissement pénitentiaire concerné par la demande.

Ce médecin doit transmettre le certificat à l'établissement de santé de rattachement du DSP ainsi que le formulaire « avis médico-administratif ». Les directeurs des établissements de santé, siège du DSP et siège de l'UHSA se contactent pour savoir s'il y a de la place dans l'unité et dans ce cas se transmettent le certificat médical via l'avis médico-administratif au Préfet de son département.

Il est nécessaire d'obtenir également un arrêté de transfert par le Préfet du département siège de l'UHSA.

Il est possible pour le même patient de changer de statut et de passer d'une hospitalisation sous contrainte à une hospitalisation libre ensuite ou inversement selon les cas et les besoins de chacun.

La poursuite, le contrôle et les voies de recours sont les mêmes que pour les unités d'hospitalisation sous contrainte classiques.

Les transferts sont assurés par l'équipe pénitentiaire de l'UHSA avec possibilité d'accompagnement par l'équipe soignante de l'UHSA selon les indications médicales.

2.8. Les modalités de sortie

Comme dans les unités classiques, la sortie du patient qui bénéficiait d'une hospitalisation libre se prépare, si possible 48 heures à l'avance pour permettre aux équipes soignantes mais également pénitentiaires de prévoir le transfert.

Dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement, la levée de l'hospitalisation est prise par arrêté préfectoral du département où siège l'UHSA, sur avis médical ou sur avis de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques.

A la sortie de l'UHSA ce patient pourra être orienté soit vers son établissement d'origine soit avec son accord vers un établissement pénitentiaire où est situé un SMPR si le patient nécessite une prise en charge intensive avec hospitalisation de jour. Il peut être envisagé un transfert vers une UMD si le patient présente un état de dangerosité psychiatrique et donc sur avis médical.

Il ne peut de mise en place d'un programme de soin en détention.

Il existe un dernier cas particulier : la levée d'écrou. L'UHSA ne peut accueillir que des patients-détenus. Or si pendant l'hospitalisation à l'UHSA, une levée d'écrou est prononcée, le patient ne peut rester dans l'unité. Soit il est en SPL, il pourra alors bénéficier d'un suivi sur le secteur ou d'une hospitalisation libre. Soit le patient est en SDRE et il nécessite encore des soins, alors l'établissement de santé d'origine, rattaché au DSP de l'établissement pénitentiaire, se doit de reprendre en hospitalisation sous contrainte le patient, en SDT ou SDRE selon les cas. Il est en effet fait obligation pour ces établissements de rattachement de signer avant l'admission un engagement de reprise du patient en cas justement de levée d'écrou.

2.9. les dispositions spécifiques

2.9.1 Dispositions particulières à certaines populations :

Si leur intérêt le justifie, les mineurs incarcérés et devant être hospitalisés en psychiatrie pourront l'être dans un établissement de santé pouvant accueillir des patients en soins sans consentement.

Les admissions en Unités pour Malades Difficiles restent possibles conformément à l'article R 3221-6 du CSP, en complément à l'UHSA pour des patients présentant une dangerosité psychiatrique ne permettant pas son hospitalisation dans l'UHSA.

2.9.2 Dispositions liées à la mise en œuvre du programme UHSA :

Dans l'attente de la création de toutes les UHSA, la loi prévoit la poursuite de l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux dans un service médico-psychologique régional ou dans un établissement de santé habilité dans les conditions prévues par les dispositions réglementaires habituelles.

2.10. évaluation

Une évaluation du programme UHSA doit être réalisée par le Ministère de la Santé en association avec le Ministère de la Justice au fur et à mesure que les unités de la première tranche du programme ouvrent leurs portes pour vérifier les conditions de fonctionnement de ces unités et pour permettre d'éventuels ajustements concernant le fonctionnement et les

moyens attribués dans la perspective notamment de la mise en œuvre de la deuxième tranche du programme.

Sont ainsi demandés des indicateurs d'activités comme le taux d'occupation, la part des hospitalisations programmées et celles effectuées en urgence, les transports effectués avec du personnel soignant et ceux nécessitant une escorte des forces de l'ordre. Ainsi nous pourrions mesurer l'activité de l'unité et le cas échéant ajuster les moyens : nombre de places, organisation du personnel...

Sont également demandés des indicateurs populationnels, notamment la part des hommes, femmes et mineurs, les tranches d'âges, les pathologies mentales, les hospitalisations avec consentement ou sous contrainte. Des indicateurs plus spécifiques sont prévus : la répartition selon le statut en détention et selon leur établissement d'origine.

Enfin, des indicateurs sur l'hospitalisation même seront demandés : la durée d'hospitalisation, le nombre d'hospitalisation sous contrainte qui se finissent en moins de 24 heures, la destination des patients après leur hospitalisation...

3 Les premières UHSA.

L'arrêté du 20 juillet 2010 fixe la liste de la première tranche des UHSA qui vont ouvrir sur le territoire et le ressort territorial qu'elles couvriront. L'unité de Lyon fut la première à ouvrir en Mai 2010, suivie par celle de Toulouse en Janvier 2012 et celle de Nancy en Mars de la même année.

D'autres unités sont annoncées dont celle de Fleury Aubrais, près d'Orléans en septembre 2012, puis celles de Rennes, Villejuif, Lille, Marseille et Bordeaux.

3.1 L'UHSA de Lyon :

3.1.1 L'unité :

Cette unité est en fait composée de trois unités comportant chacune 20 chambres individuelles avec des fonctions particulières dont les ouvertures se sont échelonnées sur l'année 2010 :

- la première unité est réservée à l'accueil des patients arrivant avec potentiellement une dangerosité psychiatrique,
- la deuxième unité permet l'accueil et la prise en charge individualisée de patients difficiles à gérer dans le groupe,
- enfin la troisième unité s'oriente vers le retour de l'établissement d'origine avec des espaces et des temps de vie collective plus importants.

En fonction de l'évolution clinique, un patient peut bien entendu évoluer d'une unité à l'autre sans qu'il y ait une trajectoire obligatoire.

La population pénale couverte par cette unité est de 7 500 détenus sur un ensemble de trois régions pénitentiaires qui sont Rhône-Alpes, Auvergne, région siège du SMPR d'origine, et le sud des régions pénitentiaires de Dijon. (46)

L'équipe soignante est composée de 5 ETP psychiatres d'un ETP somaticien, un interne, 3,5 ETP cadres de santé, 53 ETP IDE, 31 ETP aides-soignants et 13 ETP ASH.

L'équipe pénitentiaire est composée de 29 surveillants, 5 premiers surveillants et 1 officier, cet effectif est en dessous des premières annonces ministérielles avec un impact direct sur les soins, notamment par l'attente pour les transferts par manque de personnels pénitentiaires.

3.1.2 Des débuts difficiles :

Malgré de bons rapports et un partenariat souple avec l'administration pénitentiaire, l'UHSA de Lyon en tant que première unité mise en fonction a dû tout créer, inventer et innover. Elle a par ailleurs été à l'origine de certains amendements pour rectifier, pas toujours en faveur du service de soin, le fonctionnement de l'unité.

Elle a également été handicapée par le retard, alors que tout était prêt, à l'ouverture, de la signature des décrets et la mise en place de l'unité. Enfin, elle a été sous pression d'observation, comme figure de proue du programme des UHSA. Souvenons-nous du tapage

médiatique autour du premier suicide de cette unité, comme si la création d'une unité spécialisée pouvait être la solution à tous les suicides. (46)

3.1.3 Les premières constatations

Durant la première année de fonctionnement, l'UHSA de Lyon a accueilli 180 détenus. Les équipes se sont aperçues de la difficulté pour les partenaires dans la compréhension des indications d'hospitalisation à l'UHSA.

Ainsi comme l'écrit le Docteur Lamothe, « *cette orientation n'est pas encore complètement comprise des partenaires qui ont un peu tendance à considérer l'UHSA comme un centre de crise, interlocuteur hospitalier unique pour la prise en charge de tous les problèmes psychiatriques ne pouvant être traités dans la prison* » (46). Il ajoute à cela la volonté de l'administration pénitentiaire de consacrer la suppression de l'article D 398 du CPP en corollaire de l'ouverture des UHSA.

Cela a été un des premiers travaux des équipes de Lyon d'informer, d'expliquer l'intérêt et la justification aussi bien clinique qu'administratif du maintien de l'hospitalisation en D 398 du CPP dans l'établissement de soin de proximité.

Par ailleurs, la première année a été le théâtre d'un nombre trop important d'entrées de nuit dans le service, du fait d'arrêtés d'hospitalisation tardifs, du transfert assuré par les équipes soignantes et pénitentiaires de l'UHSA et de la zone géographique à couvrir. Ces mêmes entrées, en urgence ou en SDRE ont correspondu pour la plupart, d'après le chef de service, à des « *situations cliniques résolutive qui souvent disparaissent pratiquement avec le transfert* ». Cette pratique a mis en difficulté les équipes soignantes, notamment par le

dégarnissement des unités la nuit. Ceci serait dû à une interprétation erronée de l'administration jugeant qu'un arrêté de SDRE doit être immédiatement exécuté.

Il y a eu 137 admissions en 2010 (huit mois de fonctionnement avec une ouverture en Mai 2010), puis 330 en 2011. La grande majorité des hospitalisations ont pu être programmées (90 %).

La population accueillie au départ par l'UHSA de Lyon se composait essentiellement de malades psychotiques dont 90% faisaient l'objet d'une procédure criminelle. (46) Cette population était composée à 75 % d'hommes âgés entre 20 et 40 ans. Dans la grande majorité des cas, ils provenaient des établissements pénitentiaires de la région Rhône-Alpes. (40). Les troubles les plus fréquents étaient des troubles psychotiques de type schizophrénique.

En ce qui concerne les sorties, en fin 2010, l'UHSA de Lyon comptait 86% de retour dans l'établissement pénitentiaire d'origine et 14% d'admission au SMPR de la région. Ces taux restent constants pour l'année 2011 avec 78% de retour dans l'établissement d'origine, 11% d'admissions au SMPR et 11% des patients de l'UHSA qui ont changé d'établissement pénitentiaire en sortant de l'hôpital.

Il y a eu 4 irresponsabilisations en 2011. Pour l'année 2012, l'UHSA de Lyon a accueilli 7 patients qui sont en attente d'une irresponsabilisation.

Le nombre d'interventions de l'administration pénitentiaire est stable aux alentours de 3 à 5 par mois soit une moyenne de 35 interventions en 2010 et 39 interventions en 2011. (40)

La durée moyenne de séjour a augmenté considérablement passant ainsi de 46 jours en 2010 à 63.5 jours en 2011. Pour l'année 2012, les estimations font état d'une durée moyenne de séjour de 72 jours. Ceci est notamment lié aux patients en attente d'une irresponsabilisation et aux pathologies psychiatriques lourdes rencontrées, notamment

psychotiques, nécessitant un travail de longue haleine d'acceptation de la pathologie. Ce point est comparable à la population générale, et les secteurs de psychiatrie générale connaissent bien cette problématique. La particularité réside dans la moins bonne observance des patients détenus, habitués à une auto médication, et le retour en détention où la surveillance est moins évidente pour les équipes soignantes.

Le taux d'occupation n'a cessé d'augmenter depuis l'ouverture évoluant ainsi de 75% la première année à 94.6% le dernier trimestre 2011. Par ailleurs, le taux d'hospitalisation libre représente la moitié des hospitalisations à l'UHSA. Ce taux est relativement stable au cours des trois années de fonctionnement.

3.2 L'UHSA de Toulouse : (40)

C'est la deuxième structure à ouvrir en France. L'UHSA de Toulouse, ouverte en janvier 2012, comporte deux unités de 20 lits chacune dont une première unité est ouverte. La population pénale couverte par cette structure est celle des régions Midi Pyrénées et Languedoc Roussillon.

Lors des journées des UHSA au Ministère de la Santé, 6 mois se sont écoulés depuis l'ouverture. L'équipe de Toulouse avait alors reçu 86 admissions pour 72 patients. Le taux d'occupation était alors de 89.9 %.

Sur les 72 patients, 66 étaient des hommes et il n'y a eu qu'un seul mineur. Le diagnostic principal était un trouble psychotique (50 %). Arrivent ensuite les troubles de la personnalité (25 %) et les troubles de l'humeur (12.5 %). En fin de classement, nous retrouvons les troubles névrotiques (6 %).

La région Midi Pyrénées, et notamment le département de la Haute Garonne, oriente le plus de patients vers l'UHSA, de par la proximité géographique et l'organisation plus rapide des transferts. 47 % des admissions provenant du Midi Pyrénées sont faites sous contrainte, contre 33 % en Languedoc Roussillon où les psychiatres ont davantage recours au centre de rattachement, toujours pour ce souci de proximité et de rapidité.

La grande majorité des admissions se font dans les 24 heures de la demande d'hospitalisation. En 6 mois de fonctionnement, une admission a été faite la nuit et une le week-end. Le délai d'attente par contre s'est allongé au fur et à mesure du fonctionnement de la structure passant de 6 jours en février 2012 à 13 jours en Mai.

La durée moyenne de séjour était de 31 jours. Il y a eu par ailleurs deux levées d'écrou nécessitant pour l'un une poursuite de l'hospitalisation en soin libre et pour le deuxième une hospitalisation sous contrainte. Ceci a posé le problème des levées d'écrou des patients-détenus sans domicile fixe.

L'équipe soignante de Toulouse a dû faire face à de nombreux problèmes somatiques présentés par les patients. Ainsi il y a eu 50 sorties dans un service de médecine-chirurgie-obstétrique, 23 consultations stomatologiques. Ceci s'ajoute à 15 présentations au juge des libertés pour les patients hospitalisés sous contrainte. C'est une part de travail et d'organisation non négligeable dans la vie d'un service.

Il n'y a eu que 3 interventions de l'administration pénitentiaire dont deux fois à visée dissuasive.

Partie III :

L'UHSA DE NANCY

1. Introduction

Les UHSA (Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées) ont été créées par la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation de la justice, dite Loi Perben I, notamment dans son article 48. Cette loi fait suite à divers constats et rapports soulignant un nombre accru de malades mentaux détenus dans les prisons françaises et la difficulté pour le secteur de psychiatrie générale à accueillir les détenus en hospitalisation et une inadaptation des hospitalisations en SDRE avec des durées de séjours faibles.

Le programme de construction des UHSA comprend un ensemble de 705 places répartis en unités comprenant entre 40 et 60 lits. Une première tranche du projet comprenait 9 UHSA dont celle de Lyon qui a ouvert en mai 2010. C'est dans ce contexte qu'est créée à Nancy une UHSA qui a ouvert ses portes en mars 2012 que nous allons développer maintenant.

1.1 Implantation dans l'Est

La DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins) et la Direction de l'Administration Pénitentiaire ont élaboré un programme national pour les soins aux détenus et ont fixé à 40 lits la capacité de l'UHSA de la région Alsace-Lorraine. En effet, dans ces régions, les administrations pénitentiaire et sanitaire s'étaient portées volontaires pour la création de cette structure. Ce programme est appuyé également par les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins de Mars 2006. Dans l'inter-région Est, les discussions sur le lieu d'implantation de la future UHSA ont amené à explorer plusieurs solutions.

1.1.1: Organisation des soins psychiatriques en détention en Lorraine :

Il faut d'abord rappeler quelle est l'organisation des soins psychiatriques aux détenus. La région Lorraine comprend de nombreux centres pénitentiaires dont celui de Metz qui était jusqu'il y a peu le plus grand de la région. Ce centre pénitentiaire dispose d'une maison arrêt avec quartier hommes, quartier femmes et quartier mineurs et un centre de peine aménagé.

Dans ce centre pénitentiaire est présent également le SMPR de la région Lorraine avec une équipe médicale et paramédicale placée sous la responsabilité du chef de service le Dr Horrach. Ce SMPR est situé dans le centre pénitentiaire de Metz, le centre hospitalier spécialisé de rattachement est celui de Lorquin situé à 90 km environ de Metz. Les hospitalisations en SDRE selon l'article D398 du CPP des détenus de la prison de Metz ont lieu sur un centre hospitalier spécialisé de proximité, celui de Jury-lès-Metz. Cette situation un peu complexe n'est pourtant pas unique en France.

Ce SMPR dispose en son sein d'un ensemble d'activités permettant le fonctionnement d'un centre d'activité thérapeutique à temps partiel. Sont également présentes des cellules pouvant accueillir 24 détenus en provenance de toute la région pour une hospitalisation qu'il convient d'appeler hospitalisation de jour.

Ce service participe également à la formation des futurs soignants, psychiatres et infirmiers, au travers de lieux de stage, de cours à l'institut de soins infirmiers et à la faculté de médecine de Nancy, où ils dispensent un séminaire depuis maintenant plusieurs années.

Enfin, la région Lorraine dispose de nombreux autres centres pénitentiaires avec des consultations psychiatriques dans les UCSA et des activités thérapeutiques plus ou moins étoffées selon les capacités des services.

1.1.2 Les projets envisagés en Lorraine Alsace :

Les administrations pénitentiaires et sanitaires de Lorraine et d'Alsace avaient répondu favorablement au projet de construction d'une UHSA dans l'inter-région Est. Plusieurs projets ont été étudiés ; il a fallu choisir dès lors pour celui qui présentait les meilleures conditions à la fois pour l'implantation, volonté de l'établissement sanitaire mais également place en terme de disponibilité, de sécurité et d'accessibilité pour les transferts mais également pour les familles en visite.

À la vue des configurations du SMPR, il était légitime de proposer le centre hospitalier spécialisé de Lorquin, mais il était trop éloigné de centre de détention et n'avait pas d'endroit pour construire l'UHSA au sein de son établissement. L'hôpital de proximité du SMPR est le centre hospitalier de Jury-lès-Metz qui pour des raisons logistiques de place également ne pouvait accueillir l'UHSA.

La direction du centre hospitalier spécialisé de Sarreguemines était intéressée et présentait certains avantages notamment en ce qui concerne la psychiatrie légale. En effet, fonctionne déjà sur l'établissement une UMD et des psychiatres étaient volontaires pour ce projet et travaillaient déjà à la maison d'arrêt de Sarreguemines.

Le projet de Nancy, dans le Centre Psychothérapique de Nancy (CPN) a été retenu au regard :

- De sa desserte autoroutière ;
- De la création du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville ;
- De la proximité de l'UHSI du CHU Brabois de Nancy ;
- De l'expérience en matière de prise en charge spécialisée en milieu pénitentiaire.

En effet, le nouveau centre pénitentiaire de Nancy- Maxéville allait ouvrir ses portes en 2009, en remplacement de l'ancienne maison d'arrêt Charles III de Nancy, et ainsi devenir l'un des plus gros centre pénitentiaire de la région avec plus de 700 places.

1.2 L'UHSA de Nancy Laxou. Convention avec le Centre Psychothérapique de Nancy (CPN).

1.2.1 Implantation de l'UHSA sur le site du CPN :

Plusieurs hypothèses ont fait l'objet d'une étude avec l'ARS en septembre 2006. Le projet retenu est celui d'une implantation sur une zone, en bordure de forêt et en périphérie du site, avec la possibilité de créer une voie d'accès, nommée Paris du nom de l'ancien bâtiment qu'il a fallu détruire pour libérer de l'espace et pouvoir créer la nouvelle structure.

Ce terrain offre une superficie de 11 000 m² permettant de recevoir largement le bâtiment mais également le périmètre de sécurité, l'aire de stationnement et sa voirie d'accès réservée aux véhicules de transfert de l'UHSA pour des raisons de sécurité. Cette voie permet d'éviter de traverser tout le CPN pour aller à l'UHSA en détournant l'ensemble des bâtiments d'hospitalisation.

Ce terrain a également reçu l'approbation de la direction régionale de l'administration pénitentiaire du point de vue de la sécurité périphérique, sans qui aucun accord n'aurait été possible.

Par ailleurs, les instances du CPN ont été informées de l'appel à projet relatif à la création d'une UHSA en mai- juin 2006. Le CTE et la CME se sont prononcés favorablement

sur le principe d'une implantation d'une telle unité sur le site du CPN, ce qui a été confirmé à l'unanimité par le conseil d'administration dans sa séance du 23 juin 2006.

De plus, dans son projet d'établissement pour la période 2007-2011, le CPN fait de la thématique des soins aux détenus l'une des principales missions pour le projet médical.

1.2.2 Présentation du CPN.

Le Centre Psychothérapique de Nancy est un centre hospitalier spécialisé situé sur la commune de Laxou, limitrophe de Nancy. Il s'agit d'un établissement de santé datant du 17^e siècle. A sa création, ce centre hospitalier s'est d'abord appelé Asile de Maréville et fut le seul établissement de l'Est de la France à recevoir des « aliénés » au 19^e siècle.

D'autres établissements de la région ont accueilli également des « vagabonds et des aliénés » mais celui de Maréville fut le plus grand avec par moment plus de 2 000 malades dans ses murs au 19^e siècle. Pendant près de 8 ans, le Docteur Morel, célèbre aliéniste de l'époque, connu notamment pour sa théorie de la dégénérescence, sera médecin chef dans cet établissement. Edouard Herriot, homme politique français important dans cette période trouble, sera hospitalisé pendant quelques mois en 1943. (15)

En 1947, l'établissement devient le Centre Psychothérapique de Nancy, et ainsi établissement de santé publique, répondant à la mise en place de la sectorisation, le 30 octobre 1970.

Dès lors, le CPN n'a cessé de s'ouvrir sur la ville, créant ainsi des annexes, centre d'hospitalisation mais également de consultation ambulatoire à l'extérieur de l'hôpital,

conformément à la politique de santé d'ouverture de l'hôpital psychiatrique sur la ville. Ceci a conduit entre autres à la diminution du nombre de lits au CPN, comme dans tous les hôpitaux psychiatriques de France, et donc de diminuer l'aspect sécuritaire de ces établissements. En parallèle, le CPN poursuit sa mission de soigner les détenus soit dans les centres pénitentiaires soit en hospitalisation sous contrainte comme nous le décrirons plus loin.

