



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2007 - 2009**

Date du Jury : **Décembre 2008**

**Création et mise en place d'une Unité Hospitalière
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**

Anais JEHANNO

Remerciements

Je tiens avant tout à adresser mes plus vifs remerciements à Monsieur Raynal, Directeur du Centre Hospitalier Guillaume Régnier, pour m'avoir confié au cours de mon stage des missions intéressantes et variées et plus particulièrement de m'avoir permis de participer activement au projet UHSA. Il m'a également fait profiter de sa compétence et de son expérience en la matière. Mes remerciements vont également à Monsieur Riou, Directeur Adjoint, qui m'a permis de suivre les étapes du projet architectural de l'UHSA.

Je remercie vivement l'ensemble de l'équipe de direction pour son accueil et son soutien, plus particulièrement Madame Cadiou ma maître de stage pour sa disponibilité et ses conseils avisés.

Je tiens à remercier également Madame Marquis, médecin inspecteur à la DRASS, d'avoir bien voulu encadrer ce mémoire et orienter ma réflexion. Elle m'a aidée dans mes recherches et prises de contact. Mes remerciements vont également à Monsieur Boisseau.

Je tiens à remercier la communauté médicale, particulièrement Madame le Docteur Henry, médecin chef de service du SMPR, et également le docteur Chateaux de l'UMD de Plouguernevel qui m'a ouvert les portes de sa structure et a fait preuve de disponibilité, le Professeur Le Gueut et le Docteur Abondo qui m'ont éclairé sur l'expertise médico-légale.

Enfin, je souhaite remercier Madame Berchot, cadre de santé du SMPR qui m'a apporté le point de vue des équipes soignantes.

L'aide, le soutien, la qualité des échanges avec tous les professionnels rencontrés qui ont partagé leur expérience et leur expertise ont contribué à l'enrichissement de ce travail.

Sommaire

Introduction	1
1 L'Etat des lieux : un dispositif de prise en charge psychiatrique des personnes détenues perfectible	3
1.1 Un contexte marqué par d'importants besoins en santé mentale des personnes détenues	3
1.1.1 Un constat épidémiologique préoccupant : une surmorbidity psychiatrique des détenus dans les structures pénitentiaires françaises	3
1.1.2 Une situation liée à des facteurs pluriels sanitaires et juridiques.....	8
1.2 Une offre de soins complexe répondant imparfaitement à l'ensemble des besoins	12
1.2.1 Rappel de l'organisation générale des soins psychiatriques aux détenus.....	12
1.2.2 Les limites de cette offre de soins.....	16
1.3 La prise en charge sanitaire des détenus souffrant de troubles psychiatriques en Bretagne.....	21
1.3.1 Données régionales.....	21
1.3.2 La prise en charge des détenus au CHGR.....	22
2 La mise en place des UHSA : une réponse novatrice visant à une meilleure organisation des soins pour les détenus souffrant de troubles mentaux à travers l'exemple du CHGR	25
2.1 Les UHSA : une disposition législative se déclinant à travers un programme national ambitieux.....	25
2.1.1 Les orientations générales des UHSA	25
2.1.2 Mise en place du programme UHSA	28
2.1.3 Organisation générale et fonctionnement.....	31
2.2 Stratégie organisationnelle et mise en place opérationnelle d'une UHSA au CHGR	33
2.2.1 une démarche projet interrégional et pluridisciplinaire.....	33
2.2.2 Le projet médical.....	35
2.2.3 Le projet architectural	39

2.3	Analyse de la mise en place de l'UHSA.....	43
2.3.1	Atouts du projet	43
2.3.2	Les difficultés rencontrées.....	45
3	Les préconisations : rôles et missions d'un directeur d'hôpital afin que l'UHSA devienne un véritable outil d'organisation pour l'hôpital public dans la prise en charge psychiatrique des détenus	49
3.1	Une fonction d'organisateur : la nécessité d'établir un parcours de soins clairement identifié.....	49
3.1.1	Articulation de l'UHSA avec les autres structures	49
3.1.2	La nécessité de redéfinir les missions du SMPR	50
3.1.3	La gestion de la transition.....	52
3.2	Une fonction managériale : la conduite du projet en interne.....	54
3.2.1	L'adhésion du corps médical	54
3.2.2	Une démarche projet permanente.....	55
3.3	Un rôle prospectif.....	57
3.3.1	la nécessité de prévoir le recrutement.....	57
3.3.2	l'évaluation financière	58
3.3.3	La problématique des transports	59
	Conclusion	61
	Bibliographie.....	63
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAPC	Avis d'Appel Public à la Concurrence
A.D.E.S.M	Association des Etablissements gérant des Secteurs de Santé Mentale
A.N.A.E.S	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
APS	Avant –Projet Sommaire
APD	Avant –Projet Détaillé
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
CA	Conseil d'Administration
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiels
CHS	Centre hospitalier Spécialisé
CHGR	Centre hospitalier Guillaume Régnier
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMP	Centre Médico Psychologique
CPP	Code de Procédure Pénale
DDASS	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRESS	Direction de la recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
DRSP	Direction des services Pénitentiaires
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
HAS	Haute Autorité de Santé
HDT	Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
HO	Hospitalisation d'Office
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sanitaires et Sociales
MOP	Maîtrise d'Ouvrage Public
PTD	Programme Technique Détaillé
SDO	Surface Dans Oeuvre
SMPR	Services Médico - Psychologiques Régionaux
SPIP	Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation
SROS	Schémas Régionaux d'Organisation des Soins
UCSA	Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
UHSA	Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
UHSI	Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
UMD	Unité pour malades Difficiles
V2	Version 2 de la certification

Introduction

Le rapport de la commission d'enquête du Sénat sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires français énonçait en 2000 : « *la prison, aujourd'hui en France, est en train de retrouver son visage antérieur au code pénal napoléonien.* ». Ce constat met en lumière la surreprésentation des détenus souffrant de troubles mentaux au sein des prisons françaises. En effet, les différentes études menées en France mettent en avant une surmorbidity des détenus souffrant de troubles psychiatriques. La plus récente enquête menée en 2004 indique que huit hommes détenus sur dix et sept femmes détenues sur dix auraient des troubles psychiatriques. L'enfermement des déviants sociaux a toujours été une réponse apportée face à la demande sociétale de sécurité. La confusion entre malades mentaux et délinquants est entretenue par les médias qui se font l'écho des événements les plus dramatiques.

Ce constat épidémiologique est lié à des facteurs multiples et complexes tant juridiques que sociaux. Il est difficile de savoir si l'incarcération contribue à l'apparition des pathologies mentales parmi les détenus où si les malades mentaux sont en priorité condamnés à des peines privatives de liberté, faute de structures pour les accueillir. En effet, selon le rapport Pradier « *tout se passe comme si la prison était devenue le seul lieu d'accueil pour un nombre croissant de psychotiques rejetés à l'extérieur de l'institution judiciaire.* ». Dès 1844, le psychiatre Baillarger dans ses notes sur les causes de la fréquence de la folie en prison faisait part d'observations qui s'avèrent toujours d'actualité :

- certains troubles psychiques restent longtemps méconnus et ne sont diagnostiqués qu'après le jugement
- des délits ou des crimes peuvent être les manifestations révélatrices d'une pathologie mentale
- la simulation peut se rencontrer en détention et provoquer des erreurs d'appréciation
- la procédure judiciaire ainsi que les contraintes de la vie carcérale peuvent être également source de décompensation psychique.

La prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques est donc un enjeu majeur de santé publique. Or, l'offre de soins ne répond qu'imparfaitement à cette problématique. S'il ne faut pas amoindrir le rôle de la psychiatrie pénitentiaire, cette dernière intervenant au sein des établissements pénitentiaires depuis 1986, force est de constater que les détenus ne disposent pas du même accès aux soins, notamment pour l'hospitalisation complète que les autres types de patients. Les détenus nécessitant une hospitalisation complète sont obligatoirement sous le régime de l'hospitalisation d'office

au sein des secteurs de psychiatrie générale. Cette disposition pose des problèmes organisationnels et de qualité des soins dans les hôpitaux.

Le législateur apporte une réponse par la loi du 9 août 2002 qui prévoit la création d'Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) au sein des établissements de santé. Ces dernières sont des unités de soins sécurisées. Elles reposent sur une articulation entre l'administration pénitentiaire et l'Hôpital. Leur création vise à organiser une véritable filière de soins spécialisée pour les détenus.

Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier (CHGR), lieu où j'effectue mon stage, est un établissement candidat pour créer ce type d'unité. Le CHGR est un centre hospitalier spécialisé disposant d'une capacité de 2000 lits et places en tenant compte de l'ensemble de ces structures. Il comprend huit secteurs de psychiatrie adulte dont un hospitalo-universitaire et trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile dont un également hospitalo-universitaire. Il intervient dans le champ médico-social car il comprend une Maison d'Accueil Spécialisée, un Département des Conduites Addictives et des Unités de Soins de Longue Durée. Le Service Médico Psychologique Régional de Rennes lui est rattaché et le CHGR intervient dans le domaine de la psychiatrie pénitentiaire.

J'ai ainsi pu participer concrètement à l'élaboration du projet UHSA et en mesurer les impacts. Ce projet stratégique est au cœur du métier de directeur d'hôpital car il réorganise la filière de prise en charge des détenus et présente des enjeux majeurs en terme de sécurité et de qualité des soins.

Dans quelle mesure et dans quelles conditions la mise en place d'une UHSA peut-elle être la réponse aux difficultés rencontrées par l'hôpital dans la prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques ?

Il s'agit donc de s'interroger sur l'intérêt concret d'une UHSA au travers de l'exemple du CHGR.

La création d'une UHSA permettra-t-elle d'organiser efficacement une filière de soins pour les détenus et améliorera-t-elle la prise en charge de ces derniers ?

S'il semble indispensable de dresser dans un premier temps un état des lieux de la situation actuelle afin de comprendre les enjeux et les perspectives dans lesquelles s'inscrivent les UHSA (I), il est nécessaire d'analyser concrètement un projet de création d'UHSA et d'en mesurer les impacts (II). Enfin, pour mener ce projet et le faire aboutir, il convient de formuler des préconisations dans la perspective du rôle d'un directeur d'hôpital. (III).

1 L'Etat des lieux : un dispositif de prise en charge psychiatrique des personnes détenues perfectible

1.1 Un contexte marqué par d'importants besoins en santé mentale des personnes détenues

La surmorbidity psychiatrique de la population carcérale en France et son aggravation font l'objet d'un consensus au sein des milieux tant sanitaires que pénitentiaires. Diverses enquêtes épidémiologiques ont démontré l'importance de ces troubles psychiatriques parmi les détenus. Cette situation est liée à des facteurs multiples et à des processus complexes d'ordre sanitaire, juridique, voire éthique car faisant écho à la place du « fou » dans notre société.

1.1.1 Un constat épidémiologique préoccupant : une surmorbidity psychiatrique des détenus dans les structures pénitentiaires françaises

En 2008, la France compte 61 000 personnes incarcérées, réparties comme suit : 26% de prévenus et 74% de détenus. La population carcérale est composée de 3,7% de femmes et de 1,2% de mineurs. La capacité d'accueil des structures pénitentiaires est de 50 610¹ places opérationnelles. Or, parmi cette population carcérale croissante, les personnes incarcérées présentant des troubles psychiatriques sont surreprésentées.

- A) des enquêtes épidémiologiques (1997, 2001, 2004) confirmant la prévalence des troubles psychiatriques parmi les détenus

Il résulte des trois enquêtes menées à sept ans d'intervalle (1997-2004), réalisées dans des conditions différentes, qu'un pourcentage élevé des détenus en prisons souffrent de troubles mentaux.

Les premières études menées en 1997 et 2001 concernaient les entrants en détention. En 1997, la proportion des entrants en prison souffrant de troubles mentaux était estimée de **14% à 25%** chez les hommes et jusqu'à **30%** chez les femmes. Près de **10%** des entrants déclaraient avoir eu un suivi psychiatrique (consultations ou hospitalisations)

¹ Données issues du ministère de la Justice bilan d'activités 2008

dans les douze mois précédents l'incarcération. Parmi eux, **6%** avaient un traitement en cours par psychotropes et **4%** déclaraient avoir un traitement par antidépresseurs ou par neuroleptiques au moment de leur entrée en prison.

L'enquête menée en juin 2001 par la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des Affaires Sociales vient confirmer ces tendances. Cette étude concerne l'état psychiatrique des détenus accueillis par les vingt-six services médico-psychologiques régionaux (SMPR). Cette population carcérale représente 40% de la population pénale. Ainsi, cette enquête met en exergue que **55%** des entrants présentent un trouble psychiatrique et **qu'un entrant sur cinq** a déjà été suivi par un secteur de psychiatrie.