L'établissement compte 5 secteurs adultes, avec lits d'hospitalisation, des centres médico-psychologiques, des centres d'activités thérapeutiques à temps partiel et des hôpitaux de jours, 3 secteurs infanto-juvéniles avec les mêmes structures. Est également présente une MAS (Maison d'Accueil Spécialisée).

En 2010, le CPN a accueilli 13 819 adultes et 7 288 enfants et adolescents. Les activités se répartissent entre consultations et hospitalisations à temps plein ou à temps partiel. (cf. Annexe 10 et 11)

Type de prise en charge	Adultes	Enfants et Ado
Consultations	150 130 Actes	68 255 Actes
Hospitalisation à temps partiel	36 968 Venues	16 005 Venues
Hospitalisation à temps plein	116 817 Journées	9 031 Journées

Annexe 10 : Activité détaillée du CPN en 2010 (17).

Temps plein	Temps partiel	Consultations
2 544 patients	1 152 patients	13 448 patients
71 Accueil familial thérapeutique	24 hospitalisations de nuit	
1 167 en centre de crise	905 CATTP	
28 en centre de post cure	379 hospitalisation de jour	
1 772 hospitalisations complètes		

Annexe 11 : Prises en charge des adultes au CPN en 2010 (17)

Sur ces 1 772 hospitalisations complètes, 1 232 ont été des hospitalisations librement consenties et 540 étaient des hospitalisations sous contrainte, parmi lesquelles 123 étaient des hospitalisations d'office et 417 étaient des hospitalisations à la demande d'un tiers.

De plus, le CPN assure déjà de façon active les soins psychiatriques aux détenus. En effet, les équipes soignantes du CPN, en particulier du l'UFPPP (Unité Fonctionnelle de Psychiatrie Pénitentiaire et Probatoire), consultent à l'UCSA du centre pénitentiaire de Nancy Maxéville et participent à l'accompagnement des personnes placées sous main de justice suivies par le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation en milieu ouvert, ainsi qu'à la cellule de coordination psychiatrie-justice au tribunal de grande instance de Nancy, aux suivis post pénaux et aux hospitalisations d'office des détenus.

1.2.3 L'UHSA de Nancy : proximité avec les structures :

Le site de l'établissement de Nancy-Laxou et de l'établissement de santé du CPN a été voulu également pour la proximité avec le CHU de Nancy qui n'est qu'à quelques kilomètres et surtout de son UHSI qui permettra une meilleure collaboration entre les deux structures et une meilleure prise en charge sanitaire. Cette structure spécialisée dans le soin somatique pour les détenus a été ouverte en 2004 sur le territoire du CHU de Nancy Brabois. Elle dispose ainsi pour les patients détenus d'un plateau technique important. Depuis sa création, l'UHSI de Nancy a accueilli environ 450 patients par an avec une durée moyenne de séjour de 8,5 jours. (82)

Enfin, Nancy dispose depuis 2009 d'un nouveau centre pénitentiaire sur les territoires de Nancy-Maxéville. Cette nouvelle structure remplace l'ancienne maison d'arrêt Charles III du centre-ville de Nancy devenue très vétuste et de capacité jugée trop petite au regard des besoins.

Ce centre pénitentiaire, sur une surface de plus de 11 hectares, dispose de 4 quartiers d'hébergement, dont une maison d'arrêt pour femmes de 30 places, 2 maisons d'arrêt pour hommes d'un total de 390 places et un centre de détention pour hommes d'une capacité de 240 places. Cela représente un total de 690 places dans cette nouvelle prison. (Chiffres de l'agence publique immobilière de la justice)

1.2.4 Les territoires couverts par l'UHSA.

L'UHSA est à la fois une structure sanitaire et pénitentiaire. Or les cartes des régions pénitentiaires et des régions administratives ne coïncident pas. Le secteur psychiatrique

couvert par l'UHSA de Nancy dépasse largement l'ensemble des secteurs couverts par le CPN. De même, il dépasse celui de l'inter-région pénitentiaire Est.

En effet, l'UHSA de Nancy couvre un territoire de plusieurs régions administratives mais également pénitentiaires avec la région pénitentiaire de Strasbourg en entier et une partie de celle de Dijon. Les 40 places de l'UHSA de Nancy sont ainsi dévolues à une population pénale de près de 6 000 détenus répartis sur 4 régions administratives dont la Lorraine pour plus de 57% des détenus du territoire de l'UHSA de Nancy comme nous l'indique le tableau ci-dessous (Annexe 12).

Le ressort territorial des UHSA a été fixé par arrêté du 20 juillet 2010.

REGION	SITE	CAPACITE	%
LORRAINE	NANCY	693	
	MAXEVILLE	58	
	TOUL	429	
	ECROUVES	271	
	EPINAL	305	
	SAINT-MIHIEL	401	
	MONTMEDY	328	
	BAR-LE-DUC	73	
	BRIEY	25	
	METZ	505	
	SARREGUEMINES	71	
		3 159	57 %
ALSACE	STRASBOURG	444	
	COLMAR	120	
	MULHOUSE	283	
	OERMINGEN	263	
	ENSISHEIM	200	
	SOUFFELWEYERSHEIM	53	
		1 363	25 %
FRANCHE-COMTE	BELFORT	39	
	LURE	73	
	VESOUL	50	
		162	3 %
CHAMPAGNE	CHARLEVILLE	29	
	REIMS	156	
	CHALONS	314	
	CHAUMONT	78	
	CLAIRVAUX	239	
		816	15%
		5 500	100%

Annexe 12 : Répartition de la population pénale et des établissements rattachés à l'UHSA de Nancy.

1.2.5 : Place de l'UHSA de Nancy dans le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire existant dans le grand Est :

L'UHSA est créée pour améliorer le dispositif sanitaire en place et notamment l'hospitalisation libre ou sous contrainte des détenus souffrant de troubles mentaux. Elle permet une hospitalisation à temps plein dans un établissement de soin. Ainsi le soin est au centre même du projet thérapeutique du patient, la surveillance étant laissée à la charge de l'équipe pénitentiaire de la structure.

Quel est alors le rôle du SMPR et notamment de celui de la région de l'UHSA ?

Place et rôle du SMPR de Metz :

Le décret de 1986 créé à la fois le SMPR en tant que service de psychiatrie dans les murs de la prison mais également le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire au sein duquel le SMPR a une place prépondérante. Nous comprenons dès lors que l'articulation entre l'UHSA et le SMPR se doit donc d'être de bonne qualité pour que les deux structures complémentaires fonctionnent correctement. La mise en place de l'UHSA, l'amélioration du 3^e niveau de recours aux soins psychiatriques pour les patients détenus, nécessitent que nous rappelions voire redéfinissions les missions du SMPR.

Ces missions ont été définies par l'arrêté du 14 décembre 1986 et se caractérisent par deux axes essentiels :

- un recours clinique de niveau II de soin impliquant une prise en charge intensive avec hospitalisation de jour ;
- le SMPR propose des soins plus intensifs que dans les UCSA mais l'hospitalisation n'est pas à temps complet,
- une mission de coordination régionale, dont notamment :
 - o de coopération entre les secteurs de psychiatrie générale intervenant en milieu pénitentiaire et infanto juvénile et d'articulation avec les UHSA ;
 - o l'élaboration de projets d'organisation des soins régionale.

Ainsi, les SMPR sont référents au niveau régional pour les ARS mais également comme pilote de la coordination pour l'ensemble des structures ou dispositifs de soins psychiatriques aux détenus dont les UHSA font parties. Ces SMPR, qui existaient déjà et travaillaient déjà ensemble pour la plupart, connaissant donc le milieu carcéral, sont les plus aptes pour aider à la mise en place des UHSA, sans y être assujetti.

Il s'agira alors de deux niveaux de recours aux soins différents qui n'offrent pas le même service et ne s'adressant pas au même public, même si un certain nombre de patients psychotiques sont pour le moment admis dans les SMPR et qu'ils seront certainement adressés à l'UHSA. Les deux institutions, SMPR et UHSA, sont fortement liés dans le soin et dans le secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire au profit du patient.

A Nancy, le chef de service du SMPR est le Dr Horrach. Il sera également le chef de service de l'UHSA de Nancy comme cela est le cas à Toulouse et à Lyon. Il était présent à l'origine de la discussion initiale autour des futures Unités Spécialement Aménagées qui deviendront par la suite les UHSA. La liaison entre ces deux unités sera donc facilitée par une

chefferie unique et par une connaissance avancée de la psychiatrie en milieu carcéral du Dr Horrach et des praticiens hospitaliers qu'il a recrutés pour l'occasion.

Cette liaison sera également facilitée avec les SMPR de Strasbourg et de Châlons-en-Champagne qui ont participé notamment à l'élaboration de cette unité et avec qui l'UHSA de Nancy se coordonne.

2 Le déroulement du projet de l'UHSA de Nancy.

2.1 A l'origine :

A l'origine du projet, en 2007, un groupe « pilotage projet UHSA » est constitué et s'est réuni régulièrement autour d'un médecin, du directeur des services économiques, du directeur des soins et d'un cadre infirmier. Ils ont ainsi débuté une réflexion pour créer une UHSA sur le CPN. Par la suite, cette équipe s'est étoffée d'un second médecin et d'un cadre supérieur de santé.

De ce groupe, émanent des sous-groupes qui travaillent sur différents ateliers et créent la structure, depuis son architecture à son fonctionnement, son organisation entre les deux institutions et pour le soin aux détenus. Cela a permis :

- D'organiser le parcours de soin du patient tout au long de son hospitalisation. Ainsi est créé le projet médical et la vie du service, notamment avec la participation des personnels soignants dès le recrutement effectué.

- D'élaborer la convention de fonctionnement de l'UHSA en partenariat avec l'administration pénitentiaire.

- De travailler sur les équipements, besoins hôteliers, et leur acheminement avec les différents services logistiques du CPN.

- Mais également de coordonner l'organisation des soins avec la pharmacie, l'UMPS et l'UHSA de Nancy.

- De participer aux choix quant à la construction de l'UHSA.

2.2 Le comité de pilotage :

Les autorités administratives ont débattu entre les différents projets régionaux et ont choisi la proposition du CPN de Nancy Laxou.

Puis ce groupe de base a été renforcé par un comité de pilotage réunissant tous les acteurs permettant la création et le développement puis le fonctionnement de l'UHSA de Nancy. Il a alors été décidé qu'une équipe pluridisciplinaire formerait un groupe de travail fédérateur composé de :

- La direction du CPN et notamment le directeur adjoint comme chef de projet.

- Les services ministériels DHOS et DAP qui financent le projet après validation de celui-ci par l'ARS,

- L'ARS qui apporte son expertise dans la préparation de l'organisation médicale et soignante,

- La Direction Régionale des Services Pénitentiaires qui définit les moyens, l'organisation et le fonctionnement relatifs à la fonction pénitentiaire de l'UHSA. Elle participera également à

l'élaboration du programme architectural et au choix du concepteur. Ses personnels participent au bon fonctionnement au niveau sécuritaire de l'UHSA.

- Les conseils d'administration du CPN et du CH de Lorquin

- Le SMPR de Metz qui participe à la définition de l'organisation et du fonctionnement de l'UHSA, propose les modalités de collaboration et de coordination avec l'UHSA de Nancy et participe au fonctionnement médical de l'UHSA, le responsable médical du SMPR étant également le responsable médical de l'UHSA.

- Le CPN qui est à la base de l'élaboration du projet avec les différents partenaires, qui met à disposition les infrastructures et assure la maîtrise d'ouvrage de la construction des bâtiments. Le CPN met également à disposition les moyens de fonctionnement médicaux, soignants et administratifs. Enfin, il assure la gestion administrative et financière de l'UHSA.

- Le CHU qui, par l'intermédiaire de l'UHSI, participe au fonctionnement médical de l'UHSA

- Les autres partenaires qui seront amenés à travailler avec l'UHSA de Nancy comme le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation, l'Unité pour Malades Difficiles de Sarreguemines, le SMPR de Strasbourg et les établissements de santé d'Alsace et de Lorraine.

Le but de ce groupe, qui se réunissait mensuellement, était de contrôler l'état de l'avancée des travaux sur la structure et d'envisager certaines modifications, de contrôler l'état de l'avancement de l'organisation et du fonctionnement de l'UHSA notamment dans sa collaboration entre les différentes administrations, pour les questions de recrutement soignants et pénitentiaires, la formation, le plan d'action, la convention.

Ce groupe approuvait également le plan de communication et les dernières mises au point nécessaires.

Le comité de pilotage a signé la convention de l'UHSA de Nancy le 2 Mars 2012.

La convention précise l'objet de l'UHSA mais également le statut de la personne hospitalisée, le fonctionnement général de l'UHSA, les dispositifs d'organisation et les dispositifs techniques, les modalités de coordination au sein de l'établissement entre personnels hospitaliers et pénitentiaires, enfin les modalités de suivi et d'évaluation de l'activité et du fonctionnement.

2.3 Construction d'une UHSA au CPN de Nancy.

2.3.1 Réunions de travail :

Des réunions pluri-mensuelles ont eu lieu pour travailler sur le lancement du programme de construction, mais également sur son élaboration, la méthodologie...

La première phase fut une phase d'élaboration d'un pré-programme. Il s'agissait de présenter le programme des UHSA, rappelant alors les cahiers des charges fonctionnel et technique élaborés conjointement par les Ministères de la Justice et de la Santé. Elle permettait également de présenter l'ensemble des attentes du projet en termes d'espace, de surfaces, de qualité d'organisation générale et détaillée du bâtiment dans le site du CPN.

Il fallait ainsi définir la logistique, l'organisation générale des locaux avec l'estimation des surfaces en fonction des zones pénitentiaires et sanitaires. La faisabilité du projet était aussi examinée, c'est-à-dire l'étude de l'urbanisme, des sous-sols et de l'implantation sur le terrain.

La deuxième phase consista en l'élaboration du programme fonctionnel, rappelant le pré programme qui a dû être adopté, puis le programme technique précisant les exigences techniques générales. Celles-ci recouvrent :

- la sûreté en milieu pénitentiaire, avec la porte d'entrée, le poste intermédiaire,...
- la qualité sanitaire, concernant les matériaux et les équipements par exemple,
- les démarches environnementales, relatives aux choix des produits les moins polluants sur le chantier, la future gestion de l'eau et de l'électricité...
- le confort acoustique,
- la sécurité incendie,
- l'accessibilité pour les personnes handicapées.

Furent également décrites toutes les exigences techniques détaillées en rapport par exemple aux normes sismiques, aux règles pour le vent et la neige...

Un planning des réunions est décidé dès la première réunion pour accorder les agendas et répartir ainsi les séances plénières des groupes de travail.

S'en sont suivies différentes réunions pour effectuer le recueil des données et besoins et analyser les cahiers des charges. Ces réunions ont été ainsi l'occasion de discuter parfois ardemment des points précis du projet et de confronter des points de vues, administratif,

sanitaire et pénitentiaire, parfois discordants. Par exemple, l'administration pénitentiaire demandait des barreaux aux fenêtres alors même qu'il y a un mur d'enceinte de 5 m de haut. Sur ce point, l'équipe médicale a dû faire des concessions. Mais lorsque les agents pénitentiaires ont demandé un rajout de concertina, fils barbelés, au-dessus du grillage, l'équipe médicale a obtenu qu'ils y renoncent.

2.3.2 Historique de la construction :

L'élaboration du pré-programme s'est déroulée durant l'été 2007. En octobre 2007, le Conseil d'Administration a validé le programme d'investissement. Quant au programme technique, le groupe de travail a débuté en novembre. Ce programme a été finalisé en février 2008.

Après un premier appel d'offre infructueux au premier semestre 2008, le cabinet Pertuy-Castro a remporté le deuxième appel en mars 2009, après une procédure renégociée.

Plusieurs cabinets d'architecture avaient répondu à cet appel d'offre dont notamment le groupe Eiffage-Perrin, Demathieu.Bard- UAU, Cari-Chabanne, GTM-AtelierPrado. Les avantages et les défauts de chaque projet ont été étudiés par le comité de pilotage. Ainsi ont été comparés les bâtiments proposés et les coûts de construction, mais également les coûts énergétiques et ainsi le coût annuel de fonctionnement des unités. Le comité de pilotage a alors opté pour le projet Castro-Pertuy.

Le projet a été validé aux Ministères de la Santé et de la Justice durant l'été 2009, le DHOS ayant donné son approbation en juillet et la DAP en août 2009. Le permis de construire a été déposé en septembre 2009, la construction a démarré en avril 2010. Le bâtiment a été livré en janvier 2012.

Des réunions de chantiers très régulières ont été tenues permettant d'aborder des points précis concernant l'avancée des travaux, les difficultés rencontrées et les solutions à apporter. Cela permettait également d'organiser les suites du chantier. Ainsi, toutes les modifications apportées au programme initial ont été validées par l'administration pénitentiaire, le CPN, tant au niveau médical qu'administratif, et le cabinet d'architecture. Près d'une centaine de réunions ont été nécessaires pour l'avancée des travaux avec la plupart du temps des visites des chantiers entrepris.

2.3.3 Description du projet architectural :

C'est donc le projet Pertuy-Castro qui a remporté l'appel d'offre pour la construction de l'UHSA de Nancy. L'architecture proposée est particulière (Annexe 13). En dehors des contraintes sécuritaires, au-delà du mur d'enceinte, nous apercevons un ensemble de couleurs rappelant les tons automnaux des collines environnantes d'après l'architecte Victor Castro avec des formes arrondies contrastant avec l'aspect sécuritaire de la première impression générale.



Annexe 13 : UHSA en construction.

2.3.3.1 Description technique :

La construction doit être conforme aux spécifications fonctionnelles et architecturales contenues dans la note de synthèse de la DHOS, ainsi qu'aux schémas fonctionnels, tableaux de surfaces et préconisations techniques en matière de sécurité. Ainsi il est préconisé :

— Une construction sur un seul niveau sera privilégiée et ne doit pas excéder deux niveaux.

— Accès unique à l'intérieur du bâtiment mais différencié piétons/véhicules.

— Une zone pénitentiaire comprendra les dispositifs de contrôle d'accès/sortie ainsi que les parloirs et les locaux des personnels pénitentiaires.

— Une zone de soins sera constituée de deux unités de 20 lits et comprendra les locaux de soins, de vie et d'hébergement des détenus hospitalisés.

— Les espaces en plein air accessibles aux détenus seront constitués de patios ou jardins intérieurs (un par unité de 20 lits).

— Périmètre de sécurité extérieur au bâtiment, clôture et dispositifs de détection et de surveillance.

— Estimation de l'emprise au sol :

Surface foncière : 11 000 m²

Surface utile construite : 1 938 m²

Surface dans œuvre : 2 818 m²

Ratio m² SDO/ Lit : 70 m²

— le programme technique détaillé a été élaboré en concertation avec l'ARH, le SMPR et l'administration pénitentiaire afin de satisfaire et concilier au mieux les exigences sanitaires et sécuritaires comme nous l'avons vu plus haut.

2.3.3.2 Le projet Pertuy :

L'UHSA de Nancy s'articule autour de deux corps de bâtiment distinct, l'un destiné aux services pénitentiaires et l'autre réservé aux deux unités d'hospitalisation. Les unités de soins sont conçues pour favoriser l'accès aux consultations médicales ou paramédicales, à des activités thérapeutiques, à des espaces collectifs. Chaque unité de soin est en outre pourvue d'un jardin et d'un terrain de sport.

La partie pénitentiaire :

La partie pénitentiaire est composée d'un SAS piéton avec la porte d'entrée principale, SAS obligatoire pour toute personne désireuse de pénétrer au sein de la structure. Elle est composée de la porte d'entrée principale, première zone de contrôle d'identité et de remise des clés et des talkies walkies pour le personnel soignant. Ce sera également le passage obligé des familles et visiteurs qui devront, comme en prison se soumettre aux contrôles d'identité...

Ensuite, il y a un portique à rayon X pour s'assurer du respect de la législation quant au port de téléphone portable mais également d'objet métallique. Cette partie comprend également les vestiaires pénitentiaire et sanitaire. Il y a en tout 4 vestiaires en fonction de l'administration référente et du sexe.

Il existe également un SAS véhicule pour les transports pénitentiaires mais également pour les livraisons et la logistique. Tout véhicule dans ce SAS sera fouillé par les agents pénitentiaires.

Les bureaux de l'administration pénitentiaire ainsi que les chambres de repos, la salle de pause et le jardin des agents pénitentiaires sont à part dans la zone pénitentiaire.

Enfin cette zone se finit par les parloirs qui sont au nombre de 5 :

- 3 parloirs « normaux » c'est-à-dire une salle avec une table et deux chaises, comme en détention,
- 1 parloir famille : la taille de la pièce est plus grande et permet de recevoir comme son nom l'indique la famille,
- 1 parloir avec hygiaphone, un plexiglass ne permettant aucun contact entre le patient et le visiteur. Ce parloir sera utilisé pour des raisons de sécurité et sur indication pénitentiaire.

La zone parloir est également constituée de deux salles d'attente et d'un local fouille, obligatoire pour l'administration pénitentiaire après les visites.

Il y a ensuite une zone mixte avec les locaux du greffe, de la fouille, la porte centrale intermédiaire. C'est le lieu de transit des patients : ils arrivent par le SAS véhicule, sont mis en salle d'attente avant de voir le greffe et d'être fouillés. Puis ils vont avec le personnel soignant être amenés dans les unités d'hospitalisation.

C'est aussi par cette espace mixte que les patients transiteront pour aller aux parloirs et ainsi éviter tout contact préalable avant le parloir et assurer la sécurité de chacun.

- Les unités de soins :

L'UHSA de Nancy dispose de deux unités de soins de 20 lits chacune sur deux étages. Ces deux unités sont construites en symétrie avec une inversion dans la disposition de la salle de soin, de la salle à manger et du jardin. Cela permet que les deux unités disposent chacune d'un jardin. Le projet de départ était deux unités de plein pied mais qui n'a pu se faire pour des raisons financières. En effet la déclivité du terrain empêchait toute solution économique. L'architecte a utilisé cette contrainte astucieusement en construisant des jardins de part et d'autre du bâtiment.