Ces études ont donc établi que les besoins en santé mentale sont très importants en milieu pénitentiaire, cependant ces dernières ne donnent que des indications épidémiologiques parcellaires. En effet, elles ne portent que sur les symptômes présentés par les entrants en détention et sur les pathologies psychiatriques des personnes incarcérées au SMPR. Or, seuls 26 établissements pénitentiaires comportent des SMPR. Ces études n'ont donc concerné que 40% de la population carcérale et les experts mettaient en exergue le fait que les chiffres en France sous-estimaient le nombre de personnes incarcérées présentant des troubles psychiatriques majeurs.

Or, l'étude menée conjointement par la DGS² et la DAP³ en 2004 sous la direction des professeurs Bruno Fallissard et Frédéric Rouillon concerne l'ensemble des détenus. Cette étude transversale a été réalisée dans 23 établissements pénitentiaires français pour évaluer la prévalence des troubles mentaux dans la population carcérale française. Un échantillon représentatif de la population carcérale a été interrogé dans les différents types d'établissements pénitentiaires. Les entretiens ont été réalisés selon le Mini International neuropsychiatric interview (Mini), cette méthode consiste en un questionnaire diagnostique standardisé, couplé par un entretien ouvert par un psychiatre. Cette méthodologie est centrée sur le repérage des symptômes et non sur des pathologies identifiées. Le champ de cette étude, plus vaste n'a fait que confirmer le constat issu des premières enquêtes et a même fait apparaître une prévalence de troubles psychiatriques parmi les détenus encore plus importante : **huit hommes détenus sur dix** et plus de **sept femmes détenues sur dix** présenteraient au moins un trouble psychiatrique, la grande majorité en cumulant plusieurs.

² Direction Générale de la Santé

³ Direction de l'administration pénitentiaire

Au-delà de ce constat de surmorbidité psychiatrique des détenus, il convient de s'interroger sur les pathologies présentes au sein des structures pénitentiaires et d'établir si elles présentent des spécificités.

B) des pathologies multiples et surreprésentées parmi les détenus

Les pathologies mentales rencontrées en milieu carcéral ne sont pas différentes de celles en milieu libre, mais leur répartition en groupes nosographiques est spécifique. En 2002, Fazeel a procédé à un travail de recherche épidémiologique regroupant 22 790 prisonniers dans 12 pays occidentaux.⁴ Il retrouve globalement une prévalence plus importante parmi les détenus de certains troubles mentaux. Les troubles psychotiques et dépressifs étaient entre deux à quatre fois plus présents qu'en population générale. Parmi les détenus, 65% avaient un diagnostic de troubles de personnalité.

L'enquête de 2001 présentait la répartition suivante des pathologies :

- anxiété : 55%
- troubles psycho- somatiques : 42%
- dépression : 33%
- psychose : 19%

L'étude de 2004 fait apparaître la nosographie suivante :

- syndrome dépressif : 40,3%
- troubles anxieux : 56%
- troubles psychotiques : 21,4%

Il est intéressant de noter la forte présence d'une population de personnes psychotiques incarcérées. Ces patients peuvent être des sujets connus comme tels avant leur incarcération ou bien des sujets qui révèlent leurs troubles dans l'après coup du passage à l'acte et après expertise pénale ou encore des sujets qui décompensent sur un mode psychotique chronique après condamnation. E.Gallet conclut à une prévalence de la population psychotique en milieu carcéral supérieur de deux ou trois fois à celle de la population psychotique en milieu libre⁵. Ainsi, à titre d'exemple l'étude de 2004 fait apparaître un taux de **7,3%** de détenus souffrant de schizophrénie. Or, il est communément admis que la prévalence de cette pathologie est de l'ordre de **1%** dans la population française.

⁴ Etude « serious mental disorder in 2300 prisoners : a systematic review of 62 surveys » publiée dans the Lancet

⁵ Etude « Psychotiques incarcérés » publiée dans Forensic 2000

De même, dans la population générale, la prévalence estimée des troubles psychopathiques serait de **3%** chez les hommes et de **1%** chez les femmes. Or, ils seraient retrouvés selon les études entre **10 et 60%** parmi les détenus. Selon la CIM-10⁶, la psychopathie est classée dans les troubles de la personnalité anti-sociale. Les traits de personnalité caractéristiques sont l'agressivité, l'impulsivité, l'instabilité et l'intolérance à la frustration. Les frontières sont difficiles à établir entre les troubles psychiatriques et les troubles du comportement. La limite est floue entre la délinquance et la psychiatrie.

Actuellement, dans le domaine médico-légal, les psychopathes coupables d'une infraction sont orientés en milieu carcéral. L'interface entre les institutions judiciaires et psychiatriques est constamment mise à mal. La psychiatrie les voit comme des délinquants tandis que le monde judiciaire les perçoit comme des malades.

En outre, les troubles psychiatriques sont associés à des conduites addictives. La comorbidité, facteur de gravité accrue, complique la prise en charge et renforce le risque de délinquance. Un tiers de la population carcérale est concernée : **30%** des détenus incarcérés ont une dépendance à l'alcool et **38%** une dépendance aux substances illicites.

Le suicide en prison représente **1%** de l'ensemble des décès par suicide en France. Le coefficient de sursuicidité en milieu carcéral par rapport à la population générale est de 12 en France. Le risque suicidaire est particulièrement élevé : il est évalué à **40%** pour les hommes détenus et à **62%** pour les femmes incarcérées. Les risques de suicide sont majorés à certains moments du parcours pénitentiaire (lors des premières semaines de détention, de placement en quartier disciplinaire, avant un jugement...). Ainsi, en 2002 il y a eu 122 suicides, correspondant à un taux de suicide de 22,4 pour 10000 détenus. La moitié des suicides survient alors que l'individu était seul en cellule. Le mode létal choisi est de loin la pendaison (92%). Face à ce constat, le rapport de Jean-Louis Terra de 2003 propose des actions de prévention du suicide.⁷

Un détenu sur deux manifeste un trouble anxieux ou dépressif. L'univers carcéral, très anxiogène (impliquant isolement affectif, promiscuité, inactivité...) génère ce type de manifestations. L'anxiété généralisée est deux fois plus fréquente en maison d'arrêt et en centre de détention qu'en maison centrale.

⁶ Classification internationale des maladies et des problèmes de santé OMS

⁷ Rapport de mission pour la prévention du suicide des personnes détenues Ministère de la Justice-Ministère de la Santé 2003

L'ensemble des différentes pathologies est retrouvé à l'identique de la population générale. La répartition entre les catégories de troubles mentaux est cependant différente car la psychose, la psychopathie et la dépression sont surreprésentées. La sursuicidité et la surconsommation de psychotropes témoignent de cette surmorbidity des pathologies mentales en prison. De plus, la nature des délits commis différencie nettement les détenus suivis pour des troubles psychiatriques : 46% d'entre eux sont incarcérés pour des crimes contre 24 % des autres détenus et 65% pour atteinte aux personnes contre 18%.

- C) une situation sanitaire corrélée aux caractéristiques socio-démographiques des personnes détenues

Ce fort recours aux soins psychiatriques tient en partie aux caractéristiques démographiques et sociales de la population incarcérée, qui cumule les risques de vulnérabilité.

L'enquête de prévalence menée en 2004 permet de décrire les caractéristiques de la population carcérale sur le plan socio-professionnel. Ainsi, l'âge moyen des personnes détenues interrogées est de 39 ans, les détenus en maison d'arrêt étant en moyenne plus jeunes. Les détenus présentent des acquisitions scolaires minimales et ont effectué des études courtes : 43% n'ont pas de diplôme et 38% ont un CAP ou un BEP. En milieu pénitentiaire, l'ampleur du phénomène d'illettrisme est alarmante. Une part importante des détenus est sans activité professionnelle : un détenu sur sept n'a jamais exercé d'emploi, un détenu sur trois a une activité régulière et rémunérée. On retrouve une surreprésentation de l'appartenance à la classe ouvrière.

62% des détenus sont incarcérés pour atteinte aux personnes et 55% font l'objet d'une procédure criminelle. L'ancienneté moyenne d'incarcération est de 15 mois ; elle varie de 10 mois en maison d'arrêt à 25 mois en centrale. Les antécédents judiciaires de cette population sont relativement lourds puisqu'un détenu sur deux a déjà été incarcéré par le passé. Avant l'âge de 18 ans, 28% des détenus ont été suivis par un juge pour enfants et 22% ont fait l'objet d'une mesure de placement.

L'étude menée en 2004 met en relief le poids des antécédents familiaux et psychologiques des personnes détenues. Une rupture rapide avec le milieu familial peut être constatée. Ainsi 42% ont été séparés d'au moins un de leurs parents pendant plus de six mois, 34% ont vécu le décès d'un membre de leur famille proche, 28% ont subi des maltraitances de nature physique, psychologique ou sexuelle. Ces antécédents sont

encore plus marqués chez les femmes détenues car 40% d'entre elles ont été victimes de maltraitance pendant leur enfance. Par ailleurs, 28% des personnes détenues ont des membres de leur famille proche qui ont été condamnés à une peine d'emprisonnement. On constate également une plus grande instabilité des relations affectives parmi les détenus, 40% des détenus connaissent une rupture conjugale contre 18% des autres hommes.

Les antécédents psychiatriques des personnes détenues sont également pregnants car plus du tiers des détenus ont déjà consulté pour motifs psychiatriques avant leur incarcération. Cette consultation a le plus souvent (6 cas sur 10) entraîné un suivi régulier par un psychologue ou un psychiatre. De même, 16% des détenus ont déjà été hospitalisés pour raisons psychiatriques.

1.1.2 Une situation liée à des facteurs pluriels sanitaires et juridiques

Ce constat alarmant de l'état sanitaire psychiatrique des détenus est lié à une pluralité de facteurs exogènes influençant en amont l'incarcération des malades mentaux.

A) l'évolution législative de l'irresponsabilité pénale

Le principe clinico-éthique de l'irresponsabilité du malade mental conjugué au principe du soin des aliénés criminels a été le socle des principes pénaux en France jusqu'en 1992. En effet, le Code Pénal de 1810, stipulait dans l'article 64, qu'il n'y avait ni crime, ni délit, si le prévenu était en état de démence au moment de l'action. La conséquence juridique en était l'irresponsabilité du dément. En outre, cet article 64 devait être rapproché de la promulgation de la loi du 30 juin 1938 sur l'internement des malades mentaux et du placement d'office.

Depuis la promulgation d'un nouveau Code Pénal en 1992, l'irresponsabilité pénale psychiatrique relève de l'article 122-1, qui ne se réfère plus à un état de démence mais à un trouble psychiatrique ayant aboli le discernement.

L'article 122-1 est ainsi énoncé :

« n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte aux moments des faits d'un trouble psychique ou neuro psychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes (alinéa 1)

La personne qui était atteinte aux moments 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 » (alinéa 2).

Le concept central devient celui de la non-punissabilité en introduisant la responsabilité atténuée et non plus celui de l'irresponsabilité.

L'introduction de cette responsabilité atténuée devait permettre de modérer la réponse pénale et de l'articuler avec des mesures de soins. Or, l'alinéa 2 a abouti à responsabiliser un grand nombre de malades mentaux et de conduire à leur emprisonnement. La réforme du Code Pénal a affirmé une tendance antérieure observable dès les années 1970 de responsabilisation des malades mentaux.

L'alinéa 1 de l'article 122-1 n'est appliqué que dans les cas les plus lourds. Les psychopathies, les affections névrotiques, les états dépressifs sont systématiquement exclus comme causes d'irresponsabilité.

De plus, un phénomène paradoxal est constaté. Les personnes pour lesquelles l'altération du discernement est constatée se voient infliger un quantum de peines supérieur à celui des condamnés pour lesquels aucun trouble psychiatrique n'avait été signalé par les experts. L'existence de troubles psychiatriques, sans que ne soit prononcé l'irresponsabilité pénale, suscite parmi les membres de jury populaire un sentiment de crainte et d'insécurité conduisant à un allongement des peines confirmant le dicton populaire du début du 20^{ième} siècle « demi-fou, double peine ».

En corollaire de l'introduction de la responsabilité atténuée permettant les peines privatives de liberté, il est constaté une nette diminution des irresponsabilités pénales. Le rapport Pradier met en avant un nombre de 17% au début des années 1980 à 0,17% actuellement. Cependant, on ne peut évoquer un réel effondrement. Les statistiques issues du ministère de la Justice atténuent ce constat : 503 non lieux psychiatriques ont été prononcés en 1987 contre 233 en 2003. De plus, il convient de remettre en perspective la baisse des non lieux pour irresponsabilité pénale au regard du nombre total d'ordonnances de non-lieu qui a chuté de 58% sur la même période. Les chiffres officiels ministériels ne confirment donc pas la position de nombreux auteurs qui soutiennent l'idée d'un effondrement des irresponsabilités pénales, qui serait la cause entièrement de l'afflux des personnes détenues ayant des troubles psychiatriques graves.