L'unité du rez-de-chaussée est la première à ouvrir. Ce sera à terme l'unité de soins intensifs. Elle est divisée en deux espaces et dispose d'un jardin:

- L'espace administratif avec les bureaux de consultations médicales, d'entretiens infirmiers, de psychologues, d'assistants sociaux. Il y a également les bureaux de la cadre et de la secrétaire. Nous disposons ensuite d'un espace détente pour le personnel et d'un atelier cuisine tout équipé.

Cette espace se termine, à la jonction avec la salle de soin ouverte sur le service par de grandes baies vitrées, par la salle à manger faisant également office de salon et de salle de groupes de paroles. Cette salle à manger est également le passage obligé pour accéder au jardin.

- Le jardin n'est pas très grand mais dispose d'un espace multi activités avec une table de tennis de table, un terrain de sport avec panier de basket, cage de foot et de poteaux permettant les sports de raquettes. Enfin, il existe un petit carré de terre pour un petit potager. Le jardin est entouré par un grillage de 5 m de hauteur, lui-même séparé du chemin de ronde par un espace neutre.

- Le deuxième espace de la première unité est donc composé d'une suite de chambres : il y a 16 chambres individuelles et deux chambres doubles. Cet espace est également composé d'une salle d'ergothérapie, d'une salle de sport et d'une salle de musculation. Nous disposons également d'une salle d'eau avec baignoire et d'une laverie.

Cette unité dispose donc de 20 lits mais également de 2 chambres de soins intensifs avec un SAS d'entrée permettant de voir à la fois dans la chambre et dans la salle de bain. L'une de ces chambres de soins intensifs a une fenêtre donnant dans la salle de soin pour permettre à l'équipe une surveillance accrue du patient. L'utilisation de la chambre d'isolement doit correspondre à une prescription thérapeutique et non plus à une nécessité de sécurité dans l'UHSA et sera soumise aux conditions de l'HAS.

L'unité du rez-de-chaussée dispose également d'un patio, petite cours intérieure, permettant aux patients mis en observation ou ne devant pas être en contact avec

les autres, de pouvoir sortir de la chambre et/ou fumer accompagnés de soignants.

La deuxième unité, qui a ouvert en Mai 2012, reçoit des patients stabilisés ne nécessitant plus de précautions particulières.

Elle est semblable à la première unité avec un espace administratif et un espace de vie mais en disposition inverse pour ce qui est de la salle à manger, du jardin et de la salle de soin. Elle dispose également de 20 lits répartis en 18 chambres individuelles et une chambre double. Cette unité dispose également de chambres de soins intensifs et d'une chambre médicalisée permettant des soins somatiques plus complexes.

Les salles d'activités sont légèrement plus grandes à celle de l'unité du rez-de-chaussée. Ainsi la salle d'ergothérapie occupe un espace deux fois plus grand que celle du bas. Il y a également une salle spéciale pour les réunions et les groupes de parole.

Il s'agit d'une unité accueillant une population à la clinique plus stabilisée mais également plus fragiles comme les femmes et les mineurs, avec des projets de soins axés sur la réhabilitation.

Ces unités ne sont pas étanches et il y a des passerelles pour les patients entre les unités, dans les deux sens, en fonction de la clinique, permettant pour une période donnée des soins plus contenantants ou au contraire de développer l'autonomie du patient.

Chaque chambre est composée à l'identique. Le patient dispose d'un lit scellé avec à la tête du lit une lampe de chevet, un système pour appeler l'équipe soignante, des prises de courant. Il dispose également d'une télévision sous cache, avec un système d'arrêt contrôlé par les soignants et d'un bureau. Une armoire permet de pouvoir ranger ses affaires. Au mur, un panneau de bois a été fixé pour que le patient puisse personnaliser sa chambre. Enfin, chaque chambre dispose d'une salle d'eau avec vasque, douche italienne et toilettes. La salle de bain ferme à clé. De même, le patient peut fermer sa chambre avec une clé, les clés des soignants sont bien entendu prioritaires sur celles des patients.

3 Création de l'organisation et du fonctionnement de l'UHSA :

Plusieurs sous-groupes ont été mis en place pour permettre de travailler plus précisément certaines questions d'ordre médical ou organisationnel par exemple. Ces groupes de travail se réunissaient régulièrement et pour certains depuis 2007.

3.1 Groupe de travail organisation médicale :

Au niveau médical, il y avait tout à créer, à organiser. Il fallait bien entendu respecter les cahiers des charges des Ministères mais cette unité était nouvelle et n'avait pas de point de comparaison sauf celle de Lyon. Une entraide s'est d'ailleurs opérée entre les différentes UHSA. Celle de Lyon a ouvert la voie et essuyé les plâtres. Son équipe soignante a été d'une aide précieuse pour l'élaboration de celle de Nancy.

Les différentes réunions de ce groupe de travail réunissaient les membres de l'équipe médicale, médecins et cadres, et administratifs du CPN, parfois des personnels pénitentiaires ont été conviés. Cela a permis de débattre et de définir le fonctionnement de l'unité, de ce qui concerne le fonctionnement soignant de la structure, de la composition de l'équipe soignante. Mais également ce comité a travaillé à la création de la convention et au règlement intérieur du service, du projet médical, et au lien et au travail conjoint avec les différents intervenants et notamment avec le partenaire privilégié qu'est l'administration pénitentiaire

Il a été ainsi débattu du recrutement des temps médicaux, de la chefferie, des conventions entre le CPN et le CHS de Lorquin. En effet, deux des praticiens hospitaliers de l'UHSA travailleront à mi-temps sur l'UHSA et le SMPR.

Il a également été fait un point régulier sur le recrutement des soignants de la première et de la deuxième équipe. L'organisation même de la journée des soignants a été étudiée dans un premier temps dans ce groupe de travail et, par la suite, les soignants eux-mêmes ont participé à l'élaboration des journées types.

Ces rencontres avec les futurs soignants de l'UHSA de Nancy ont eu lieu pour la plupart en 2011. Elles ont permis de travailler sur les fiches de postes et le déroulement type d'une journée, le parcours de soin du patient, le règlement intérieur de l'unité d'hospitalisation, et enfin des réunions d'information sur les plannings et l'avancée des travaux.

Ces groupes de travail étaient composés d'infirmiers, d'aides-soignants, de cadres, de médecins et d'une secrétaire. Ces réunions se sont faites avec un maximum de soignants en fonction des congés annuels et des disponibilités des services. Il est à noter que la participation à ces réunions était quantitativement importante.

Des questions de fonctionnement ont alors émergé et ont demandé l'instauration de groupes de travail mixtes avec les agents pénitentiaires.

3.2 Projet médical de l'UHSA de Nancy.

L'UHSA de Nancy dispose donc de deux unités de 20 lits chacune. Le projet médical de spécifique de cette unité a été faite par le chef de service avec ses collaborateurs.

L'unité du bas correspond à une unité d'accueil pour des patients dont les troubles psychiatriques sont bruyants, imprévisibles, présentant une dangerosité psychiatrique plus importante. Dans cette unité, les projets de soins de ces patients sont très individualisés, avec des temps en chambre plus importants permettant au patient de se poser et de se recentrer. Les portes des chambres de cette unité sont fermées dans un premier temps pour permettre une meilleure observation. Ces patients bénéficient d'activités thérapeutiques en individuel avec un voire deux soignants puis si leur état le permet en groupe.

La deuxième unité permet des soins plus variés, avec une autonomisation des patients. Elle correspond aux patients dont l'évolution clinique est satisfaisante et dont les troubles psychiatriques se sont apaisés. Ces patients ne nécessitent plus de précautions particulières par rapport à une quelconque dangerosité. Les soins sont alors basés également sur une amélioration des capacités relationnelles des patients.

Il s'agit également de l'unité où sont préférentiellement admises les personnes vulnérables, par leur statut (les femmes et les mineurs) mais également par leur pathologie.

A l'intérieur de chacune des unités de soins est offerte la possibilité, non seulement d'un programme de soins spécifiques mais cohérence aussi d'une vie sociale enrichie. Il est ainsi aménagé des salles d'activité dans chacune des unités de 20 lits permettant des activités de groupe centrées sur la médiation corporelle mais aussi des activités de groupe créatrices, musicales et d'ergothérapie. Les patients peuvent, en fonction de leur clinique, prendre leur repas en chambre mais également sous la forme de repas thérapeutique dont la fréquence reste à déterminer pour chaque patient.

Les unités disposent de jardins dont l'accès est, à certains moments de la journée et pour certains patients, libre mais toujours géré en fonction de la stratégie et du projet de soins de façon individuelle et sous la responsabilité médicale.

Le projet de soins évolutif au fil de la prise en charge du patient est élaboré et proposé en fonction de l'état clinique. Il est proposé des temps de soins individuels :

- Entretiens médicaux, infirmiers.
- Temps d'accompagnement du quotidien si nécessaire ainsi que des temps de soins en groupe d'activités ou à médiation dans les différents moments de la journée ainsi que le soir.

Le personnel infirmier soignant assure le contact quotidien de base avec notamment la distribution, bien entendu, des médicaments, de la nourriture, l'ouverture des chambres fermées exclusivement en fonction des considérations thérapeutiques sans intervention directe de l'administration pénitentiaire. Le personnel infirmier et soignant participe aux groupes et aux activités thérapeutiques individualisées.

3.3 Groupe de travail pénitentiaire et médical :

Des groupes de travail propres à la pénitentiaire ont eu lieu pour qu'ils puissent établir leur organisation de travail dans cette nouvelle structure. Nous n'intervenons pas sur le travail propre de la pénitentiaire et donc nous n'étions pas présents et nous ne pouvons les retranscrire ici. Il s'agissait entre autres des fiches de postes des agents pénitentiaires et du recrutement de ces mêmes agents, auxquels ont participé les praticiens hospitaliers du service et la cadre de santé. Nous nous attarderons plus sur les groupes communs que nous avons co-animés.

Les groupes de travail mixtes ont permis de se mettre en accord sur un ensemble de points importants de l'organisation de la vie du service. Par exemple le cantinage s'est révélé un problème majeur. En effet, il existe un manque d'harmonisation des centres pénitentiaires quant aux cantines. Les cantines sont ce que le détenu en prison a le droit d'acheter pour

améliorer le quotidien : tabac, aliments salés, sucrés, café... L'UHSA aura une possibilité de cantinage avec ses règles se reprochant des règles les plus généralement admises en détention.

Les questions relatives au permis de communiquer ont été traitées pour apporter des propositions concrètes. L'administration pénitentiaire a dû réfléchir et réglementer, en concertation avec l'équipe soignante, la possibilité et les moyens d'assurer ce droit aux détenus.

Une procédure d'intervention des agents pénitentiaires dans les unités de soins en cas de situation menaçant la sécurité des patients et/ou des soignants a été établie. Ainsi, des fiches d'intervention ont été créées pour donner une conduite à tenir commune selon différents cas de figure comme une évasion, une agression, un incendie ou encore un mouvement collectif.

Il a été également déterminé trois niveaux d'alarme. Le premier niveau ne concerne que les soignants qui doivent alors prêter mains fortes à leur collègue en difficulté. Ce niveau d'alerte ne concerne qu'une seule unité. Les agents pénitentiaires sont informés de l'incident mais n'interviennent pas.

Le deuxième niveau d'alerte entraîne l'intervention de tout le personnel des deux unités sur l'unité où se déroule l'incident. Les agents pénitentiaires sont informés de la situation et se préparent à intervenir au besoin.

Le troisième niveau d'alerte correspond à une incapacité de contenir l'incident malgré le renfort de la deuxième unité. Les agents pénitentiaires interviennent alors sur l'unité en question. Le personnel soignant se met en retrait tout au long de l'intervention des agents pénitentiaires.

Toute alarme doit être tracée dans le dossier de soins du patient. Les alarmes de niveau 2 et 3 font l'objet systématiquement d'un rapport circonstancié, rédigé et transmis au cadre de santé, tracé dans le dossier du patient, et d'une déclaration d'événement indésirable.

Il en a été de même pour tout un ensemble de questions, tel le règlement intérieur, qui doit correspondre également au règlement pénitentiaire, le contrôle et la fouille des chambres, qui à la demande du service soignant doit être faite par les agents pénitentiaires. Les deux institutions se sont également accordées quant aux interventions des agents pénitentiaires dans l'unité de soin à la sollicitation des soignants, permettant la rédaction de protocoles précis d'intervention et de fonctions communes.

Enfin des questions d'ordre plus pratique, mais également nécessaires au vu des populations accueillies et des troubles du comportement, comme la gestion du tabac, du linge, de la gratuité de la télé et des mesures disciplinaires ont été discutées.

3.4 Groupe de travail : coordination avec l'UHSI, l'UMPS du CPN.

D'autres problèmes dans l'organisation du soin autour du patient détenu sont apparus. Comme nous l'avons souligné plus haut, les personnes détenues sont souvent en grande précarité avant leur incarcération. Les prises en charge dentaires et infectieuses sont souvent difficiles à instaurer au regard des moyens. Nous savons par expérience, au niveau du SMPR,

l'enjeu des soins somatiques et nous avons imaginé les problèmes que nous aurions pu rencontrer.

Ainsi le CPN dispose d'un plateau technique appelé UMPS avec des consultations de médecine générale et de spécialité médicale, dentiste... Mais l'organisation de l'UHSA de Nancy a prévu également un travail de partenariat avec l'UHSI du CHU de Nancy à raison d'un demi-temps plein de présence par semaine pour les deux unités. De plus, il est prévu une permanence téléphonique avec l'UHSI sur la journée pour un avis.

Ce choix était stratégique pour limiter au maximum les déplacements des patients détenus dans l'enceinte du CPN. Cela doit pouvoir permettre également une meilleure collaboration avec l'UHSI en cas de besoin d'hospitalisation somatique ou d'investigation supplémentaire.

Les nuits et les week-ends, il est fait appel à l'interne de garde du CPN, comme pour les autres pavillons. Pour des cas complexes, le recours à un avis spécialisé de l'UHSI est possible.

Les déplacements à l'UMPS d'un patient nécessitant une consultation spécialisée se fera sur demande du médecin de l'UHSI à l'UHSA en lien avec les spécialistes. Les demandes se font sur les documents en vigueur au CPN.

Une fois encore, des mesures de sécurité s'imposent et ont fait l'objet de protocoles spécifiques (entrée des patients par une autre porte que celle des patients du CPN, avec escorte des agents pénitentiaires et garde statique, transport en véhicule pénitentiaire).

Une concertation avec les médecins de l'UMPS a été faite et l'application dès que possible des protocoles du CPN a été privilégiée.

Les extractions médicales sont à la demande du médecin généraliste de l'UHSA. Chaque transport sanitaire nécessitera un accompagnement d'un infirmier et d'un aide-soignant. Le véhicule sanitaire sera sous escorte des agents pénitentiaires.

Si le chef de l'escorte estime que la sécurité des personnes et des biens est compromise, il peut décider de mettre fin à la consultation, en informant sa hiérarchie et le médecin responsable de l'unité, afin qu'une prise en charge adaptée soit mise en œuvre à son retour dans l'unité.

3.5 Collaboration UHSA et la pharmacie du CPN:

Deux réunions ont été nécessaires afin d'organiser le circuit des produits pharmaceutiques depuis la pharmacie du CPN aux unités d'hospitalisation de l'UHSA. Dans ce domaine, il a été choisi de se rapprocher au plus près du fonctionnement en vigueur au CPN.

Les livraisons ont lieu tous les après-midis et le samedi matin dans la zone logistique de l'UHSA. La réception sera faite par un infirmier selon les disponibilités de l'équipe soignante en présence d'un agent pénitentiaire qui doit contrôler tout ce qui rentre dans la structure. Ce même infirmier complète et faxe le document de réception à la pharmacie pour la traçabilité.

Ces réunions ont aussi permis de préciser les listes de médicaments à disposition dans les unités de soin, les listes d'urgences et les équipements de la salle de soins comme les

chariots de distribution des traitements. En effet, il est prévu que les trois traitements de la journée (matin, midi et soir) soient donnés en chambre pour favoriser un temps d'observation et un temps singulier dans la relation avec le patient.

3.6 Groupe de travail : collaboration avec l'ARS :

Différents groupes de travail ont donc vu le jour pour la mise en place du fonctionnement de cette unité. Par exemple, un groupe de travail a étudié la question des admissions et sorties des patients de l'unité avec les différents certificats s'il s'agit d'une hospitalisation sous contrainte, avec les arrêtés de transferts et d'hospitalisation.

Ainsi des réunions ont été prévues avec l'ARS pour éclaircir ces points et fluidifier le fonctionnement au niveau administratif. En effet, différents cas de figure ont alerté les partenaires. Les arrêtés préfectoraux sont parfois longs à obtenir, pouvant aboutir parfois à des délais de plusieurs jours si le patient ne réside pas en Meurthe et Moselle. En effet, il faut l'arrêté d'hospitalisation sous contrainte, mais également celui de transfert. Ces deux arrêtés doivent être signés par les préfectures et ARS des deux départements, celui de départ et celui d'arrivée.

Nous avons choisi d'imposer un engagement de retour sur le mode de l'UMD bien que les textes réglementaires ne l'exigent pas. Ce choix est lié à des craintes réelles de voir les patients en fin de peine hospitaliser au CPN mais surtout pour respecter une logique de continuité des soins.

L'hospitalisation à l'UHSA n'est en effet qu'une étape dans le projet de soins établi logiquement par le psychiatre du DSP de l'établissement d'origine. Toute la durée du séjour à l'UHSA, des informations et échanges sont maintenus avec l'équipe soignante d'origine pour maintenir cette logique de continuité des soins.

Des réunions avec les ARS ainsi qu'avec les préfectures ont permis d'étudier ces questions juridiques et leurs possibles applications.

Par ailleurs, des journées d'information et de visites de la structure ont été opérées pour une meilleure connaissance et une meilleure collaboration entre l'ARS et la structure.

3.7 Réunion avec les différents partenaires : SPIP et PJJ.

Enfin, différentes réunions et groupes de travail ont été menés avec le SPIP et la PJJ pour coordonner le travail et assurer la meilleure collaboration qui soit. Elles ont là aussi permis la rédaction de protocoles de fonctionnement avec ces partenaires.

Des échanges réguliers, pluridisciplinaires avec le CIP et l'équipe soignante auront lieu. De même, le directeur du SPIP participera à la commission locale de coordination.

3.8 Réunions de communication :

Une campagne de communication importante auprès de tous les intervenants et personnes intéressées a été menée. Ainsi avec des réunions d'information sur le projet même de l'UHSA, l'avancée des travaux et sur les indications d'hospitalisation et les formalités à remplir avant l'hospitalisation.

Ensuite ces réunions se poursuivaient par des visites de lieux et un appel à questions en fin de séance. Sont successivement venus visiter l'UHSA de Nancy sur une période de 6 mois environs :

- Les professionnels du CPN médicaux et paramédicaux,
- Les magistrats de Lorraine,
- Les UCSA et SMPR des régions concernées
- Les élus du grand Nancy
- Les directions des administrations pénitentiaires, des ARS, de la préfecture,
- Les syndicats du CPN
- L'administration pénitentiaire du CP de Nancy et du CP de Metz
- Les professeurs de psychiatrie de Lorraine

3.9 La commission locale de coordination :

Cette commission est mise en place pour l'UHSA de Nancy et est présidée par le Préfet du département ou son représentant. Elle se réunit à son initiative et au moins une fois par an.

Cette commission a pour objectif d'examiner le fonctionnement de l'UHSA de Nancy et de veiller à la coordination entre les services hospitaliers, pénitentiaires, les services intervenant sous l'autorité ou pour le compte du Préfet (police, gendarmerie) et les services de la PJJ. Elle est donc un lieu d'échange entre les différents services pour anticiper et mieux répondre aux difficultés éventuelles.

Cette commission comprend :

- le président, membre de droit,
- 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 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.

4 Organisation des équipes soignantes et protocoles.

4.1 Composition des équipes soignantes.

4.1.1 Le recrutement :

L'UHSA est une unité particulière à plusieurs niveaux. D'abord parce qu'elle n'existe que depuis peu de temps avec une seule unité en fonctionnement à Lyon lors du recrutement et qu'elle est fertile en fantasmes du malade mental dangereux, du détenu toxicomane que nous ne pouvons aider.

Ces idées reçues de la population générale ne sont pas absentes des personnels soignants qui ne travaillaient pas en prison. Ces représentations étaient donc présentes pour certaines personnes qui ont postulé qu'il a fallu également combattre pour ceux que ces représentations effrayaient.

C'est ainsi qu'un certain nombre de points ont été évoqués lors du recrutement. Ainsi l'organisation du travail, qui doit répondre à la qualité des soins et le respect des droits des personnes détenues, doit également prendre en considération les normes sécuritaires liées aux restrictions de liberté. Cela demande de ce fait un partenariat fort avec les agents pénitentiaires.

Le travail auprès de personnes détenues peut heureusement permettre une alliance thérapeutique, une observation clinique et des améliorations thérapeutiques. Mais il faut pour cela également être vigilant sur les interactions entre les patients et les phénomènes de groupe, comme dans nos services classiques.

Autre particularité de la structure, les agents hospitaliers travaillent en autarcie sur la structure et doivent donc connaître leurs collègues et le travail de l'autre unité pour des remplacements éventuels. Il en est de même pour les transferts, qui sont également réalisés par l'équipe soignante en poste à l'UHSA avec le partenariat de l'équipe pénitentiaire. Ces transferts peuvent être réalisés par des soignants indifféremment de leur catégorie et de leur sexe.

Enfin, et c'était une volonté forte de l'équipe médicale et des cadres, les soignants travailleront en 12 heures. En effet, les postes en 12 heures répondent à des spécificités de l'unité.

Ces postes permettent tout d'abord une meilleure cohérence dans la continuité des soins, mais surtout, les soignants devront participer aux transferts des patients depuis des centres pénitentiaires parfois très éloignés. Pour exemple, certains transferts pour une hospitalisation à l'UHSA de Nancy sont estimés à 5 heures aller-retour depuis les centres de Champagne ou d'Alsace. L'augmentation de l'amplitude horaire du travail permet de pouvoir plus facilement réaliser ces transferts sans déborder sur le temps de repos des soignants.