La réforme du code pénal conjuguée à l'introduction de la responsabilité atténuée ne peut expliquer à elle seule la prévalence de détenus souffrant de troubles mentaux.

B) Le rôle de l'expert psychiatre face au courant victimologiste

L'expertise psychiatrique revêt un caractère important dans la définition de la responsabilité des malades mentaux. L'expert doit indiquer clairement si le comportement d'un sujet mis en examen pour une infraction correspond en fait aux symptômes d'une maladie qui peut bénéficier de soins spécialisés ou bien s'il résulte de la transgression d'une loi et qui relève alors d'une sanction pénale. L'acte expertal, a pris une place considérable en terme d'évaluation. La jurisprudence expertale devient de plus en plus rigoureuse, l'expert, doit pour conclure à l'abolition du discernement, établir que l'infraction en cause est directement et exclusivement en relation avec un état mental pathologique.

L'évolution des décisions des expertises ayant tendance à responsabiliser les auteurs des crimes a ainsi un impact sur la prévalence des malades mentaux en prisons.

De plus, l'expert est soumis à la pression de l'opinion publique face à l'affirmation des victimes. Depuis quelques années, le statut de victime revêt une importance considérable. Le procès doit permettre à la victime un travail de réparation par la reconnaissance du préjudice. L'exigence du droit à réparation rend essentielle la condamnation de l'auteur, qu'il soit atteint de troubles mentaux ou non. Les experts face à ces exigences sociétales sont moins enclins à établir une irresponsabilité pénale. Selon Denis Salas « ce qui domine la science judiciaire n'est plus la présence du souverain mais le cri de la victime qui demande justice »⁸. De plus, la jurisprudence expertale évolue avec les attentes de l'opinion et met également en avant la valeur thérapeutique de la sanction pénale et de l'incarcération. Lors de mon entretien avec un psychiatre expert en médecine légale, il m'a fait part de la pression sociétale et médiatique liée au mécanisme de défense sociale rendant plus difficile le rendu d'une irresponsabilité pénale⁹. La loi du 25 février 2008 réforme les ordonnances de non lieu pour irresponsabilité pénale. Les juges ne pourront plus simplement notifier une ordonnance de non lieu mais devront prononcer une déclaration d'irresponsabilité pénale à l'issue d'une audience qui pourra être publique si les victimes le demandent. Cette disposition ainsi que l'instauration de la rétention de sûreté s'inscrivent dans ce contexte.

⁸ Salas La volonté de punir : essai sur le populisme pénal 2005

⁹ Entretien mené avec le Docteur Abondo experte en psychiatrie légale CHU Rennes

L'expert rencontré¹⁰ m'a rappelé l'importance d'avoir toutes les pièces du dossier tant judiciaire que médical pour effectuer son évaluation. Elle m'a indiqué que l'expert est un criminologue qui s'appuie sur des facteurs objectifs. Or, l'expertise psychiatrique est confrontée à des difficultés : la brièveté de l'expertise rendant difficile l'appréciation de l'état mental au cours d'un seul entretien dans un bureau permettant à la personne expertisée de dissimuler ou de sursimuler, le secret médical auquel sont astreints les médecins experts. Ces facteurs expliquent le décalage qui peut exister entre les diagnostics portés par les experts et ceux portés par les psychiatres, dans le sens d'une minimisation par les psychiatres experts de la gravité des troubles mentaux des délinquants reconnus responsables de leurs actes. De plus, selon Gravier et Lustenberger, une des difficultés de l'expertise est d'être dans une position située à l'intersection entre le soin et la sanction.

C) la désinstitutionnalisation psychiatrique

La mise en place de la sectorisation psychiatrique a mis fin à la tradition asilaire des hôpitaux psychiatriques par une ouverture sur la ville des patients. Une grande partie des patients sont traités en ambulatoire ; d'après le rapport Piel-Roelandt¹¹, 86% des adultes sont suivis sur un mode ambulatoire dont 73% en CMP. Si ce dispositif a permis d'améliorer la prise en charge des patients, les centres hospitaliers spécialisés sont démis de leur fonction sécuritaire traditionnelle et n'absorbent plus qu'une part réduite de la violence. Certains auteurs attribuent donc à cette évolution de la psychiatrie le transfert entre les hôpitaux et les prisons. Selon le rapport Floch¹² « *on confère ainsi à la prison une vocation asilaire que l'hôpital psychiatrique n'a plus.* » Les nouveaux lieux de soins connaissent une plus grande difficulté à assumer les hospitalisations sous contrainte. La féminisation du personnel ainsi que la jeunesse du personnel soignant accroissent les difficultés de prise en charge des patients présentant les cas les plus lourds.

D) les liens entre troubles mentaux, violence et criminalité

Y-a-t-il un lien entre la maladie mentale et la criminalité ? Cette question qui focalise les peurs collectives est importante pour comprendre si la prévalence des détenus souffrant de troubles mentaux peut avoir une cause endogène à la maladie mentale. Les

¹⁰ id

¹¹ Piel Roelandt De la psychiatrie vers la santé mentale, Rapport de mission Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la Santé 2001

recherches les plus abouties ont été menées aux Etats-Unis et dans les pays scandinaves. Ces études ont mises en exergue un risque d'arrestation trois fois plus élevé parmi les personnes atteintes de troubles mentaux et un taux plus élevé de comportements violents. Une étude menée en Finlande¹³ a également permis de mettre en avant le fait que la forme clinique de schizophrénie paranoïde ainsi que la consommation de substances favoriseraient une plus grande violence des actes. Ainsi, les troubles mentaux graves peuvent constituer un facteur de risque de criminalité et de violence. Il ne faut cependant pas établir un lien unique entre criminalité et pathologie mentale expliquant la prévalence des détenus souffrant de pathologies mentales pour ne pas stigmatiser les malades mentaux. La dangerosité criminelle n'est pas en effet systématiquement du ressort de la maladie mentale.

1.2 Une offre de soins complexe répondant imparfaitement à l'ensemble des besoins

L'offre de soins pour les détenus souffrant de troubles psychiatriques ne constitue pas une filière de soins complète.

1.2.1 Rappel de l'organisation générale des soins psychiatriques aux détenus

L'organisation générale des soins psychiatriques aux détenus est marquée par sa complexité car elle fait intervenir différentes structures.

- A) réglementations et politiques sanitaires : l'apparition du monde hospitalier en prison

Depuis la Seconde Guerre Mondiale, l'organisation des soins en milieu carcéral était essentiellement gérée et assurée par l'administration pénitentiaire. Les médecins étaient des vacataires recrutés par le directeur de la prison. La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a introduit une évolution majeure dans la prise en charge somatique des détenus en transférant l'organisation et la mise en œuvre des soins somatiques de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier.

¹² Assemblée Nationale Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises

¹³ Eronen, Hakola, Tiihonen Mental Disorder and homicidal behaviour in Finland 1996

Chaque établissement pénitentiaire est lié par convention, à un établissement de santé chargé d'organiser et de dispenser les soins ambulatoires au sein de la prison. Les soins ambulatoires sont assurés par les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA).

Il est intéressant de constater que les soins psychiatriques organisés par le monde hospitalier sont rentrés plus tôt dans l'univers carcéral que les soins somatiques, indiquant par ce fait le caractère spécifique de cette prise en charge. En effet, la prise en charge par les établissements de santé des soins psychiatriques des patients incarcérés au sein des établissements pénitentiaires est assurée depuis 1977¹⁴. Elle a cependant été généralisée en 1986 par la création des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et la mise en place des services médico-psychologiques régionaux (SMPR). Depuis les lois de 1985 les secteurs psychiatriques sont au nombre de trois : la psychiatrie générale, la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Cependant, l'organisation des soins psychiatriques aux détenus s'avère complexe car elle comporte plusieurs niveaux et acteurs :

- **en milieu pénitentiaire** deux niveaux de soins ont été développés : les soins courants réalisés par l'équipe de secteur de psychiatrie générale et des soins plus intensifs assurés par les SMPR.
- **en milieu hospitalier** les soins ne peuvent s'effectuer qu'en hospitalisation d'office.

B) les SMPR : le pilier du dispositif

Les SMPR ont été créés en 1986. Il existe actuellement en France 26 SMPR. Ces structures sont implantées au sein des Maisons d'Arrêt¹⁵ ou des centres de détention¹⁶. La capacité totale sur le territoire est de 360 places. Chaque SMPR est rattaché à un établissement psychiatrique hospitalier qui lui alloue un budget de fonctionnement. Les SMPR représentent la prise en charge de 40% de la population pénale sur le plan des soins en santé mentale. Les équipes du SMPR sont pluridisciplinaires et comprennent des psychiatres, des infirmières, des psychologues et des secrétaires médicales.

¹⁴ Le Centre Médico-psychologique régional de Fleury initié par le Docteur Mérot

¹⁵ Les maisons d'arrêt reçoivent les prévenus et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an

¹⁶ Les centres de détention accueillent les condamnés dont les perspectives de réinsertion sont les meilleures

Les missions des SMPR sont définies par l'arrêté du 14 décembre 1986 modifié :

- une mission de prévention des affections mentales en milieu pénitentiaire par le dépistage des troubles psychiques des entrants. Un entretien d'accueil est systématiquement proposé pour chaque détenu nouvel entrant. Il est réalisé prioritairement par un psychiatre ou par un des membres de l'équipe du SMPR.
- Le suivi des détenus et la mise en œuvre des traitements psychiatriques nécessaires aux détenus consentants. Le consentement du patient est primordial puisque c'est l'élément essentiel du soin psychiatrique en prison. Les soins sont constitués de consultations et d'interventions ambulatoires (consultations médicales, psychologiques, entretiens infirmiers) et de prises en charge individuelle ou de groupes (relaxation, groupe de parole alcool, activités sportives...).

Si l'état du patient nécessite un suivi plus intensif, une admission dans l'unité hospitalière du SMPR peut être réalisée.

- Une mission de lutte contre les addictions alcoolisme et toxicomanie en milieu pénitentiaire. Des traitements de substitution sont administrés et des entretiens infirmiers sont réalisés.

Comme les secteurs de psychiatrie générale, chaque secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire peut proposer une offre de soins diversifiée. Une étude menée par la DRESS en 2003 dans les SMPR démontre que les activités de groupe thérapeutiques sont inégalement développées.

L'hospitalisation au SMPR ne peut se faire qu'avec le consentement du patient. Cependant, les hospitalisations au SMPR ne sont pas des hospitalisations au sens sanitaire habituel du terme car il s'agit d'un hébergement spécifique dans des locaux identifiés au sein de la prison avec une prise en charge sanitaire effectuée par une équipe psychiatrique. Les chambres sont analogues aux cellules de détention. De plus, ces hospitalisations s'apparentent à des hospitalisations de jour car il n'y a pas de personnel soignant la nuit excepté aux SMPR de Fresnes et des Baumettes. Les conditions d'hospitalisation sont liées au cadre pénitentiaire et les SMPR ne correspondent pas aux impératifs d'un soin intensif (surveillance clinique 24 heures sur 24...). Pour remédier à l'absence de continuité des soins, les SMPR mettent en place une astreinte médicale réalisée par les psychiatres du service. Les critères et les modalités d'admission en hospitalisation sont variables selon les SMPR. Le nombre de places est également différent d'un SMPR à un autre (de 0 à 43 places). A titre d'exemple, le SMPR de la Maison d'Arrêt de Rennes comporte 25 places. Les places théoriques sont calculées avec un ratio de cellules occupées par deux patients. La DMS est également variable d'un

établissement à un autre : de 34 jours à Marseille à 80 jours à Fresnes. Elle se situe en moyenne entre 54 à 65 jours.

Les SMPR doivent également assurer un rôle de coordination régionale proposée aux équipes de psychiatrie intervenant dans les établissements de leurs régions pénitentiaires. L'arrêté du 10 mai 1995 prévoit que chaque établissement pénitentiaire soit rattaché à l'un des 26 SMPR. Ainsi, en cas de nécessité, le psychiatre exerçant dans un établissement non doté d'un SMPR peut faire appel au SMPR de rattachement. Le SMPR doit ainsi jouer un rôle de conseiller technique auprès des équipes psychiatriques de la région avec la tenue de réunions de travail.

Les SMPR constituent ainsi des enclaves au sein de la détention où se côtoient les personnels soignants et pénitentiaires. Les projets de soins s'effectuent donc dans un régime de vie pénitentiaire pour des détenus- patients.