4.1.2 Composition de l'équipe soignante :

Les recrutements se sont effectués en deux phases en décembre 2010 et en avril 2011 et a permis de constituer l'équipe soignante de l'UHSA complètement. (Annexe 14).

Parmi ce personnel, nous notons que 65 % des professionnels recrutés ont une expérience en psychiatrie dont 28 % en service d'entrée. La direction des soins a proposé aux jeunes diplômés et aux agents extérieurs une affectation dans les unités d'entrée du CPN

avant l'ouverture de l'UHSA pour les familiariser avec les soins en psychiatrie et le fonctionnement de nos unités, parfois différents des unités somatiques.

Enfin, plus d'un tiers de l'équipe est masculine dont 41 % des équipes infirmières. L'âge de la moitié des équipes se situe entre 25 et 35 ans.

	Unité 1	Unité 2	Total pour 40 lits
Temps Plein de Psychiatre			3
Interne en psychiatrie			1
Praticien en médecine générale			0.5
Interne en médecine générale			1
Total			5.5
Cadre supérieur de santé			0.2
Cadre de santé	1	1	2
IDE	22.5	22.5	45
Aide-soignant	6	6	12
ASH	0	0	0
Secrétaire médicale	1	1	2
Psychologue	0.5	0.5	1
Ergothérapeute	0.5	0.5	1
Psychomotricien	0.5	0.5	1
Educateur sportif	0.5	0.5	1
Assistante sociale	0.5	0.5	1
Total	33	33	66.2

Annexe 14 : Equipe UHSA selon les unités.

4.1.3 Profil de poste :

Différents profils de postes ont été faits pour les soignants, infirmiers et aides-soignants, depuis la gestion hôtelière, aux soins infirmiers, entretiens en binôme avec un médecin ou seul, activités thérapeutiques, mais également la surveillance des patients, le relevé de présentéisme...

Ces profils ont d'abord été travaillés par le groupe pilotage de la création de l'UHSA. Puis ils ont été approfondis en partenariat avec les équipes soignantes qui ont participé aux réunions de fonctionnement.

Par ailleurs, et pendant quelques semaines après l'ouverture, ces profils ont été remaniés avec les contraintes rencontrées avec la réalité des patients.

4.1.4 Permanence des soins :

La continuité des soins est assurée par les praticiens hospitaliers du service du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 et le samedi de 8h30 à 12h. A terme, il y aura deux praticiens à temps plein et deux praticiens à mi-temps sur les deux unités. Un interne de spécialité sera affecté sur les deux unités également.

L'équipe soignante sera composée de 4 infirmiers et d'un aide-soignant de jour et deux infirmiers et un aide-soignant de nuit par étage. Il faut ajouter à cela deux soignants dits de transferts et répartis sur les deux étages en dehors des transferts. Il y a en plus les cadres et le personnel de jour (ergothérapeute, éducateur sportif...).

Il y a aussi une permanence de soins somatiques assurée par des praticiens intervenant à l'UHSA de Nancy toute la semaine selon les mêmes plages horaires. Cela favorise les liens avec l'UHSA en cas de besoin de prise en charge somatique, nécessitant par exemple une hospitalisation.

Les astreintes médicales sur le site de l'UHSA de Nancy sont assurées par les praticiens hospitaliers de l'UHSA avec l'aide de praticiens du SMPR de Metz et de l'UFPPP sur la base du volontariat.

4.2 L'équipe pénitentiaire :

Le recrutement de l'équipe pénitentiaire s'est effectué sur la base du volontariat des agents du centre pénitentiaire de Nancy Maxéville. Les recruteurs étaient à la fois des membres de l'administration pénitentiaire (directeur de prison de Toul, Nancy, gradés...) et des membres de l'équipe soignante de l'UHSA (chef de service de l'UHSA, praticiens, cadres de santé...). Les missions des agents pénitentiaires sont distinctes en fonction des zones de l'UHSA où ils sont affectés.

Dans la zone pénitentiaire, les agents pénitentiaires contrôlent l'accès, la fouille et la sécurité des abords et parloirs. Ils ont la main sur l'ouverture des portes. Ils doivent également assurer les tours dans les chemins de rondes, zones entourant l'UHSA en dehors des zones hospitalières.

Dans la zone soignante, ils n'interviennent que sur demande de l'équipe médicale pour effectuer une fouille d'une chambre et d'un patient. Ils peuvent également intervenir pour protéger les patients et les soignants en cas de troubles graves comme une agression mais également une évasion, une intrusion, un incendie, un mouvement collectif...

La composition hiérarchique de l'équipe pénitentiaire de l'UHSA est identique à celle d'une équipe en centre pénitentiaire. Par rapport à ce qui était convenu, les effectifs des agents pénitentiaires ont dû être revus à la baisse. (Annexe 15)

	Organigramme de référence	Effectif réel
Corps de commandement	1	2
Major	1	0
Premier Surveillant	8	5
Surveillant / Surveillant brigadier	29	29
Total :	39	36

Annexe 15 : composition de l'équipe pénitentiaire de l'UHSA de Nancy.

4.3 Formations, coordination et protocoles entre les équipes soignantes et pénitentiaires.

Tout au long de la construction de l'UHSA de Nancy, les deux administrations sanitaire et pénitentiaire ont collaboré ensemble à des formations conjointes dans les domaines de la psychiatrie et de la détention. Le but n'était pas de transformer les surveillants de prison en infirmiers ou l'inverse, mais de démontrer la spécificité du travail de chacun, d'apprendre le travail respectif.

En effet, il est difficile pour un infirmier de se rendre compte de la charge de travail relative à la surveillance de 90 détenus par étage, de gérer les conflits et l'agressivité de certains. Cela a également permis de démystifier la prison et le prisonnier. De même, pour les

surveillants pénitentiaires, il a été profitable de voir une autre manière de gérer certains comportements troublants, d'expliquer certaines attitudes des patients. La phrase que nous avons le plus entendu lors des simulations ou autres formations est : «il ne peut pas simuler alors » au grand étonnement des agents pénitentiaires pourtant habitués à travailler « à côté » de psychiatres mais non « avec eux » certainement.

Des deux côtés, des fantasmes et des appréhensions existaient et existent certainement encore mais sont travaillés et amoindris.

4.3.1 Formation spécifique pour les professionnels de soin :

4.3.1.1 Présentation du dispositif pénitentiaire :

Nombre de soignants recrutés pour travailler à l'UHSA n'ont jamais été en contact avec le monde carcéral. Un petit nombre d'entre eux a exercé dans les UCSA. La plupart n'ont connu les détenus que lors d'hospitalisation sous contrainte en service psychiatrique.

Par groupe de 15 personnes, sur une durée d'une journée, un formateur pénitentiaire a présenté le dispositif pénitentiaire. Les objectifs étaient de donner des bases sur les organisations pénitentiaires, le déroulement des peines, le déroulement d'une journée en prison, d'appréhender les contraintes des professionnels pénitentiaires et enfin de développer la collaboration entre personnels soignants et pénitentiaires.

4.3.1.2 Stage d'immersion en milieu pénitentiaire :

Pendant 2 jours, les soignants ont porté l'uniforme des agents pénitentiaires et ont effectué sous bonne escorte deux jours en tant qu'agent dans le centre pénitentiaire de Nancy.

Cela avait pour but de se rendre compte de la réalité du terrain, de comprendre le fonctionnement de l'autre administration mais également de se rendre compte de ce que les patients détenus que nous accueilleront peuvent vivre en détention.

4.3.1.3 Stage à l'UHSA de Lyon :

Pendant 5 jours, 7 soignants ont été en stage à l'UHSA de Lyon. Ceci a permis de mieux se rendre compte de la réalité du travail dans la seule UHSA ouverte alors.

Ce stage a été très apprécié par les soignants de l'UHSA de Nancy, notamment pour leur avoir permis d'appréhender plus concrètement le travail en partenariat avec les services pénitentiaires et les contraintes spécifiques inhérentes au statut de détenu. Ainsi les soignants ont noté que la traçabilité prenait une part plus importante du travail mais également que les patients avaient la particularité d'être plus demandeurs que dans les services classiques.

4.3.1.4 Stage en UCSA :

Les professionnels pressentis pour l'UHSA ont aussi bénéficié d'1 à 2 jours de stage à l'UFPPP (Unité Fonctionnelle psychiatrique Pénitentiaire et Probatoire) au sein de l'UCSA. Cette expérience leur a permis de connaître les soins psychiatriques aux personnes détenus et l'environnement carcéral, l'organisation des soins aux détenus, les différentes prises en charges possibles.

4.3.2 Plan de formation des agents pénitentiaires :

4.3.2.1 Sensibilisation à la santé mentale :

Le monde psychiatrique peut être impressionnant et reste empreint de préjugés autour de la folie, de la simulation et des médicaments. Les psychiatres, notamment le Docteur Mouric de l'UHSA avec les cadres de santé, ont formé des groupes de 15 agents avec comme objectifs de faire connaître l'organisation des soins en psychiatrie, de sensibiliser à la santé mentale et d'appréhender les psychoses et ses manifestations.

Comme les formateurs pénitentiaires, les soignants ont eu comme objectif d'expliquer les contraintes professionnelles des soignants et ainsi de développer une meilleure collaboration entre les professionnels du soin et pénitentiaires.

4.3.2.2 Stage d'immersion en service de soin :

Sur une durée de deux jours, les agents pénitentiaires ont revêtu la blouse blanche de soignant et ont travaillé dans les services du CPN. Ainsi les agents pénitentiaires se sont rendus compte d'une manière de travailler différentes sur certains points.

Au final, plus que les différences, les personnels ont remarqué une certaine proximité dans leur travail respectif. Bien sûr les agents pénitentiaires ne sont pas des infirmiers, et vice-versa, mais ils ont tous des contraintes liées au travail, de surveillance, de sécurité, de gestion des conflits qui pourraient être rapprochées.

4.3.3 Formations communes :

Ces deux administrations qui travailleront côte à côte auront des préoccupations communes liées au contact qu'elles auront toutes deux avec les patients détenus. Ainsi des formations communes ont eu lieu.

4.3.3.1 Prévention du risque suicidaire :

Sur une durée de deux jours, avec des intervenants qui sont des psychiatres et psychologues du CPN, les soignants et agents pénitentiaires ont bénéficié d'une formation sur le risque suicidaire, les signes à repérer, les premières conduites à tenir. Cette formation était dispensée à des groupes de 15 personnes, groupes mixtes soignants et agents.

4.3.3.2 Formation OMEGA :

Des groupes mixtes, soignants et pénitentiaires, ont également bénéficié des formations OMEGA qui ont pour objectif la prévention des situations de violence.

La formation est composée de jeux de rôles, de simulation, de discussion et a pour objectif d'identifier les éléments à risque présents sur le lieu de travail, de choisir et prendre les dispositions de protection physique appropriées à la situation, de sélectionner et d'appliquer le mode d'intervention verbale, psychologique ou physique le plus approprié à l'agressivité et d'appliquer des gestes simples d'esquive et d'immobilisation.

4.3.3.3 Formation « incendie » :

Les objectifs de cette formation étaient de prévenir les risques incendie, d'être en mesure d'utiliser les matériels et de participer à l'évacuation. Des formateurs du CPN ont animé des groupes mixtes sur des périodes de 4h.

Une simulation avec de « faux » patients, une équipe soignante en place et la pénitentiaire a été faite. Cela a permis de mettre en évidence la coopération entre les deux institutions et l'amélioration à y apporter.

4.3.3.4 Formation ERIS :

Les ERIS sont les Equipes Régionales d'Intervention et de Sécurité. Il s'agit d'équipes spécialement entraînées à des situations difficiles dans les établissements pénitentiaires telles que les prises d'otage, les émeutes...

Les objectifs de la formation étaient pour le personnel pénitentiaire d'apprendre les techniques d'interventions spéciales en cas de situations difficiles. Il s'agissait également de savoir quand et comment intervenir dans l'unité de soin, en collaboration avec les soignants.

Pour les soignants, il s'agissait d'apprendre à connaître les interventions des agents pénitentiaires, à communiquer avec eux dans un langage commun et d'apprendre à passer la main lors des interventions et à la récupérer ensuite.

Cette formation a été dédoublée en deux groupes sur deux jours. Elle consistait à faire des simulations pendant une journée type de fonctionnement. Ainsi, des personnels, pénitentiaires et soignants « jouaient » les patients, pendant qu'une équipe soignante devait travailler dans l'unité avec ces patients. Des scénarii étaient pré établis et non connus des soignants en poste. Ainsi, se déroulaient différents scénarii comme une prise d'otage, un refus de réintégrer, une évasion, un patient retranché avec une arme.

Ces épisodes ont été filmés pour pouvoir ensuite effectuer un retour sur image et débriefer. Il est à noter le particulier réalisme notamment grâce à la participation des ERIS des situations parfois plus vraies que nature. Les débriefings ont été ensuite importants, certains soignants, déboussolés par la nouvelle structure et la nouvelle équipe qu'ils ne connaissaient pas, ont été quelque peu déroutés voire apeurés.

Le dernier jour, toutes les équipes ont été réunies. Les ERIS ont montré des interventions filmées en détention et nous avons participé à un dernier scénario avec déploiement des ERIS.

4.4 Au final : fonctionnement à blanc.

Après livraison du bâtiment, les équipes soignantes ont fonctionné « à blanc » pendant plusieurs semaines. Cela avait plusieurs objectifs. Ce fonctionnement à blanc a permis de créer une cohésion d'équipe, de s'appropriier les lieux et d'apercevoir les pratiques et de les unifier.

Cela a aussi permis d'expérimenter l'organisation des soins : de l'admission du patient avec le dossier à remplir, la prise en charge qui débute, la distribution des repas, les activités, la distribution des traitements. Il a fallu chronométrer, régler l'organisation en vue de maximiser le temps auprès des patients.

Il a fallu également apprendre les différentes procédures, propres à l'unité de soin mais également les procédures pénitentiaires avec la gestion des appels, du courrier, des cantines...

Enfin le fonctionnement à blanc a permis de s'assurer que tout le matériel était présent, que tous les travaux étaient en voie d'être finis.

5 Etude :

Nous avons étudié la population accueillie à l'UHSA de Nancy depuis l'ouverture de l'unité le 5 Mars 2012 et sur une durée de 4 mois. Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive s'intéressant aux caractéristiques sociodémographiques des personnes hospitalisées. Elle étudie également des caractéristiques liées à la santé et au parcours judiciaire des patients.

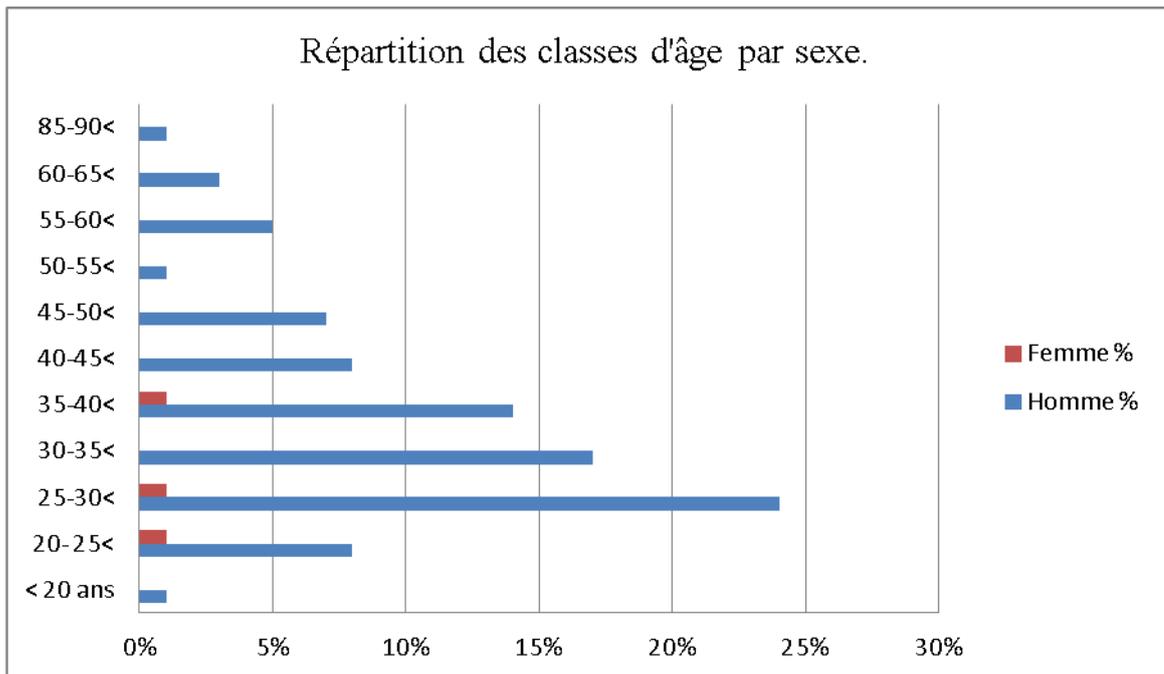
Cette étude s'est faite à partir de la consultation des dossiers des patients ainsi que des indicateurs d'activité. Il y a eu 61 admissions, dont deux tiers en soins libres et le dernier tiers en SDRE, et 32 sorties.

5.1 Caractéristiques sociodémographiques :

5.1.1 : Age et sexe des patients accueillis :

Sur ces 61 entrées, il y a eu 3 femmes et aucun mineur. En majorité les patients de l'UHSA de Nancy, durant ces quatre mois, sont des hommes (95 %), jeunes.

Leur moyenne d'âge est de 34,8 ans, avec une sur représentation de la tranche d'âge des 25-30 ans (Annexe 16). L'écart type de l'âge est : 19 ans et 86 ans.



Annexe 16 : Répartition des classes d'âge par sexe.

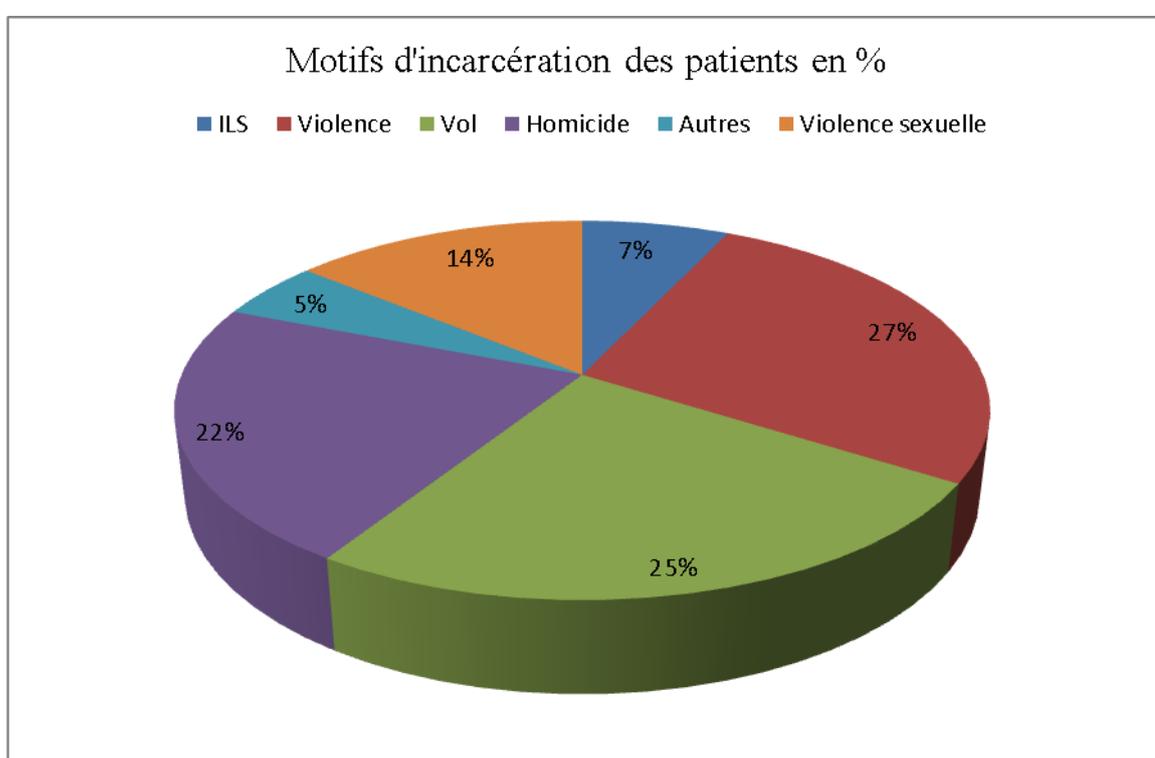
5.1.2 Données sociologiques :

Ces patients sont donc des hommes. En grande majorité, les patients de l'UHSA sont célibataires (78 %) et sans enfants (73 %), tous sexe confondu. Ceux qui ont des enfants sont presque 50 % à bénéficier de parloirs en détention avec eux.

Nous n'avons pas eu malheureusement beaucoup d'informations en rapport aux situations socio-professionnelles de nos patients. Cela est dû en partie aux dossiers dont les éléments sociaux ne sont pas pleinement renseignés mais également au fait que les patients ont parfois des difficultés à restituer leur parcours. Nous pouvons toutefois affirmer que seuls 19 % de nos patients travaillaient avant leur incarcération et qu'ils étaient 20 % à percevoir l'Allocation Adulte Handicapé.

5.1.3 : Le parcours judiciaire :

Au niveau du parcours judiciaire des patients, la majorité des patients hospitalisés dans notre unité était condamné (61 %). Un peu plus de la moitié des patients ont été jugé en correctionnelle. Les violences, les vols et les homicides sont les trois principaux crimes et délits répertoriés. (Annexe 17) Il est à noter qu'un même patient peut être incarcéré pour plusieurs motifs. Enfin, 37 % des patients nous ont informés d'antécédents judiciaires.



Annexe 17 : Répartitions des motifs d'incarcérations des patients de l'UHSA.

Les peines des patients condamnés admis dans l'unité variaient de 4 mois à 30 ans.

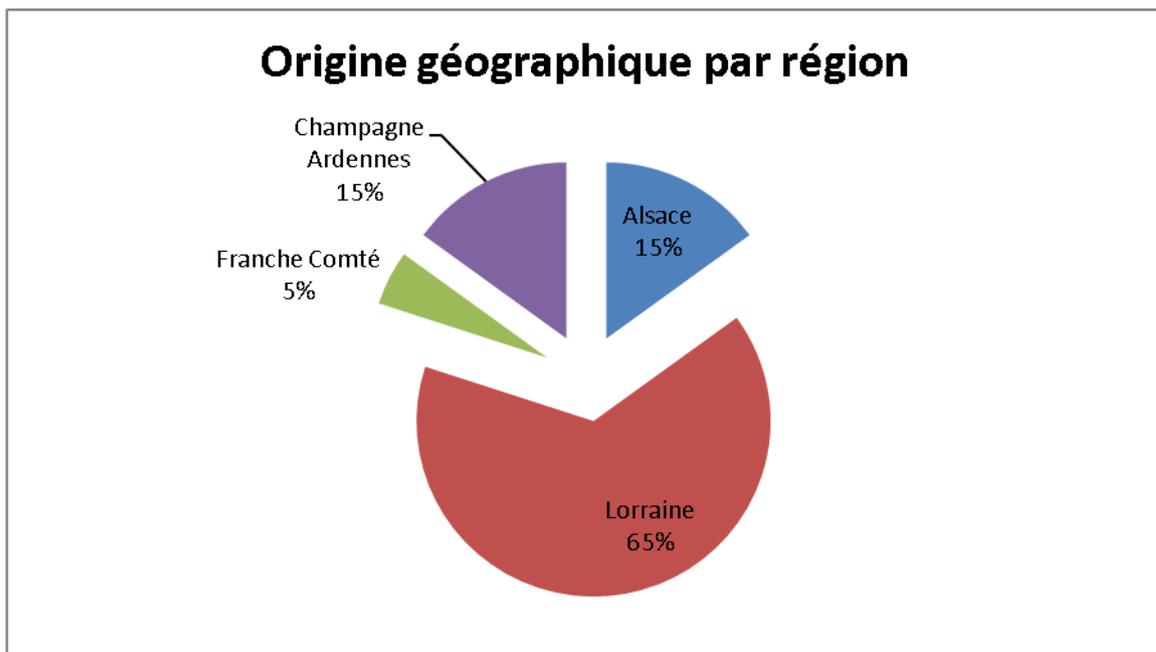
5.1.4 : La provenance des patients :

Sur les 61 admissions, 5 patients provenaient d'un établissement psychiatrique et 2 d'un établissement somatique. La grande majorité venait donc des établissements pénitentiaires. Par ailleurs, sur les 25 établissements pénitentiaires du secteur de l'UHSA de Nancy, 60 % nous ont adressés des patients (Annexe 18).

La Lorraine est la première région à adresser des patients à l'UHSA (Annexe 19). Il est à noter que c'est aussi la région avec le plus d'établissements pénitentiaires et donc avec la plus grande population carcérale des régions du secteur de l'UHSA de Nancy. De plus, la proximité géographique entre l'UHSA de Nancy et les établissements lorrains facilite et accélère les transferts.

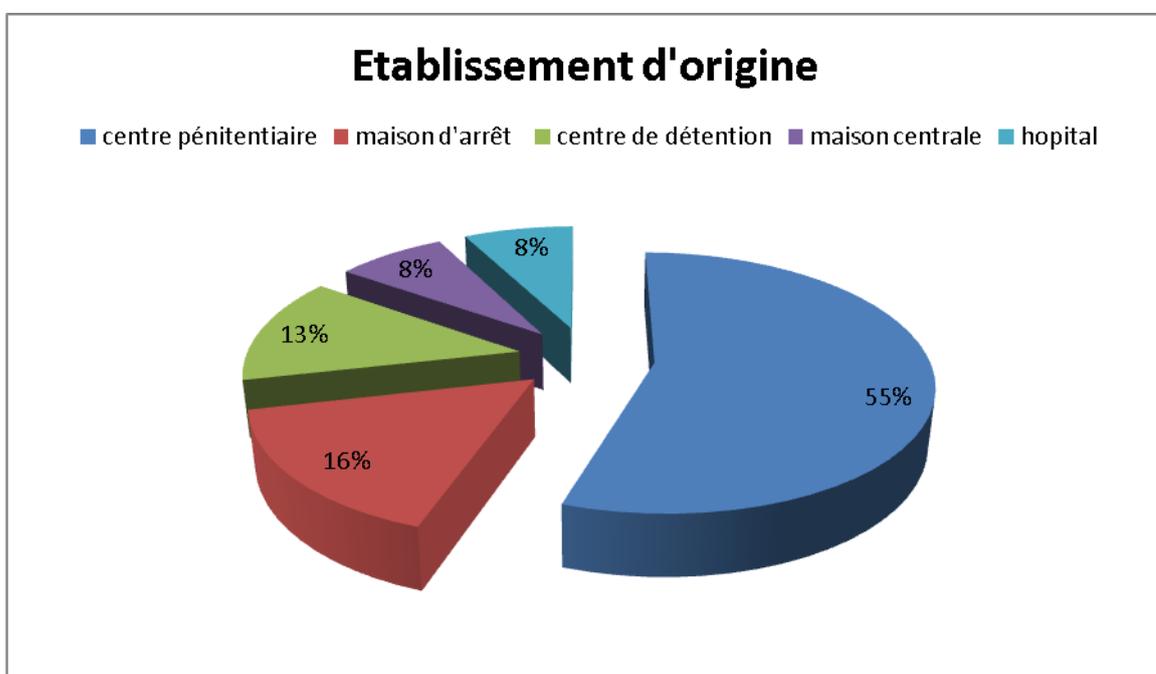
Etablissement pénitentiaire	Nombre de patients transférés
Belfort	1
Chalons	2
Charleville	1
Chaumont	3
Clairvaux	2
Ecrouves	2
Ensisheim	2
Epinal	1
Nancy Maxeville	19
Metz	13
Reims	1
Saint Mihiel	1
Strasbourg	7
Toul	4
Vesoul	2

Annexe 18 : Répartition des établissements pénitentiaires d'origine des patients.



Annexe 19 : Répartition des régions d'origine des patients.

Ainsi les centres pénitentiaires sont les plus grands pourvoyeurs de patients (Annexe 20). Mais ils sont également les plus gros établissements pénitentiaires, concentrant qui plus est le SMPR pour le centre pénitentiaire de Metz.



Annexe 20 : Répartition des types d'établissements pénitentiaires d'origine des patients.

5.2 : Données relatives à la santé des patients de l'UHSA de Nancy.

5.2.1 : Les antécédents psychiatriques :

73 % des patients admis ont des antécédents de consultations ambulatoires dans un secteur de psychiatrie. 69 % des patients ont des antécédents d'hospitalisation en secteur psychiatrique.

Dans ces antécédents psychiatriques, les troubles psychotiques sont les plus fréquemment retrouvés (58 %) dont 44 % sont des antécédents de pathologies schizophréniques. Les troubles de l'humeur sont les deuxièmes troubles les plus fréquemment retrouvés dans les antécédents. (Annexe 21)

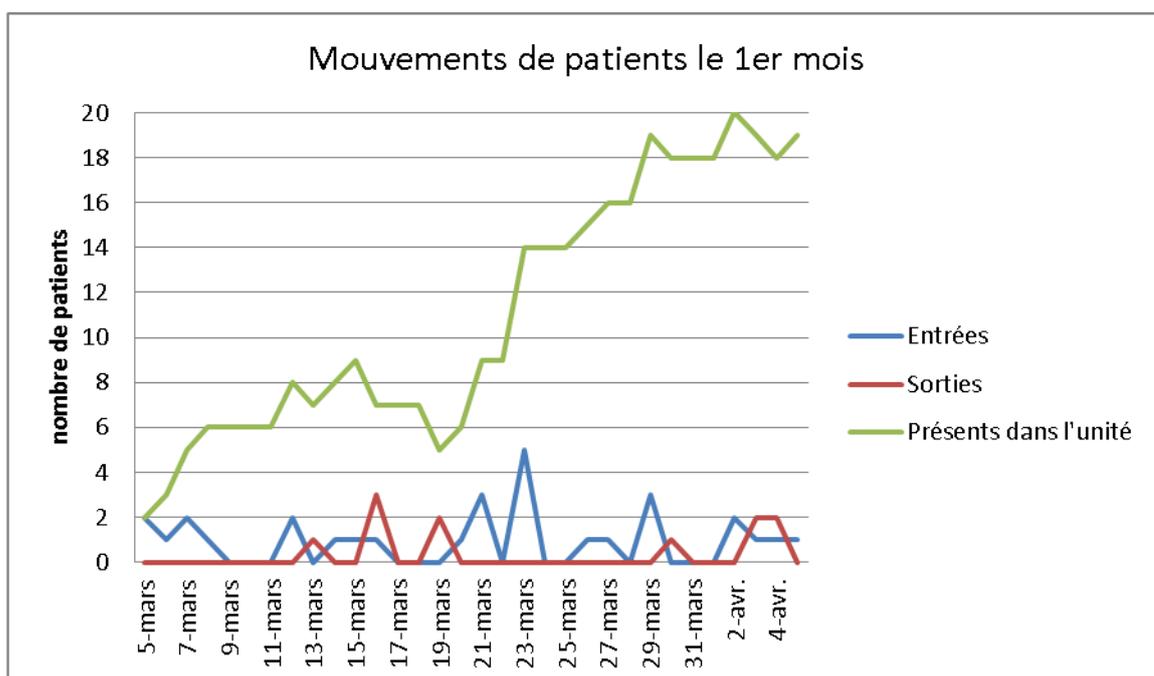
Antécédents de troubles psychiatriques	Pourcentage
Trouble de l'humeur	28%
Episode Dépressif Majeur	21%
Trouble Bipolaire	7%
Trouble psychotique	58%
Schizophrénie	44%
Psychose non schizophrénique	14%
Autres	
Troubles anxieux	2%
Antécédents de tentative de suicide	40%

Annexe 21 : Répartition des antécédents psychiatriques des patients accueillis à l'UHSA de Nancy.

5.2.2 : L'activité du service :

5.2.2.1 : La montée en charge :

La première unité s'est ouverte le 5 mars 2012 avec une montée en charge progressive permettant aux équipes, soignantes et pénitentiaires, de s'appropriier les lieux et les fonctionnements des administrations (Annexe 22). Cette montée en charge est due également aux possibilités de transferts de l'UHSA. Chaque transfert est en effet assuré par l'équipe pénitentiaire de l'UHSA et / ou par l'équipe soignante et est donc soumis à la disponibilité des équipes.



Annexe 22 : Mouvements des patients le 1^{er} mois d'ouverture de l'UHSA de Nancy.

La deuxième unité s'est ouverte le 15 mai 2012. Pour des raisons logistiques, elle n'a pu fonctionner à plein qu'à partir de juillet 2012, c'est-à-dire à la fin de notre étude d'où un premier biais par rapport à l'activité du service.

5.2.2.2 : Le taux d'occupation :

Ainsi les taux d'occupation des unités ont progressivement augmenté. Nous observons un taux d'occupation d'environ 85 % à 90 %. Ces taux sont à pondérer par les montées en charges progressives des unités et l'ouverture partielle de la deuxième unité. Les Durées Moyennes de Séjour ont également évolué et leur moyenne sur les trois premiers mois d'activité est donc de 35,31 jours (Annexe 23).

Les durées de séjour varient de 3 jours à 4 mois. La durée de 3 jours correspond à un patient présentant un trouble de la personnalité, connu du SMPR de Metz. Il avait évoqué des idées suicidaires à la recherche de bénéfices secondaires. Cette durée très courte est rare mais non exceptionnelle.

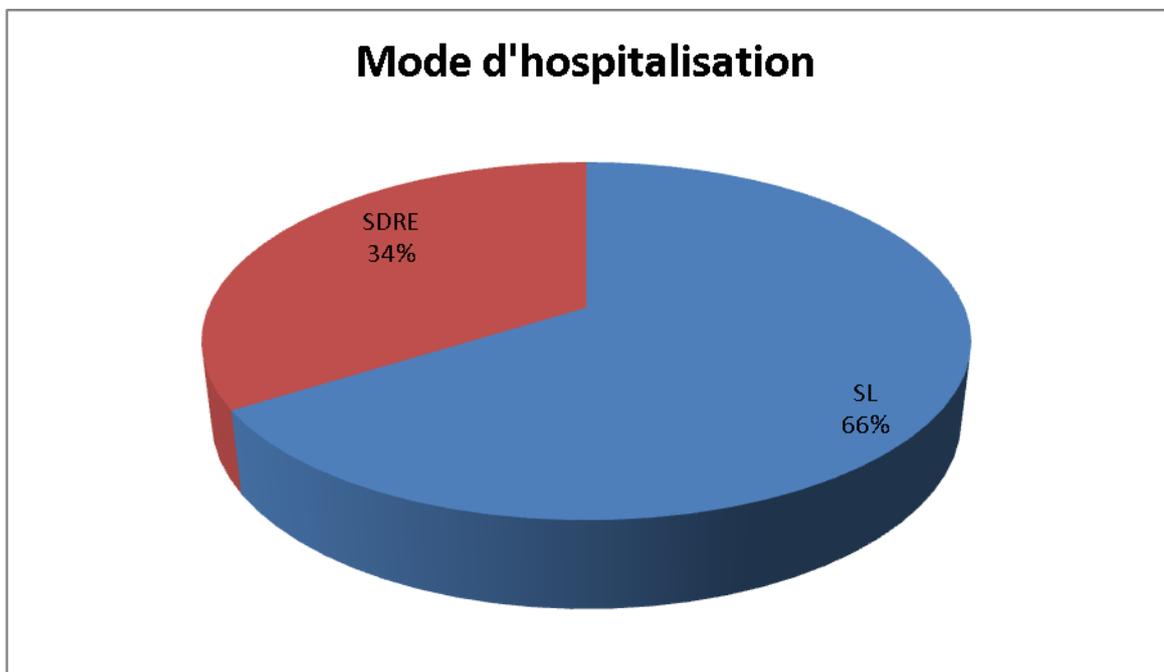
La durée de 4 mois correspond à un patient hospitalisé depuis le premier jour d'ouverture de l'unité et qui était encore présent à la clôture de l'étude. Il s'agit d'un patient psychotique, déficitaire dont l'état de santé mentale n'était pas compatible avec son maintien en détention. A ce jour, ce patient est toujours hospitalisé dans l'unité. Il est en attente d'une décision d'irresponsabilisation pénale selon l'article 122-1 du CP.

Mois	Tx occupation RDC	Tx unité 2	DMS en jours
Mars	42.42%		10.52
Avril	91.5%		45.75
Mai	78.06%	36.13%	12.44
Juin	85%	95%	49.66

Annexe 23 : Taux d'occupation des unités de l'UHSA et DMS moyennes.

5.2.2.3 : Mode d'hospitalisation :

Il y a donc eu 61 admissions dont plus de la moitié s'est faite en soins libres (Annexe 24). Par ailleurs, seuls 3 patients ont changé au cours de l'hospitalisation de mode de placement et ont alors été placé en SDRE.



Annexe 24 : Répartition des modes d'hospitalisation à l'UHSA.

Seuls 4 patients ont été re hospitalisé à l'UHSA de Nancy sur la période de cette étude. Sur ces quatre cas, un patient a enfreint à plusieurs reprises le règlement intérieur du service. Son état clinique le permettant, son hospitalisation a été écourtée. Il était convenu avec son psychiatre traitant de l'établissement pénitentiaire d'origine de pouvoir l'hospitaliser à nouveau dès que nécessaire.

Le second présentait une personnalité pathologique impulsive multipliant les passages à l'acte auto-agressifs dont il en attendait des bénéfices secondaires. Le troisième a de nouveau décompensé sur un mode délirant après avoir consommé une nouvelle fois des stupéfiants en détention et le quatrième souffrait de trouble de l'humeur récurrent.

La grande majorité des hospitalisations à l'UHSA ont pu être programmées afin de pouvoir au mieux prendre en charge le patient, depuis son transfert à son admission. Toutefois, 27 % des admissions ont été dite « urgentes ».

5.3 : Diagnostics et motifs d'hospitalisation :

5.3.1 : Les motifs d'hospitalisation :

Les motifs d'admission à l'UHSA de Nancy sont principalement des décompensations de pathologies psychotiques (41 %). Les autres motifs d'hospitalisation sont les crises suicidaires (25 %), des demandes d'observation et d'évaluation (14 %) et enfin, les troubles de l'humeur (7 %) et les troubles du comportement hétéro agressif (7 %).

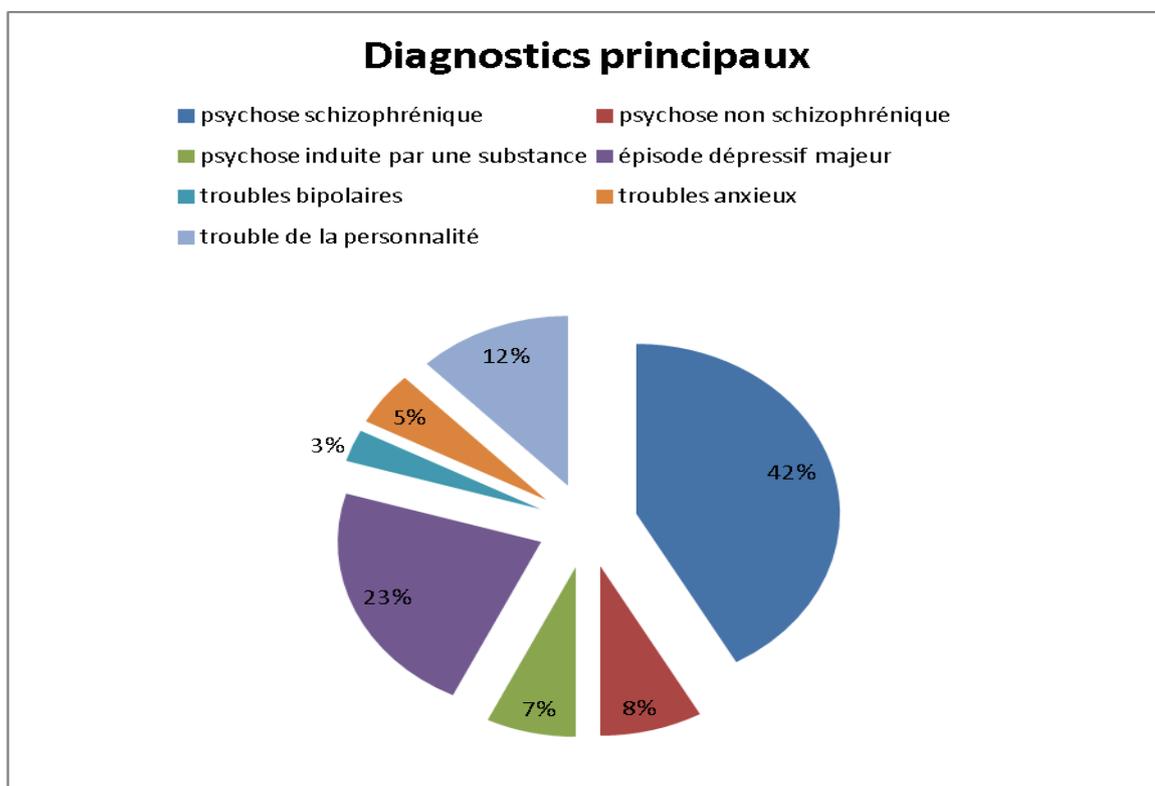
Des demandes plus spécifiques ont également été admises en hospitalisation à l'UHSA. Il s'agissait pour un patient d'un sevrage à un traitement substitutif aux opiacés et pour le

second de troubles sexuels à type de pulsion sur l'équipe soignante du centre pénitentiaire où il était incarcéré.

5.3.2 : Pathologies principales et associées :

Les pathologies principales retrouvées sont donc principalement des psychoses et notamment des schizophrénies puis des épisodes dépressifs majeurs (Annexe 25). Nous retrouvons également des personnalités pathologiques et des troubles psychotiques induits par une substance toxique.

Des diagnostics secondaires ont été répertoriés parmi lesquels les troubles de la personnalité et les addictions, approximativement à parts égales.

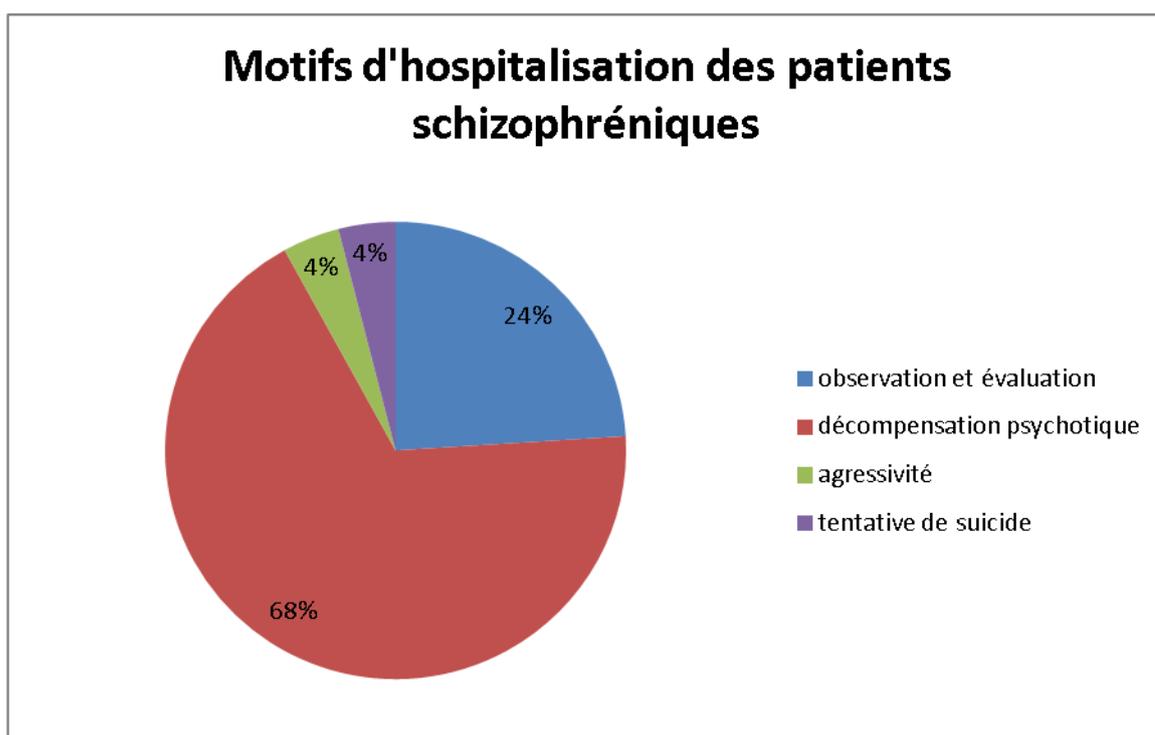


Annexe 25 : Répartition des diagnostics principaux des patients de l'UHSA.