C) les dispositifs de soins en Psychiatrie

Dans les établissements non dotés de SMPR (soit 60% de la population carcérale), les prises en charge ambulatoire sont réalisées par les équipes de secteur de psychiatrie générale dans le cadre des UCSA. Les situations sont très hétérogènes d'un établissement pénitentiaire à un autre et sont souvent tributaires de l'investissement des secteurs de psychiatrie. Le personnel intervenant dans l'établissement pénitentiaire émane d'un secteur de psychiatrie classique. Les temps médicaux et soignants sont moins importants qu'en SMPR et la permanence des soins plus limitée. Les équipes de soins psychiatriques coexistent avec les équipes de soins somatiques.

Ces dispositifs sont plus fragiles et la vacance de postes médicaux a souvent des conséquences graves sur le fonctionnement des structures. Certains établissements pénitentiaires de petite taille peuvent ne disposer d'aucun dispositif de soins en psychiatrie du fait de leur structure ou de l'absence d'engagement de l'hôpital psychiatrique. En effet, un dispositif de soins en psychiatrie existe à partir du moment où il y a une équipe soignante avec un temps de présence suffisant sur l'établissement. L'unique intervention d'un psychiatre pour des consultations, comme à la maison d'arrêt de Béziers ou de Melun, ne constituent pas des dispositifs de soins psychiatriques à part entière.

- D) la prise en charge de la personne incarcérée en hospitalisation selon l'article D398 du code pénal

Lorsque la poursuite de la détention est rendue impossible par l'état mental du détenu et que celui-ci refuse les soins, l'application de l'article D 398 du Code de Procédure Pénale permet son hospitalisation d'office en milieu psychiatrique. En effet, l'hospitalisation en temps complet en établissement de santé des personnes détenues ne peut être réalisée que sous le régime de l'hospitalisation d'office, en application de l'article D 398 du Code Pénal. Cet article dispose que : « *les détenus atteints de troubles mentaux visés à l'article L.3213-1 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...* ». Les détenus nécessitant des hospitalisations à temps complet ou les détenus non consentants aux soins ne peuvent être hospitalisés que dans les établissements psychiatriques et sous le régime de l'hospitalisation d'office. La demande d'hospitalisation d'office doit être établie par un psychiatre du SMPR ou un psychiatre intervenant dans l'établissement pénitentiaire. Elle concerne indifféremment un condamné ou un prévenu. Les détenus admis à l'hôpital sont considérés comme continuant à subir leur peine, ou s'il s'agit de prévenus, comme placés en détention provisoire. Le temps d'hospitalisation compte en temps de peine. Les règlements pénitentiaires demeurent applicables à leur égard, notamment en ce qui concerne les relations avec l'extérieur.

Cette prise en charge complexe s'avère insuffisante et de nombreux rapports ont mis en avant les limites de cette organisation actuelle.

1.2.2 Les limites de cette offre de soins

Des rapports successifs (Pradier en 1999, Sénat et Assemblée Nationale en 2000, IGAS¹⁷ en 2001, Piel et Roelandt 2001, Terra 2003) ont mis en exergue les problèmes soulevés par la prise en charge actuelle des détenus souffrant de troubles mentaux et notamment les difficultés relatives aux HO détenus.

¹⁷ Inspection Générale des Affaires Sanitaires et Sociales Rapport d'évaluation : organisation des soins aux détenus juin 2001

- A) les SMPR : une offre de soins insuffisante face à la demande de soins psychiatriques des détenus

L'offre de soins apportée par les SMPR est insuffisante face à la surmorbidity psychiatrique de la population pénale et est inégalement répartie.

Le choix de l'implantation des SMPR s'est fait au détriment des établissements pour peines et des petites maisons d'arrêt. Il existe une grande disparité des moyens psychiatriques affectés à des établissements de même catégorie sans que cette situation soit corrélée à une disparité des besoins. Les régions les plus dotées sont les régions Bourgogne et Rhône- Alpes. A contrario, le Centre, la Champagne Ardennes et l'Auvergne sont les plus démunies. De même, les pratiques sont divergentes d'un SMPR à un autre et les médiations thérapeutiques sont très inégalement développées.

De manière générale, la demande croissante des détenus en santé mentale ne permet pas aux SMPR de remplir toutes leurs missions. Ainsi, une enquête de la DRESS de 2005 montre que les équipes du SMPR n'ont rencontré que **63%** des entrants en détention dans leur établissement. Face à la surpopulation pénale, la mission de dépistage systématique à l'entrée s'avère difficile à assurer. La montée du nombre d'incarcérations pour divers petits délits chez des personnes vivant dans un état de très grand dénuement relationnel et social met très régulièrement les équipes en situation d'intervention pour des soins qui sont aux confins de l'hygiène et de la réhabilitation somatique.

Le rapport du groupe de travail du ministère de la santé et du ministère de la justice de mars 2002 relatif à la santé mentale des personnes détenues et troubles du comportement met en avant le recul du rôle régional des SMPR. Les SMPR répondent avant tout aux besoins de leurs établissements pénitentiaires d'implantation.

Ainsi, le nombre de transfert de personnes détenues vers leur SMPR de rattachement est ainsi passé de 579 en 1997 à 317 en 1999.¹⁸ Ce nombre est très faible si on le rapproche du pourcentage de personnes incarcérées présentant des troubles mentaux dans les établissements dépourvus de SMPR. Les SMPR prennent d'abord en charge les personnes incarcérées malades de leur établissement. De plus, il semblerait que l'administration pénitentiaire affecte de façon dirigée dans les

¹⁸ Rapport IGAS 2001

établissements pénitentiaires où se situent les SMPR des personnes incarcérées en grande difficultés afin qu'elles soient prises en charge par l'équipe du SMPR.

L'hospitalisation avec consentement en SMPR rencontre également d'importantes limites, en raison des contraintes pénitentiaires. Elle s'apparente à une hospitalisation de jour car il n'y a pas de personnel soignant la nuit. Les deux SMPR en disposant sont également confrontés aux règles pénitentiaires qui empêchent l'accès immédiat aux personnes détenues la nuit. Les conditions d'hébergement sont marquées par la carceralité. Les chambres ne se distinguent pas des autres cellules. Quatre SMPR ne disposent pas de lits. Le rapport Piel-Roelandt de la Psychiatrie à la santé mentale de 2001 souligne également le fait que les SMPR ont des difficultés à mettre en place des suivis après la détention, avec les CMP concernés.