5.3.3 : Cas particuliers des patients souffrant de schizophrénie :

Les patients souffrants de schizophrénie représentent une part importante des patients admis à l'UHSA (42 %).

Ces patients souffrants de schizophrénie sont, pour une large majorité, des détenus condamnés (64 %) adressés à l'UHSA pour décompensation de leur pathologie psychotique mais également pour observation et évaluation diagnostique et thérapeutique (Annexe 26). Un quart de ces patients présente une pathologie associée addictive.

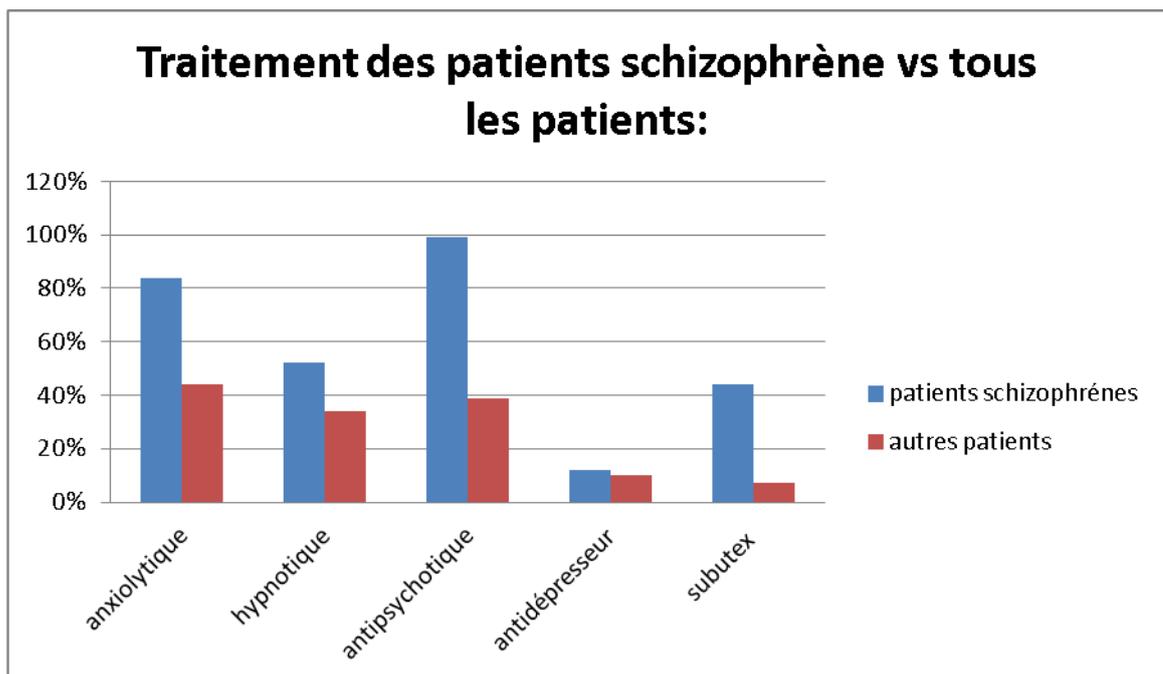


Annexe 26 : Motifs d'hospitalisation des patients schizophrènes.

Ces patients sont adressés presque à part égale en soins libres (52 %) et en soins sous contrainte (48 %). Toutefois la grande majorité (84 %) de ces hospitalisations a pu être programmée.

La prise en charge soignante n'a pas de particularité par rapport au milieu libre, bien qu'elle soit nécessairement adaptée à la pathologie. Ainsi les patients souffrant de psychose schizophrénique ont eu deux fois plus de prescription d'anxiolytique par rapport à la totalité des patients de l'unité (Annexe 27).

De même, la prescription de traitement substitutif aux opiacés est deux fois plus importante.



Annexe 27 : Traitements des patients schizophrènes.

Les angoisses des patients psychotiques sont importantes, massives et entraînent souvent des troubles du comportement. Cela pourrait expliquer que 3 des 4 utilisations de la chambre d'isolement soit faites pour ces patients, qui ont eu un recours à des gestes hétéro

agressifs plus important dans l'unité (75 %) et ont fait l'objet de la moitié des interventions des agents pénitentiaires.

Enfin, les patients schizophrènes ne sont que 73 % à retourner dans l'établissement d'origine (contre 89 % de l'ensemble des patients) avec notamment la particularité des deux levées d'écrou, ayant nécessité une hospitalisation dans un secteur de psychiatrie, est exclusivement le fait de patients schizophrènes.

5.4 : Prise en charge du patient :

Tous bénéficient d'un projet de soin individualisé privilégiant dès que possible l'accès aux espaces communs et la participation aux activités thérapeutiques comme cela est prévu par le projet médical réfléchi par l'équipe soignante.

Nous n'avons pas effectué de données chiffrées quant à la participation aux activités mais que cela pourrait être fait dans les mois à venir pour avoir également ces indicateurs d'activité et les valoriser car ils sont une part importante de la prise en charge.

5.4.1 : Les traitements :

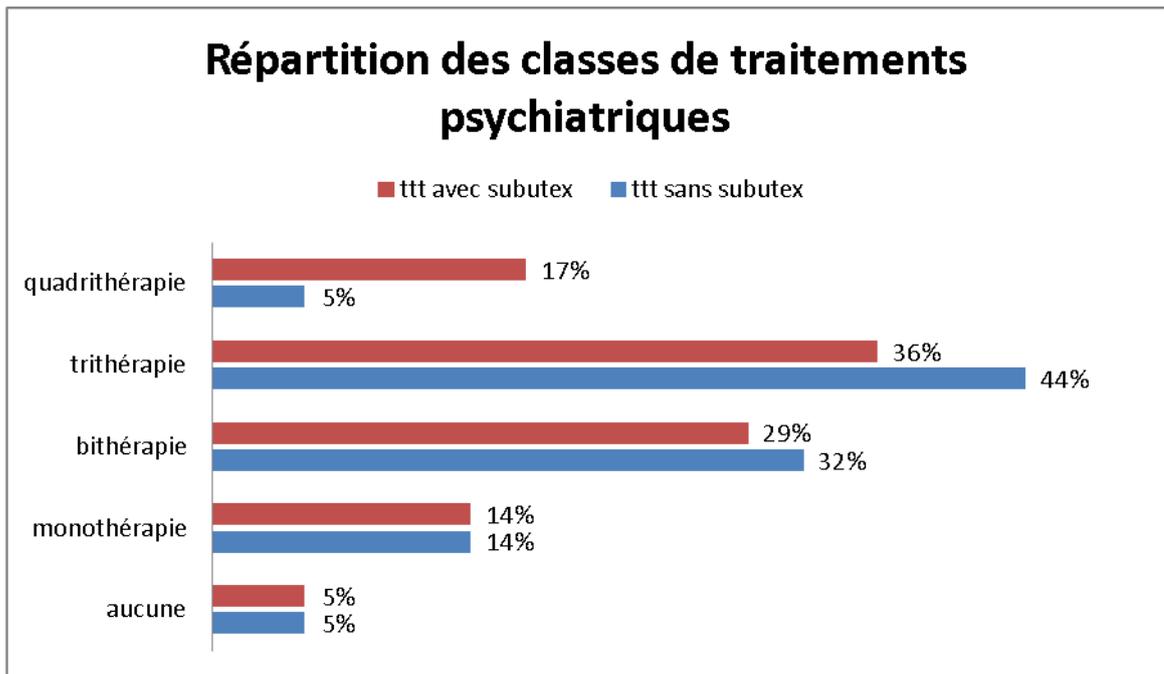
La totalité des patients de l'UHSA ont nécessité une pharmacothérapie. Les traitements les plus prescrits sont les anxiolytiques (42 %) suivi des antipsychotiques (39 %). La place des hypnotiques est importante et représente 34 % des prescriptions. Les antidépresseurs ne représentent que 10 % des traitements donnés.

Les traitements substitutifs aux opiacés n'ont concerné que 15 % des patients qui étaient tous sous Subutex®. Ces prescriptions sont la poursuite d'un traitement instauré avant l'hospitalisation dans notre unité. Les posologies varient selon les cas, un patient a poursuivi la baisse de son traitement de substitution dans le cadre de leur hospitalisation à l'UHSA.

En étudiant la répartition des 4 principales classes thérapeutiques en psychiatrie (anxiolytique, hypnotique, antipsychotique et antidépresseur) nous nous apercevons que les patients de l'UHSA ont nécessité dans 44 % des cas une « trithérapie » c'est-à-dire l'association de 3 classes différentes. Par ailleurs d'autres patients n'ont nécessité aucune pharmacothérapie ou une monothérapie. Ceci correspond notamment aux patients adressés pour évaluation par exemple (Annexe 28).

Enfin, si nous ajoutons les traitements substitutifs aux opiacés, nous observons dès lors que le pourcentage de patients bénéficiant de 4 classes de traitements différents augmente fortement.

Il s'agit dans la plupart des cas de patients présentant des tableaux psychiatriques graves avec une symptomatologie délirante et / ou dissociative majeures. Ces tableaux nécessitent une pharmacothérapie importante.



Annexe 28 : Répartition des classes de traitements psychiatriques.

5.4.2 : Les activités thérapeutiques :

La totalité des patients ont bénéficié d'au moins une prise en charge en activité thérapeutique. Près de 90 % des patients avaient des activités régulières. Le sport est l'activité thérapeutique la plus demandée et la plus prescrite dans le service. Ces activités pouvaient être en individuel ou en groupe.

Ceci s'explique par les faibles capacités de verbalisation des patients, les caractéristiques de leur personnalité, avec une plus grande facilité à l'agression physique mais aussi à l'importance du sport en milieu carcéral.

La balnéothérapie est également une activité très demandée des patients. Le bain est prescrit comme une possibilité de découvrir des plaisirs simples, de redécouvrir des sensations

corporelles, notamment pour les patients toxicomanes. Le bain a également des vertus anxiolytiques. Il s'agit également pour les patients de recourir à un geste impossible en détention.

5.4.3 : Consultations somatiques sur le plateau technique du CPN :

30 consultations ont été organisées qui sont réparties comme suit :

- 84 % de consultations dentaires
- 10 % de consultations ophtalmologiques
- 3 % de consultations ORL
- 3 % de consultations cardiologiques.

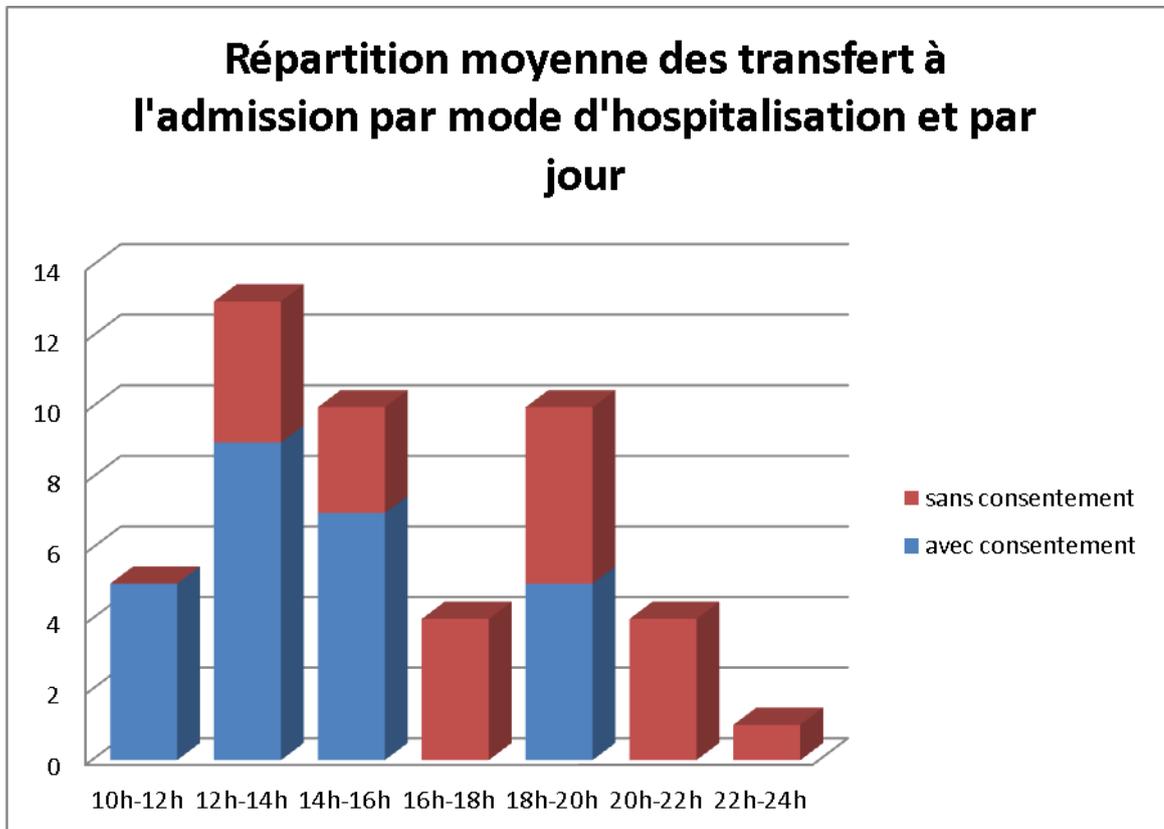
Toutefois 13 consultations ont été organisées à l'extérieur du CPN concernant par exemple des demandes d'imagerie spécialisée.

5.5 : Les transferts :

Le nombre total de transfert de l'UHSA, avec l'équipe pénitentiaire, est de 127. Cela comprend toutes les admissions et les sorties des patients, les transferts lors des audiences chez le Juge des Libertés et de la Détention mais également les consultations extérieures. Parmi ces transferts, 37 ont nécessité la présence de soignants.

L'UHSA est une structure soignante fonctionnant de jour comme de nuit et assurant la continuité des soins. Si les hospitalisations programmées, sur la journée ont été favorisées

pour des raisons d'organisation et de qualité de la prise en charge, l'amplitude horaire couvrant les admissions des patients est large (Annexe 29). Les admissions en urgences peuvent se faire 24 heures sur 24.



Annexe 29 : Répartition moyenne des transferts à l'UHSA.

5.6 : Agressivité et agression :

Sur ces 4 mois de fonctionnement, il y a eu 3 gestes auto agressif (scarification, phlébotomie) et 4 gestes hétéro agressif (violence contre les autres patients, menaces, insultes contre les patients ou le personnel).

L'administration pénitentiaire a été sollicitée à 4 reprises sur un mode préventif. Dans ces 4 cas, les agents pénitentiaires ont été appelés pour prêter main forte. C'est-à-dire qu'ils intervenaient dans un but dissuasif, les interventions ayant été préparées en amont.

Dans deux situations, les agents pénitentiaires sont restés à proximité de la chambre du patient sans nécessité d'intervention. Les deux autres situations ont eu lieu suite à une agitation psycho motrice d'un patient.

De plus, la chambre d'isolement n'a été utilisée que trois fois. Dans deux situations, ce fut pour une durée de deux heures.

5.7 : Les sorties :

Il y a donc eu 36 sorties. Parmi celles-ci, deux patients ont bénéficié d'une levée d'écrou :

- Une levée « non programmée » (irresponsabilisation totale prononcée par le tribunal) qui a donné lieu à une hospitalisation en SDRE dans une unité d'entrée du CPN de Nancy en attente du transfert dans l'hôpital psychiatrique de rattachement.
- Une levée d'écrou « programmée » (fin de peine du patient-détenu). La sortie a pu être préparée avec l'hôpital de secteur afin d'assurer le transfert directement du patient à la levée d'écrou vers l'établissement de rattachement. L'hospitalisation s'est faite en SPI.

Les sorties de l'unité avec réintégration d'un établissement pénitentiaire concernent 95 % des patients sortant. Une très grande majorité des patients retourne dans l'établissement pénitentiaire d'origine. Seuls 8 % des patients changent de structure carcérale : 5 % pour bénéficier des soins dans un SMPR et 3 % pour des raisons judiciaires.

Enfin, un seul patient a dû être transféré dans une USIP dans l'attente d'une place en UMD.

Analyse de l'étude :

Nous venons de faire une étude sur les 4 premiers mois d'ouverture de l'UHSA de Nancy. Ces quatre mois ont été marqués par l'ouverture et la montée en charge progressive de la première unité depuis Mars 2012. La seconde unité, ouverte depuis Mai 2012, restait limitée à 10 places pour travaux. Nous pouvons donc faire un premier bilan de ces 4 mois de fonctionnement. Ce bilan doit rester humble, au vue du peu de recul que nous disposons et du fait que les deux unités ne fonctionnaient pas à plein lors de ces 4 mois.

Durant ces 4 mois, l'UHSA de Nancy a accueilli 61 patients, dont 4 femmes et aucun mineur. Ces patients sont en tout point comparable à la population pénale générale : majoritairement des hommes, jeunes, célibataires. Les situations socio-professionnelles, judiciaires et personnelles sont également complexes.

1.1 Provenance des patients :

La provenance géographique des patients est principalement lorraine, ce qui n'est pas étonnant. La région Lorraine comprend en effet les deux plus gros centres pénitentiaires de l'inter région de cette UHSA, dont celui de Metz où est installé le SMPR. Nous savons également qu'elle est la région la plus densément peuplée au niveau carcéral. Toutefois, l'UHSA joue son rôle inter régional : les patients de l'unité sont originaires de 15 établissements pénitentiaires.

Au niveau de l'activité du service, la montée en charge fut progressive pour se maintenir à un taux d'occupation aux environs de 90 %, comme d'ailleurs les UHSA de Toulouse et de Lyon. Au terme de l'étude, il n'y avait pas de liste d'attente pour hospitaliser un patient à l'UHSA de Nancy.

1.2 Admission dans le service :

Les patients sont majoritairement admis en soins libres et les hospitalisations sont programmées. Ceci est le signe d'une bonne communication entre les professionnels du secteur et de l'UHSA. Les indications d'hospitalisation dans cette dernière ont été bien comprises par les partenaires. Par ailleurs, comme dans les UHSA de Lyon et de Toulouse, les principaux motifs d'admission sont les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur et les avis thérapeutiques.

Les équipes de secteurs participent à l'amélioration de la prise en charge des patients en privilégiant les soins libres. Nous assistons à un changement d'attitude thérapeutique, avec notamment une préparation des hospitalisations à l'UHSA avec le patient. Ainsi la majorité des établissements a adressé des patients et bien que les procédures d'admission soient exigeantes en temps passé pour les professionnels, leur complexité a été rapidement appréhendée.

La recherche de consentement aux soins du patient permet des modalités de prises en charge plus faciles mais également des attitudes thérapeutiques différentes. Cette coopération est le fruit de nombreux appels entre les médecins de l'UHSA et des UCSA ou DSP permettant les échanges cliniques. Ainsi les conseils et l'élaboration de conduites à tenir permettent un changement thérapeutique sans qu'il y est nécessairement besoin d'hospitalisation à l'UHSA.

Une réunion avec les partenaires des UCSA, DSP et SMPR de l'inter région de l'UHSA a eu lieu pour discuter de certains problèmes rencontrés et envisager les pistes à modifier. Il en ressort des modifications minimales à la marge qui devront être envisagés mais l'ensemble des partenaires sont satisfaits du fonctionnement.

La lourdeur des procédures administratives est à souligner. Comme nous l'avons dit les procédures d'admission sont exigeantes et chronophage pour les professionnels de santé. Ceci n'est pas sans poser quelques problèmes. En effet, un patient de la maison d'arrêt d'Epinal n'a pu être hospitalisé que 48 heures après l'accord d'admission par les médecins par ces problèmes administratifs, entre les différents ARS, préfecture...

Il y a bien évidemment quelques cas sporadiques ne correspondant pas aux critères d'admissions. C'est le cas de ce patient qui n'est resté que trois jours dans l'unité. Il s'agissait d'un trouble de la personnalité proférant des menaces auto agressives dans un contexte d'intolérance à la frustration. Ce patient connu par ailleurs des services du SMPR a pu retourner en détention rapidement.

Il y a également certains acteurs de santé, notamment des médecins urgentistes, qui n'ont pas intégré le fonctionnement de l'UHSA. Leurs demandes de consultation en urgences, alors même qu'ils sont éloignés de plusieurs centaines de kilomètres, n'étaient pas adaptées. De plus leurs refus de faire les certificats nécessaires indiquaient une certaine incompréhension. Ces cas sont tout de même assez rares.

1.3 : Prise en charge des patients, gestion de la crise :

L'étude indique que les équipes de l'UHSA de Nancy ont accueilli des patients le plus souvent en décompensation psychotique délirante ou présentant des troubles du comportement. Les diagnostics principaux retrouvés sont les pathologies schizophréniques, les troubles de l'humeur et les troubles de la personnalité.

Dans les unités de l'UHSA, les patients présentaient souvent des pathologies psychotiques lourdes nécessitant l'emploi de plusieurs classes pharmacothérapeutiques et des activités thérapeutiques. Toutefois, ces prises en charges sont comparables à ceux du secteur

général de psychiatrie et l'exercice dans les UHSA est également superposable à celui d'un service de droit commun.

Par ailleurs, la faible utilisation de la chambre d'isolement et du recours aux surveillants pénitentiaires pourraient être des preuves d'un fonctionnement cohérent entre les soignants, mais également avec l'administration pénitentiaire. Les locaux sont apaisants et les équipes à l'écoute des patients. Pour exemple, l'unité a admis un patient qui présentait des troubles du comportement hétéro agressif violent envers les agents pénitentiaires et les gradés de l'établissement où il était incarcéré. Il a été hospitalisé dans un service de psychiatrie classique où ils ont eu recours à la chambre d'isolement pour ce patient. Arrivé dans notre service, ce patient a été mis en chambre classique. Il n'a jamais été violent dans le service pendant toute son hospitalisation. Le peu de passage à l'acte dans l'unité témoigne de la qualité du dispositif.

La durée moyenne de séjour (DMS) se situe autour de 35 jours. Toutefois, ce chiffre est à relativiser car il s'agit d'une durée moyenne de séjour durant une période de montée en charge, avec l'ouverture successivement d'une unité puis de 10 lits de la deuxième unité. Cette DMS pourrait augmenter dans les mois prochains, comme cela est le cas dans les unités de Lyon et de Toulouse, du fait notamment des personnes en attente d'une irresponsabilisation pénale.

Si l'UHSA accueille principalement des hommes incarcérés, nous avons également admis dans l'unité des femmes détenues nécessitant des soins psychiatriques. La mixité, qui n'existe pas en détention, a été à l'origine de craintes pour les soignants comme pour les agents pénitentiaires. Pourtant, cette mixité n'a pas posé de problème particulier dans le service. Bien évidemment la surveillance des soignants autour des patientes a été renforcée, aucune patiente n'est vraiment seule avec un patient. Il est même apparu un certain bénéfice pour les patients des deux sexes, avec notamment une diminution de l'appréhension par rapport à l'autre sexe.

Il est à noter que pour le Centre Psychothérapique de Nancy, durant ces 4 premiers mois de fonctionnement, le nombre d'hospitalisation de détenus dans les services classiques en SDRE selon l'article D398 du code pénal a fortement diminué et s'est réduit à quelques cas rares, souvent car l'UHSA n'avait pas de place disponible. Malheureusement nous ne disposons pas d'information par rapport aux autres services de psychiatrie de la région. Il n'y a pas eu par ailleurs de demande d'hospitalisation de leur part.

Par contre, dans la région de l'UHSA de Lyon, il n'y a pas eu de réelle diminution du nombre d'hospitalisation sous contrainte de détenus dans les services de psychiatrie générale.

1.4 : Les soins somatiques :

Les soins somatiques des patients de l'UHSA de Nancy sont importants en termes de quantité. Après concertations des médecins somatiques et du chirurgien-dentiste intervenant dans l'unité, toutes les demandes de consultation faites étaient justifiées. C'est également le cas de l'unité de Toulouse où les patients ont un besoin de soins somatiques importants. Nous pouvons émettre l'idée que les prises en charge somatiques sont redevenues possible à l'UHSA car les pathologies psychiatriques sont traitées, les patients sont stabilisés et dès lors acceptent les soins somatiques refusés dans les établissements pénitentiaires.

1.5 : Coopération avec l'administration pénitentiaire :

Les interventions pénitentiaires dans l'unité ont, pour le moment, été programmées, organisées en amont. Ils avaient une visée dissuasive qui fonctionne sans avoir eu à employer la force.

Nous bénéficions à l'UHSA de Nancy d'une coopération entre les équipes soignantes et pénitentiaires que nous pouvons juger de bonne qualité, avec une communication quotidienne entre les deux institutions. En effet, il existe une bonne cohésion favorisant un partenariat privilégié. Des efforts de communication restent à fournir avec notamment des informations et explications parfois de certaines décisions, comme pour les transferts ou la gestion des cantines par exemple. Mais les équipes soignantes n'ont pas eu à déplorer de pressions de l'administration pénitentiaire ou d'ingérence dans les prises en charge.

Par ailleurs, lors des transferts, le travail d'équipe entre soignants et surveillants permet une cohérence dans la prise en charge du patient et le respect de la primauté du soin dans le respect de l'application des règles pénitentiaires.

1.6 : Les sorties :

Enfin, il y a eu 32 sorties du service avec dans la plupart des cas une réintégration de l'établissement pénitentiaire d'origine. L'UHSA joue son rôle également dans l'orientation des patients à la sortie en fonction des besoins de soins des patients. Ainsi, 5 % des patients de l'UHSA de Nancy ont été transférés dans un des SMPR de l'inter région, notamment Metz, mais également Strasbourg ou Chalons.

Il reste toutefois un problème épineux des patients admis à l'UHSA et dont la levée d'écrou s'effectue pendant leur hospitalisation. La levée d'écrou rend impossible la poursuite de l'hospitalisation dans l'UHSA mais ne veut pas dire que le patient n'a plus besoin de soins ! Or l'ordonnance du juge de levée d'écrou n'est pas un arrêté d'hospitalisation et ne désigne pas le lieu de la poursuite des soins.

Il est important de signaler que c'est un problème général aux UHSA. L'unité de Lyon a ainsi eu à faire face en trois ans, mais avec un nombre de place dans la structure plus important, à 32 levées d'écrou dont la plupart a nécessité une poursuite de l'hospitalisation !

En conclusion, l'UHSA de Nancy est ouverte depuis le 5 Mars 2012. La montée en charge fut progressive. Toutefois, le service a atteint sa capacité maximale en moins d'un mois. Il s'agit de patients présentant plutôt des pathologies psychotiques et dont les tableaux initiaux étaient graves. Le fonctionnement depuis ces quatre premiers mois d'ouverture est satisfaisant avec des indices d'activité encourageant.

Ainsi plus de 60 % des patients sont hospitalisés en soins libres, ce qui est une véritable avancée pour les soins psychiatriques aux détenus. Ce taux élevé est en effet une information importante : un changement majeur dans la prise en charge des patients détenus qui jusqu'à présent ne pouvaient consentir aux soins.

La prise en charge médicale correspond au projet médical initialement prévu. Les protocoles qui ont été pensés en amont sont donc conformes à la réalité et n'ont que très peu évolué. De plus, cette prise en charge médicale est comparable à celle dispensée en secteur général.

Nous notons également une bonne coopération avec les UCSA et nos différents partenaires. Les motifs d'admissions sont cohérents et ces collaborateurs se disent plutôt satisfaits des prises en charges proposées par l'UHSA de Nancy. Le bilan de ces quatre premiers mois d'ouverture est donc positif.

Ainsi donc, l'ouverture de l'UHSA de Nancy a permis d'améliorer les prises en charges des patients détenus de l'inter région nécessitant une hospitalisation à temps plein. Dans l'ensemble, le fonctionnement est comparable à celui d'un service de secteur avec une DMS légèrement plus longue. Le soin au patient est au centre du projet médical et du fonctionnement de l'unité.

Les UHSA en devenir : (40)

3.1 Marseille :

Il s'agira d'une structure de 60 places réparties en trois unités. Elle couvrira 10 établissements pénitentiaires sur dix départements de l'ouest de la région PACA. Cette UHSA devrait ouvrir au dernier trimestre 2014.

3.2 Cadillac :

L'UHSA de Cadillac sera composée de deux unités de 20 lits. Elle couvrira trois régions dont le Poitou Charentes, le Limousin et l'Aquitaine. La mise à disposition des bâtiments, qui seront contigus à ceux de l'UMD de Cadillac, se ferait normalement en décembre 2014.

3.3 Lille :

La structure lilloise comprendra 3 unités de 20 lits chacune réparties ainsi : une unité pour les soins libres, une unité pour les soins sous contrainte et une unité de soin intensif. Elle couvrira la population pénale du Nord Pas de Calais, de la Picardie et de la Haute Normandie.

La particularité de l'UHSA de Lille est de n'être pas rattachée à un centre hospitalier spécialisé mais à un centre hospitalier régional et universitaire.

Les travaux ont débuté en décembre 2011. La première unité devrait ouvrir en mai 2013, la deuxième en septembre 2013 et la troisième en décembre 2013.

3.4 Rennes :

Cette structure pourra accueillir 40 patients, hommes, femmes et mineurs, dans deux unités de 20 places chacune. La population pénale qui dépendra de cette UHSA est répartie sur 3 régions : la Basse Normandie (4 établissements pénitentiaires), le Bretagne (7 établissements) et les Pays de la Loire (8 établissements).

En septembre 2012, il y a aura la mise en place des groupes de travail pour assurer l'ouverture de la première unité en juin 2013 et de la deuxième en septembre 2013.

3.5 Orléans :

Cette structure ouvrirait au 1er trimestre 2013. Il s'agit d'une UHSA d'une capacité de 40 lits sur deux unités. La population pénale couverte se répartit sur les régions Centre, une partie de la Bourgogne et une partie de l'Aube soit 3 364 détenus sur 9 départements.

3.6 Villejuif :

L'UHSA de Villejuif aura une capacité de 60 lits, répartis en 3 unités, pour une population pénale de 13 000 détenus et 13 établissements pénitentiaires. Le projet médical prévoit deux unités d'entrées et de crise et une unité de stabilisation.

L'ouverture est prévue pour la première unité en février 2013, puis en avril et en juin pour les deux autres unités.

DISCUSSION :

Les UHSA ont été conçues pour améliorer le dispositif de soins psychiatriques aux personnes détenues. Les volontés publiques étaient de permettre ainsi aux patients-détenus de bénéficier de soins psychiatriques équivalents à la population générale, notamment en ce qui concerne les hospitalisations à temps pleins des détenus qui souffraient, comme nous l'avons déjà noté, de certaines difficultés. C'est dans ce contexte, où plusieurs rapports alarmant sur les conditions d'hospitalisation dans les services de psychiatrie générale des patients détenus, que le texte de loi crée les UHSA. L'unité de Nancy est la troisième unité à ouvrir en France. Nous venons d'en faire une première étude.

Ces considérations amènent à penser que le fonctionnement des UHSA semble être une avancée majeure pour la prise en charge des patients-détenus. Cette prise en charge est plus étoffée, se calquant sur le modèle de soins psychiatriques de la population générale. Les patients détenus peuvent ainsi bénéficier de consultations, d'accueil thérapeutique à temps partiel, d'hospitalisations de jour et maintenant d'hospitalisations à temps plein en soins libres à l'UHSA de Nancy.

L'UHSA, de Nancy notamment, joue à plein son rôle inter régional, accueillant des patients d'une majorité du secteur et participant à des activités d'information auprès de ces partenaires de l'inter région. Mais les démarches administratives sont lourdes et chronophages pour les équipes psychiatriques en milieu pénitentiaire, pour les soignants de l'UHSA et surtout pour le patient en souffrance.

Tous les intervenants des UHSA ouvertes font état de l'engagement des soignants de ces structures, accueillant par ailleurs une population en souffrance, difficile et demandeuse. Les objectifs de soins, la qualité de ces mêmes soins, sont assurés et participent à l'amélioration du dispositif du soin psychiatrique en milieu pénitentiaire existant.

Toutefois, certains aménagements sont nécessaires pour que le dispositif de soins psychiatriques aux détenus soit encore plus efficient.

Les UHSA doivent être envisagées comme un complément du système existant, renforçant le niveau 3 de prise en charge psychiatrique des détenus, permettant une hospitalisation à temps plein en soins libres ou sans consentement. Tous les intervenants du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire sont conscients de la nécessaire articulation avec les niveaux 1 et 2 de ce même dispositif de soins psychiatriques pour que fonctionne correctement le niveau 3.

En effet, les UHSA n'apportent qu'une réponse partielle à un problème de santé publique en détention. Elles permettent une amélioration dans la prise en charge psychiatrique, des évaluations et orientations diagnostiques et thérapeutiques, lors des hospitalisations. Mais les patients retourneront dans la majorité des cas en détention. Les soins doivent se poursuivre pour éviter une nouvelle décompensation psychiatrique. Ce projet de retour peut par ailleurs être un axe de travail et être amélioré entre les UHSA et ses différents partenaires.

Ainsi, les soignants de l'UHSA de Nancy sont régulièrement en relation avec les soignants des SMPR de Metz, de Strasbourg et de Châlons. Ces trois SMPR sont essentiels pour permettre le retour de certains patients nécessitant après l'hospitalisation à temps plein une prise en charge de jour. De même, les liens entre soignants de l'UHSA de Nancy avec les équipes psychiatriques des DSP périphériques sont nécessaires et assurent une continuité primordiale dans le soin.

De plus, ce sont les DSP et SMPR qui assurent les consultations des arrivants, font les premiers suivis psychiatriques et permettent les prises en charges pour un large public. Les UHSA ne concerneront alors qu'une population « restreinte », pour laquelle les hospitalisations à temps plein n'étaient pas faites dans les meilleures conditions.

Ces UHSA n'ont pourtant ni d'intérêt ni d'avantage à voir disparaître l'hospitalisation des détenus en secteur général comme le prévoyait au départ le texte de loi. Les prises en charges sont lourdes, et les pathologies sont difficiles, nécessitant un temps d'hospitalisation long. C'est le cas notamment des patients en attente d'une irresponsabilisation pénale. La poursuite de la possibilité d'hospitaliser dans le secteur des patients-détenus nous paraît nécessaire à maintenir. Il existe en effet un risque de liste d'attente pour les admissions en UHSA comme pour les UMD.

Ainsi les soignants des UHSA en fonctionnement ont alertés les administrations sanitaires et pénitentiaires lors des journées des UHSA au ministère de la Santé fin juin 2012. Ils ont expliqué la nécessité de renforcer les soins psychiatriques dans les secteurs généraux pour accomplir leurs missions. Les UHSA ne peuvent fonctionner qu'en collaboration avec les deux premiers niveaux et avec le secteur général.

Cette collaboration avec le secteur général devra bénéficier d'aménagement car il faut organiser le relais sanitaire assurant a minima au patient de ne pas souffrir d'une nouvelle décompensation psychiatrique. La nécessaire articulation entre le sanitaire, le médico-social du milieu extérieur et le judiciaire permettra d'améliorer la prise en charge des patients. Nous pouvons espérer éviter un certain clivage entre ces différents secteurs de psychiatrie, nous faisant perdre de vue un certain nombre de patient qui décompensent alors, commettant des actes médico légaux. De plus, le secteur de psychiatrie voit apparaître de nouvelles missions avec les obligations de soins par exemple au sortir de l'incarcération.

Cette articulation aura besoin de dépasser certains malentendus et se baser alors sur des principes de bases : le secret professionnel médical, le consentement du patient, la distinction entre les dangers criminologiques et psychiatriques. Enfin, chacun devra accepter que le risque zéro n'existe pas et que la prédictivité est difficile. (61)

Ainsi Lamothe précise que « *l'UHSA n'a rien d'une réponse universelle ou ultime aux plaintes psychiatriques de la population pénale mais elle est un élément capital d'une palette de plus en plus riche des capacités de la psychiatrie publique avec une valeur symbolique* ». (45)

Par ailleurs, il existe une crainte partagée par un certain nombre des partenaires du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire mais également par les soignants des secteurs de psychiatrie. Ce serait la création, à travers les UHSA, d'une « *filière ségrégative* » (60), ultra spécialisée mais également discriminante.

L'UHSA de Nancy apporte des solutions pour des prises en charge difficiles d'une population, carcérale, particulière. La pensée populaire pourrait croire que les UHSA créent une voie de soins à part de la psychiatrie générale, pour une population à part. Cela sous-tend une sur spécialité qui n'existe pas. Elle n'existe pas car la psychiatrie en milieu pénitentiaire n'est pas une sur spécialité, comme la pédopsychiatrie, diplômée par un DESC. Il s'agit d'un exercice, certes particulier, de la psychiatrie générale.

C'est ainsi que les protocoles de soins du CPN de Nancy sont les mêmes pour l'UHSA, avec certaines adaptations. Les internes de gardes, de première intention, pour l'ensemble du CPN interviennent également à l'UHSA si besoin. Il en va de même pour les dentistes et les médecins spécialistes.

La pratique quotidienne démontre donc que les soins psychiatriques en milieu pénitentiaire sont possibles. Mais ils n'ont de sens que s'ils sont articulés avec le secteur général. (61)

De plus nous pouvons craindre que cette « filière ségrégative », avec son arsenal de soins, pourrait favoriser une criminalisation des troubles mentaux. L'alternative à l'hospitalisation serait la prison. Ce serait « *un déni de folie et une déstructuration de la psychiatrie* ». (60)

L'UHSA ne répond en aucun cas « *à l'éradication de la psychiatrie en prison ni au contrôle sociale de la dangerosité* » (45). Ainsi, Pierre Lamothe justifie-t-il la création des UHSA pour tenter d' « *éliminer la souffrance* » psychiatrique des détenus.

Il y a également un constat à faire en lien avec la situation décrite. Nous avons vu, pour l'UHSA de Nancy, comme de Lyon et Toulouse, la part importante de patients hospitalisés, en attente de décision d'irresponsabilisation. Il s'agit de patients présentant majoritairement des troubles psychotiques chroniques graves, rendant leur maintien en détention plus que difficile et aléatoire.

Il y aurait donc un possible travail à envisager quant à la réhabilitation de l'irresponsabilisation pénale partielle et notamment aux expertises. En effet, l'expert doit établir que l'infraction en cause est directement et exclusivement en relation avec un état mental pathologique. Or depuis quelques années nous assistons à une diminution du nombre d'irresponsabilisations pénales totales au profit de l'irresponsabilisation partielle, augmentant de façon significative la durée de la peine de ces détenus.

La place de la victime dans notre pays est de plus en plus importante, ce qui entraîne une pression sociale forte sur les experts. Cette pression sociale s'est accentuée avec la loi du 25 février 2008 qui réforme l'ordonnance de non-lieu. En effet, les juges devront prononcer une déclaration d'irresponsabilité pénale à l'issue d'une audience qui pourra être publique. C'est-à-dire que le juge et l'expert devront « *affronter le regard des victimes et celles de leur famille* » (37). Bien évidemment, la place de la victime est primordiale et ce changement sociétal est un tournant majeur pour la prise en charge des victimes. Mais cela ne doit pas empêcher une justice équitable.

De plus, le nombre d'irresponsabilisations totales a diminué sur ces dernières décennies. Senon cite plusieurs raisons à cela : l'évolution de l'évaluation des faits par rapport aux années 1960, l'évolution psychothérapique avec la responsabilisation du malade dans la prise en charge, la pratique expertale qui prend en compte la désinstitutionnalisation de la psychiatrie publique... (75, 76)

Zagury rapporte (83) la baisse de l'irresponsabilité à la modification de la représentation collective du délinquant criminel, au poids des victimes, au besoin de justice. Il le rapporte également à l'abrogation de la peine de mort, à la crise du sens de la peine et aux effets de la politique de secteur.

Enfin, la justice n'ordonne une expertise psychiatrique que dans les affaires criminelles et non obligatoirement dans les affaires correctionnelles. Qui plus est, ces affaires sont pour certains jugées en comparution immédiate donc sans délai. L'expertise ne peut pas être demandée. (7)

Ceci participe en partie à l'augmentation des détenus souffrant de troubles psychiatriques en détention. A cela, les soignants des structures UHSA attirent l'attention par rapport à la vision des UHSA par certains experts. La crainte commune est un impact négatif

sur l'irresponsabilisation totale, l'UHSA pouvant être compris par les magistrats et la population générale comme un lieu de soin « sûr » pour ces détenus !

Nous rencontrerions alors un problème majeur de saturation de ces unités par des patients soit en attente d'irresponsabilisation soit jugé partiellement responsable mais dont nous savons que le maintien en détention est difficile. Ainsi, l'unité de Lyon est en attente d'irresponsabilisation pénale pour 7 de ses patients. L'UHSA de Nancy a accueilli un patient qui n'a jamais été incarcéré, hospitalisé depuis sa garde à vue pendant un an en service de secteur, puis transféré à l'ouverture de l'unité de Nancy. Ce patient reste en attente d'une décision quant à une irresponsabilisation.

Il serait intéressant d'étudier l'impact qu'a pu avoir l'ouverture des UHSA sur les décisions judiciaires dans les dossiers où le mis en examen, et reconnu responsable partiellement ou totalement, présente des troubles psychiatriques. Y a-t-il une orientation privilégiée vers les établissements pénitentiaires de proximité des UHSA ? Y a-t-il augmentation des personnes reconnues irresponsables partiellement adressées ensuite aux UHSA ?

Qui plus est, ces détenus souffrant de troubles mentaux, ont été reconnu parfois malades lors de leur jugement, voire déclarés irresponsables partiellement de leurs actes. Cependant ils ont été jugés et condamnés. Ces détenus sont, une fois incarcérés, reconnus incapables de consentir aux soins qui leurs sont pourtant nécessaire. Parfois même, leur maintien en détention est jugé impossible ! (8) Nous avons alors à faire à un paradoxe qui pose au niveau éthique une problématique majeure. L'UHSA pourrait légitimer leurs incarcérations et leurs hospitalisations dans le même temps ! Y aurait-il un risque d'augmenter plus encore le nombre de détenus souffrant des troubles psychiatriques en détention ? Chabannes parle alors d'instrumentalisation de la psychiatrie. (10) Ces détenus sont « *trop malade pour rester en détention mais pas assez pour être déclaré irresponsable* ». (22)

Il existe alors un risque de diminuer le nombre d'irresponsabilisations pénales. Ainsi les détenus-patients seraient condamnés et donc pris en charges par les UHSA, considérées alors comme des « hôpitaux-prisons », et non dans le secteur général.

Ainsi, pour limiter le risque de certaines dérives décrites précédemment, la formation des professionnels est nécessaire.

La plupart des psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire sont sensibilisés à ces questions éthiques et expertales. Ces structures et notamment les UHSA peuvent par ailleurs être un lieu d'apprentissage de la psychiatrie en milieu pénitentiaire mais également de la psychiatrie légale et expertale.

Elles ont une vocation inter régionale de formation et d'information. Elles sont le lieu de stage pour les internes de spécialité et de médecine générale, pour les élèves infirmiers... Ces UHSA pourront également à terme former des médecins désireux de se familiariser avec la psychiatrie légale dans le cadre notamment de la formation médicale continue par exemple.

Les missions des psychiatres en milieu pénitentiaire ne cessent de s'accroître, rendant le travail toujours plus intéressant mais également plus complexes. Les différentes prises en charges, et notamment des délinquants sexuels, les expertises pré sentencielles, en correctionnel ou aux assises, post sentencielles, le rôle de médecin psychiatre coordinateur, sont autant de missions que le psychiatre, interne ou en poste, doit apprendre ou se perfectionner. Ainsi il existe des Diplômes Universitaires de psychiatrie légale, pour apprendre à réaliser des expertises psychiatriques... notamment le DU de psychiatrie légale du Pr Kahn à Nancy, celui du Pr Senon à Poitiers.

Ces structures peuvent également permettre des travaux de recherches sur la criminologie ou les différents passages à l'acte psychiatriques, les intrications entre les pathologies et les crimes. Nous pouvons ainsi mentionner que l'UHSA de Lille est universitaire, rattachée au CHU de Lille et dont le chef de service est le Pr Thomas avec des projets de recherches scientifiques.

Dès l'ouverture de l'UHSA de Nancy, l'unité a accueilli des internes. Elle devrait également former les étudiants en soins infirmiers. Les psychiatres de l'UHSA de Nancy participent régulièrement à des formations et à des journées d'informations des partenaires du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire mais également du secteur général.

Les soins dispensés dans ces unités auprès des patients détenus sont de grandes qualités et permettent des améliorations cliniques intéressantes. Les patients hospitalisés dans ces unités rapportent en entretien un sentiment de ne pas être considérés comme des détenus mais comme des personnes à part entière. Malgré des patients en grande souffrance, avec parfois des pathologies psychiatriques lourdes demandant des prises en charges intenses, il est intéressant de constater le faible nombre d'intervention des agents pénitentiaires dans les unités. Le faible recours à la violence est un bon indicateur du bon fonctionnement du service.

L'amélioration des conditions d'hospitalisation de ces patients est considérable et participe également au bon déroulement des séjours des patients. Les salles d'activités, les espaces de vie des patients, l'ensemble des lieux de soins sont respectés par les patients, et signent une certaine dignité retrouvée.

CONCLUSION :

Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, l'évolution de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, et avec elle les soins psychiatriques apportés aux personnes détenues, est extraordinaire. De la tutelle judiciaire à la tutelle sanitaire, les soins psychiatriques se sont généralisés à l'ensemble de la population pénale, à l'ensemble des établissements pénitentiaires. La généralisation des SMPR dans les suites des CMPR et la création des DSP dans les UCSA mettent les soignants et le soin au centre des projets médicaux. Le détenu-patient peut alors être au centre des projets thérapeutiques.

De plus ces soins se font dans le plus grand respect des lois et de l'éthique médical. Assurant aux détenus-patients la confidentialité, le secret médical et notre indépendance vis-à-vis de l'administration pénitentiaire, nous permettons alors une prise en charge psychiatrique de qualité. Il est à souligner l'envie et la motivation des équipes psychiatriques que nous avons pu rencontrer lors de nos différents stages. Ces équipes ne diffèrent en rien, qu'elles exercent en milieu pénitentiaire ou en milieu libre. Nous rencontrons dans les établissements pénitentiaires des équipes éprouvés par le milieu carcéral, avec des difficultés professionnelles, mais qui aimaient et aiment encore leur travail. Ces équipes travaillent avec une générosité qui leur fait honneur.

Mais cette prise en charge, déjà opérante, souffrait de carences certaines, notamment pour ce qui est de l'hospitalisation psychiatrique à temps plein : durée moyenne de séjour relativement inférieure à celle de la population générale, sur utilisation des chambres d'isolement, sans motif médical parfois.

La création de l'UHSA avait pour objectif initial de combler ce manque et de pouvoir en tout point faire un parallèle entre la prise en charge psychiatrique de secteur du citoyen

lambda et celle des personnes détenues. Cette vision humaniste est le résultat de discussions nombreuses et parfois tendues entre les différents acteurs sanitaires et pénitentiaires.

Nous pouvons apercevoir l'utilité de ces unités d'hospitalisation des détenus à travers la courte étude que nous avons réalisée mais qui est corroborée par les rencontres faites auprès des unités de Lyon et Toulouse. Dans une bonne entente avec l'administration pénitentiaire, partenaire obligatoire mais qui a su collaborer avec le milieu sanitaire, les soins psychiatriques répondent à des besoins en termes de moyens humains et matériels qui faisaient jusqu'à présent défaut. Les DSP et SMPR fonctionnaient très bien et assuraient la quasi-totalité des soins psychiatriques aux détenus avec de bons résultats. Mais certains patients qui nécessitaient une hospitalisation à temps plein ou demandaient une observation renforcée mettaient à mal cette organisation des soins.

En fait, les UHSA ne sont pas et ne doivent pas devenir un élément essentiel, princeps de la prise en charge psychiatrique des patients-détenus. Ils ne sont pas l'unique recours ni le cerveau de la psychiatrie en milieu pénitentiaire. Ces unités doivent être un maillon de plus, tellement nécessaire, à un système de soins psychiatriques en milieu carcéral qui présentait quelques difficultés. Ils ne seront véritablement opérant et aidant que si les dispositifs de soins psychiatriques en milieu carcéral et les SMPR ont suffisamment de moyens, humains et matériels, pour fonctionner correctement.

Nous pouvons même élargir cette requête. Les UHSA ne seront véritablement opérant que si la psychiatrie générale, en milieu « libre », est renforcée. Comme le souligne Monsieur Lamothe : « *tout détenu est condamné un jour à sortir* ».

Ce sont les services de psychiatrie générale, de secteur, qui devront à leur tour les prendre en charge. Par ailleurs dans nos patients de secteur, savons-nous réellement qui a fait ou fera de la prison. Une meilleure articulation entre la psychiatrie générale et la psychiatrie en milieu pénitentiaire permettra de déstigmatiser les personnes emprisonnées.

L'UHSA de Nancy permet déjà une amélioration dans les prises en charges des hospitalisations psychiatriques des détenus avec deux tiers d'admissions en soins libres. Elle s'est implantée dans le paysage sanitaire locale, régionale et inter régionale, avec notamment une bonne coopération entre les UCSA, les DSP et les SMPR de son secteur. Les dix derniers lits de la deuxième unité sont ouverts depuis peu. Il sera intéressant de constater l'évolution à moyen et long terme des motifs d'admission mais également des durées moyennes de séjours. Toutefois, le premier bilan de l'UHSA de Nancy est plus que positif.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALBRAND L. La prévention du suicide en milieu carcéral. www.ladocumentationfrancaise.fr.
2. BAILLARGER MJ. Note sur les causes de la fréquence de la folie chez les prisonniers. Annales Médico Psychologiques. 1844, 4, 74-80.
3. BARON-LAFORET S, BRAHMY B. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie, 37-953-A-10, 1998, 9p.
4. BASSE F, BASSE E, MULLER C. La maison centrale sanitaire de Metz. Soins Psychiatriques. N°116-117, p38-41, 1990.
5. BELONCLE M, DEMEILLER T, GARNIER G et al. L'hospitalisation psychiatrique des patients détenus : historique, enjeux et perspectives. L'Information Psychiatrique. 2004, 80, p281-4.
6. BLAAUW E, ROESCH R, KERKHOF A. Mental disorders in European prison systems of 13 European countries. Intern J Law Psychiatry 2000 ; 23 : 649-63.
7. BRAHMY B. Psychiatrie et prison. Etudes, 2005/6 Tome 402, p751-760.
8. BRIVET I. Prise en charge psychiatrique des détenus en Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée (UHSA) : Prison médicalisée ou hôpital sécurisé. Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. 2009.

9. BRUSQUET A. Prise en charge des personnes détenues hospitalisées d'office. Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique. Rennes. 2001.
10. CHABANNES JM. Les unités d'hospitalisations spécialement aménagées (UHSA), ou le résultat d'un divorce malheureux. L'Information Psychiatrique. 2004; 80, 4 : 291-4.
11. CHODORGE G, NICOLAS G. Haut comité de la Santé Publique. Santé en milieu carcéral. Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus. Janvier 1993. 85p.
12. Code de l'Hôpital Général de Paris. Paris, Vve Thiboust. 1786. www.gallica.bnf.fr.
13. COLDEFY M. La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003. Etudes et résultats, DREES, n°427, septembre 2005.
14. COLDEFY M, FAURE P, PRIETO N. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico psychologiques régionaux. Etudes et Résultats, DREES, 2002, n° 181.
15. DILIGENT MB. Histoire de la psychiatrie en Lorraine. www.professeurs-medecine-nancy.fr.
16. Direction de l'Administration Pénitentiaire. Chiffres clés au 1^{er} janvier 2011. www.justice.gouv.fr.
17. Direction du Centre Psychothérapique de Nancy. Chiffres clés de l'année 2010. www.cpn-laxou.fr

18. DAUVER B. Eléments statistiques descriptif concernant une population de 400 détenus au centre pénitentiaire de Caen. Forensic ; 2002 ; 10 : 15-21.
19. DAVID M. La place des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) dans le dispositif de soins aux détenus : leur application en Guadeloupe. L'Information Psychiatrique : 2004 ; 80 :295-301.
20. DOULAT F. La prison et son architecture de la France rurale à celle des grands ensembles. Doctorat en Histoire de l'art. www.prison.eu.org.
21. DUBRET G. La prison, ultime institution psychiatrique pour soigner et punir ? Information Psychiatrique. 2006 ; 86 : 663-8.
22. DUBRET G. UHSA : un formidable effort dans la mauvaise direction. Information Psychiatrique. 2008 ; 86, 6 :543-50.
23. FAZEL S, DANESH J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet, 2002, 359.
24. FOUCAULT Michel. Histoire de la Folie à l'âge classique. Paris : Tel Gallimard, 2012.
25. FOUCAULT Michel. Surveiller et punir. Edition Tel Gallimard, 2012.

26. GASTONE R. Etude médico-sociale des femmes incarcérées à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis en 2000 et 2001. Santé Publique. 2003/2 ; 15 : 133-159. DOI : 10.3917/spub.032.0133.
27. GRAVIER B. Soins et milieu carcéral : une rencontre toujours difficile. Perspectives psychiatriques. 1999 ; 38 ; 2 : 100-107.
28. GRAVIER B. Le psychiatre, le juge et la peine. Annales Médico Psychologiques. 2004, 162, 676-681.
29. GUELFY JD, ROUILLON F. Manuel de psychiatrie. 1^{ère} édition. Paris : Elsevier Masson, 2008.
30. Guide Méthodologique de la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Ministère de la Santé, Ministère de la Justice. Septembre 2004.
31. Guide Méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous mains de justice. A paraître.
32. GUILLONNEAU M. Suicides en détention et infractions pénales. Cahiers de démographie pénitentiaire. www.justice.gouv.fr. 2002 ; 12 : 4p.
33. GUNN J. Future directions for treatment in forensic psychiatry. Br J Psychiatry. 2000, 176:332-8.
34. HAZARD A. Baisse des suicides en prison depuis 2002. Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques. 2008 ; 22 : 8p.

35. HIVERT P. Centre Médico Psychologique Régional de Paris. Evolution d'une institution. Revue Pénitentiaire et de Droit Pénal. 1979 ; 1 : 121-127.
36. Institut National des Hautes Etudes de la Sécurité et de la Justice. Observatoire National de la Délinquance. www.inhesj.fr.
37. JEHANNO A. Création et mise en place d'une Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée (UHSA): vers une nouvelle organisation dans la prise en charge des détenus souffrant de troubles mentaux à travers l'exemple du Centre Hospitalier Guillaume Régnier de Rennes. Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. 2008.
38. JOLY Aristide. Du sort des aliénés en Normandie avant 1789. 237p.
39. JOUBERT C. La maison centrale de Gaillon. Master d'histoire contemporaine, Rennes. www.criminocorpus.cnrs.fr. 2010.
40. Journée des UHSA. Ministère de la Santé. Juin 2012.
41. JUAN F. Le dispositif de soin en santé mentale en milieu carcéral. -338p. thèse de médecine, Angers, 2005.
42. JUAN F. CHOCARD AS, DAVID M. Etat des lieux des services médico-psychologiques régionaux. Information Psychiatrique. 2005, 81, 7, 609-19.
43. KENSEY A. Dix ans d'évolution du nombre de personnes écrouées de 2000 à 2010. Cahiers d'étude pénitentiaires et criminologiques. 2010 ; 35 : 8p.

44. LABADIE JM. Psychologie du criminel. L'archipel. 2004.
45. LAMOTHE P. Les UHSA ne sont pas des alibis humanitaires. Les Cahiers Hospitaliers. 2010 : p29-30.
46. LAMOTHE P, BECACHE E, MEUNIER H. L'UHSA : un symbole et une avancée majeure. Gestions Hospitalières. 2011 ; 506 : 331-333.
47. LANTERI-LAURA G. Essais sur les paradigmes de la psychiatrie moderne. Paris : Editions du Temps ; 1998.
48. LE BIHAN P, PAGES C, NAUDET JB et al. Place des unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) dans le dispositif de soins. Annales Médico Psychologiques. 2009 ; 167 : 143-147.
49. LITRE Emile. Dictionnaire de Français. <http://litre.reverso.net/dictionnaire-francais/>. 2012.
50. MANZANERA C, SENON JL. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques. Annales Médico Psychologiques, 2004, 162, 686-699.
51. MATHIS D, HANON C, PASTOUR N et al. L'hospitalisation en psychiatrie des détenus : conditions et modalités, à propos d'une étude effectuée à l'infirmierie psychiatrique. L'Information Psychiatrique. 2004, 80, 4, 285-289.
52. MERMAZ L, FLOCH J. Commission d'enquête sur la situation des prisons françaises. Assemblée Nationale. 2000, 325p.

53. MICHEL L. Particularités de l'exercice médical en milieu pénitentiaire. Annales Médico Psychologique. 2006, 164 : 244-246.
54. Ministère de la Justice. Les femmes détenues. www.justice.gouv.fr. 2006.
55. MORON P. Le suicide en milieu pénitentiaire. Annales Médico Psychologiques. 2004; 162 : 8 : 672-675.
56. MOTIUK L, PORPORINO F. The prevalence, nature and severity of mental health problems among federal male inmates in Canadian penitentiaries. Ottawa: Research and Statistics Branch, Correctional Service, 1992.
57. MOUQUET MC, DUMONT M, BONNEVIE MC. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico psychologiques régionaux. Etudes et Résultats, DREES, n°181, 2002.
58. MOUQUET MC. La santé des personnes entrées en prison en 2003. Etudes et Résultats, DREES, 2005.
59. Olivan G. interventions psychiatriques et psychologiques dans les institutions pour mineurs détenus. Médecine, santé et prison, ouvrage collectif sous la direction de Bertrand D et Niveau G. Edition Médecine et Hygiène. 2006 :277-285.
60. PAULET C. Bilan et perspectives de l'organisation des soins psychiatriques aux personnes détenues, en particulier de l'hospitalisation. Information Psychiatrique, 2004, 80, 4, 307-312.

61. PAULET C. Devenir en milieu pénitentiaire des malades mentaux pour lesquels une altération du discernement est retenue par l'expert ou de ceux qui sont totalement responsabilisés. Colloque Audition publique Expertise Psychiatrique Pénale. Paris, 25 et 26 janvier 2007.
62. PIEL E, ROELANDT JL. De la psychiatrie vers la santé mentale. Rapport de mission. Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la Santé. 2001.
63. PINEL, P. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. 1809. www.gallica.fr
64. POSTEL Jacques. Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique. Paris : Larousse, 2011.
65. PRADIER P. La gestion de la santé dans les établissements du programme 13 000. Evaluations et perspectives. -111p. Ministère de la Justice. 1999.
66. PRIETO N, FAURE P. LA santé mentale des détenus entrants ou suivis dans les prisons françaises comportant un SMPR. L'Encéphale, 2004 ; 30 : 525-31.
67. Rapport relatif à l'évaluation de l'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues. IGASS, IGSJ, Paris, juin 2001.
68. Rapport du Sénat : Prisons : une humiliation pour la République. Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires de France. Sénat n°449, juin 2000.
69. RENNEVILLE M. Psychiatrie et prison : une histoire parallèle. Annales Médico Psychologiques, 2004, 164, 653-656.

70. ROESCH R. Mental health interventions in pretrial jails. In Davies G, Lloyd – Bostock S, eds. Psychology, law and criminal justice. Berlin: De Greuter, 1995: 520-31.
71. ROLLIN Estelle. Evolution des soins psychiatriques en milieu carcéral. -265p. Thèse de médecine, Nancy, 2008.
72. ROSE E. Lettre ouverte. Le Nouvel Observateur. Décembre 1971.
73. ROSSINELLI G. Hospitalisation des détenus : vers de nouvelles orientations. L'Information Psychiatrique. 2004 ; 80, 4 : 303-6.
74. ROUILLON F, DUBRUCQ A, FAGNANI F, FALISSARD B. Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison.
75. SENON JL. Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. Annales Médico Psychologiques, 2004, 162, 646-652.
76. SENON JL. Conclusion : dix ans après et un siècle et demi après Baillarger. Annales Médico Psychologique, 2004, 162, 8, 682-684.
77. SEVERDIJA L. Les conduites suicidaires en milieu carcéral : aspects cliniques et préventifs. -224p. Thèse de Médecine, Nancy, 2009.
78. TEPLIN L. Psychiatric and substance abuse disorders among male urban jail detainees. Am. J. Public Health. 1994 ; 84 :290-93.

79. TERRA JL. Prévention du suicide des personnes détenues. Rapport au garde des Sceaux, Ministre de la Justice et au ministre de la Santé. Décembre 2003.
80. THOMAS P, ADINS AVINEE C. Psychiatrie en milieu carcéral. Paris, Elsevier Masson. 2012.
81. TOURNIER PV. Démographie des lieux de privation de liberté. Observatoire Nationale des Prisons. Rapport 2009.
82. VERGER L. Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale de Nancy : l'hôpital des détenus. Techniques Hospitalières. 2010 ; 724 : 2p.
83. ZAGURY D. Les psychiatres sont-ils responsables de la raréfaction des non-lieux psychiatriques ? Journal français de psychiatrie. 2001/2 ; 13 : 14-17. DOI : 10.3917/jfp.013.0014.

Annexe :

LOI n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice (1)

TITRE V : DISPOSITIONS RELATIVES À L'AMÉLIORATION DU FONCTIONNEMENT ET DE LA SÉCURITÉ DES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES

- Chapitre II : Dispositions relatives à l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux

Article 48

I. - Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au titre Ier du livre II de la troisième partie, il est créé un chapitre IV intitulé : « Hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux » ;

2° Le chapitre IV devient le chapitre V et les articles L. 3214-1 à L. 3214-4 deviennent les articles L. 3215-1 à L. 3215-4 ;

3° Dans le nouveau chapitre IV, sont créés les articles L. 3214-1 à L. 3214-5 ainsi rédigés :

« Art. L. 3214-1. - 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.

« Art. L. 3214-2. - Sous réserve des restrictions rendues nécessaires par leur qualité de détenu ou, s'agissant des personnes hospitalisées sans leur consentement, par leur état de santé, les articles L. 3211-3, L. 3211-4, L. 3211-6, L. 3211-8, L. 3211-9 et L. 3211-12 sont applicables aux détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux.

« Lorsque le juge des libertés et de la détention ordonne, en application de l'article L. 3211-12, une sortie immédiate d'une personne détenue hospitalisée sans son consentement, cette sortie est notifiée sans délai à l'établissement pénitentiaire par le procureur de la République. Le retour en détention est organisé dans les conditions prévues par le décret en Conseil d'Etat visé à l'article L. 3214-5.

« Art. L. 3214-3. - Lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le préfet de police à Paris ou le représentant de l'Etat du département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son hospitalisation dans une unité spécialement aménagée d'un établissement de santé visée à l'article L. 3214-1.

« Le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.

« Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire.

« Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement

d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, au préfet de police, ainsi qu'à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5, un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement.
« Ces arrêtés sont inscrits sur le registre prévu au dernier alinéa de l'article L. 3213-1.
« Art. L. 3214-4. - La prolongation de l'hospitalisation sans son consentement d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans les conditions prévues aux articles L. 3213-3, L. 3213-4 et L. 3213-5.
« Art. L. 3214-5. - Les modalités de garde, d'escorte et de transport des détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

II. - Dans l'attente de la prise en charge par les unités hospitalières spécialement aménagées mentionnées à l'article L. 3214-1 du code de la santé publique, l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux continue d'être assurée par un service médico-psychologique régional ou un établissement de santé habilité dans les conditions prévues par les dispositions réglementaires prises sur le fondement des articles L. 6112-1 et L. 6112-9 du même code.

RESUME DE LA THESE :

La création de l'Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée de Nancy.

Après les lois de 1986 et 1994, respectivement pour la généralisation des SMPR et la création des DSP, la loi Perben I du 9 septembre 2002 dans son article 48 prévoit la création des UHSA. Ces unités devraient palier aux difficultés rencontrés par les patients souffrant de troubles psychiatriques en détention : difficultés de prise en charge parfois, mais surtout difficulté à l'hospitalisation à temps plein et en soins libres, ce qui n'était pas possible jusque-là. L'UHSA de Nancy est ouverte depuis le 5 Mars 2012. Cette unité composée de 40 places a accueilli 61 patients. En majorité ce sont des hommes, jeunes, célibataires, et présentant une pathologie psychotique chronique. La durée moyenne de séjour est de 35 jours, légèrement supérieure à celle des services psychiatriques de secteur. Toutefois, des patients en attente d'irresponsabilisation biaisent ces résultats en augmentant fortement la durée moyenne de séjour. Les UHSA participeraient donc bien à une amélioration de l'offre de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire. Il faut néanmoins rester prudent aux vues de la courte période d'étude et de la non certitude de l'ouverture des 19 UHSA comme il était initialement prévu.

Creation of a Unit of Hospitalization Specially Fitted of Nancy.

Thèse : Médecine Spécialisée - Année 2012

Mots clés : Psychiatrie, Prison, DSP, SMPR, UHSA, Troubles mentaux, Hôpital, CPN.

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