B) les dispositifs de soins psychiatriques lacunaires

Le rapport du groupe de travail du ministère de la santé et du ministère de la justice de mars 2002 relatif à la santé mentale des personnes détenues et troubles du comportement met en exergue l'inégale répartition des moyens entre les SMPR et les autres établissements pénitentiaires. Les SMPR concentrent les deux tiers des moyens (63% des temps de psychiatres et 60% des temps non médicaux) car ils sont considérés comme des services de recours pour les cas lourds des établissements pénitentiaires de leurs secteurs. Cependant, les établissements pénitentiaires d'implantation des SMPR ne rassemblent que 40% de la population pénale. Les dotations des dispositifs de soins psychiatriques de secteur sont très variables et ne sont pas corrélées à la lourdeur des pathologies.

Les personnes détenues dans les établissements pénitentiaires non dotés de SMPR rencontrent des problèmes d'accès aux soins. En effet, ces derniers se révèlent inégaux en fonction de plusieurs facteurs : les moyens affectés, les projets de l'équipe de secteur de psychiatrie générale, de la politique de l'établissement sanitaire de rattachement, des orientations pénitentiaires.

Les difficultés en matière de démographie médicale que rencontre la psychiatrie publique affectent plus particulièrement les petits établissements pénitentiaires situés dans des zones rurales. Certains établissements pénitentiaires ne disposent ainsi que de psychiatres vacataires. Les secteurs de psychiatrie générale rencontrent donc des difficultés à assurer les prestations aux personnes détenues.

C) les difficultés relatives aux HO carcéraux

Les hospitalisations des personnes détenues dans les secteurs de psychiatrie générale des établissements de santé soulèvent des problèmes croissants de fonctionnement et de qualité des soins. L'IGAS concluait en 2001 que les conditions d'hospitalisation des personnes incarcérées étaient déplorablement inacceptables et dangereuses. Le comité de prévention de la torture dans son rapport de 2007, rédigé à la suite de visites dans des établissements pénitentiaires en 2006, évoque un « *état dramatique de la psychiatrie pénitentiaire en France.* ». Les hospitalisations d'office des détenus sont en augmentation sous l'effet conjugué d'une meilleure identification des besoins et d'une augmentation de l'incarcération des personnes souffrant de troubles mentaux.

L'hospitalisation d'office des détenus entraîne des problèmes organisationnels au sein des hôpitaux psychiatriques. En effet, selon les termes de l'article D 398, le détenu hospitalisé d'office, ne bénéficie pas d'une surveillance particulière par les services de police. Il a donc le même statut que les autres patients en hospitalisation d'office du service. Or, le rapport du Sénat rappelle que les centres hospitaliers disposent de moins en moins de services fermés et qu'ils ne sont plus dès lors en mesure d'assurer de façon efficiente la garde des personnes incarcérées hospitalisées. Ces préoccupations sécuritaires génèrent un climat d'incompréhension et d'inquiétude de la part des soignants qui ont de grandes réticences à accepter des personnes incarcérées. Les craintes des soignants sont polarisées autour des fugues, des passages à l'acte auto ou hétéro agressif, des simulations. Le taux d'évasion à partir de l'hôpital psychiatrique est environ cent fois plus élevé que celui constaté à l'hôpital général. Or, la garde des détenus ne fait pas partie des missions et du métier des soignants. Ces difficultés sont également liées aux conditions actuelles des services de secteur qui ne pratiquent plus une psychiatrie d'ordre asilaire.

De plus, les équipes soignantes sont souvent jeunes et de plus en plus féminisées et se retrouvent peu enclins à prendre en charge des détenus HO dans les unités classiques.

En corollaire, la qualité de la prise en charge des HO détenus en hospitalisation s'avère insuffisante et les conditions d'hospitalisation peuvent même être plus dures que les conditions d'incarcération. Ainsi, les risques d'évasion conduisent assez fréquemment à placer les détenus en chambre d'isolement sous contention sans tenir compte des indications cliniques et sans mettre en œuvre les recommandations de bonnes pratiques en matière d'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie formulées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (A.N.A.E.S) en juin 1998 dans le cadre d'un audit. En effet, la mise en chambre d'isolement doit répondre à un certain nombre

d'indications qui sont la prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui ou la prévention d'un risque de rupture thérapeutique. Selon l'ANAES il n'y a pas d'utilisation à titre non thérapeutique. Or, la prise en charge des HO détenus entraîne une confusion entre isolement thérapeutique et isolement carcéral pour des conditions sécuritaires.

De plus, le détenu hospitalisé demeure écroué et durant l'hospitalisation les règlements pénitentiaires restent en vigueur, notamment en matière de communication avec l'extérieur. Les unités d'hospitalisation des détenus s'avèrent être des structures inadaptées pour respecter ces consignes tout en favorisant une prise en charge de qualité. Pour respecter ces règles liées au statut de détenu du patient, les HO détenus peuvent se voir interdire les promenades, les visites, les repas dans les salles communes, la télévision et sont le plus souvent placés en chambre d'isolement. Le détenu ne dispose souvent pas de la possibilité de téléphoner ni d'émettre ou de recevoir des courriers. Face aux difficultés rencontrées par les équipes, il est constaté que les séjours psychiatriques des détenus restent courts et ne s'inscrivent pas dans la durée et la continuité habituelles dans le soin psychiatrique. La DMS des HO carcéraux est de l'ordre de huit jours. Les hospitalisations ne s'inscrivent donc que dans le soin aigu. Les délais d'attente dus au taux d'occupation élevés des secteurs de psychiatrie sont importants.

Les détenus peuvent également être hospitalisés en Unités pour Malades Difficiles, ces dernières selon l'arrêté du 14 octobre 1986 accueillent des patients admis en HO, nécessitant un protocole de soins intensifs, en dépit duquel persiste un état de dangerosité permanent incompatible avec leur maintien dans des unités traditionnelles. Elles sont au nombre de 5 en France situées à Sarreguemines, Cadillac, Montfavet, Villejuif et depuis 2008 Plouguernevel et disposent d'une capacité de 450 lits. Les HO carcéraux représentent 10% des patients des UMD¹⁹. Elles présentent en pratique des délais d'attente importants, incompatibles avec les mesures d'urgences. De plus, les hospitalisations peuvent être indûment prolongées du fait du problème d'escorte à la sortie.

Par ailleurs, l'impossibilité d'avoir recours aux indications de l'hospitalisation à la demande d'un tiers pour les personnes détenues entraîne sur le plan des principes une inégalité d'accès aux soins.

¹⁹ Entretien mené avec le Docteur Châteaux chef de service de l'UMD

Il convient de s'intéresser à la situation régionale et locale afin de voir concrètement la mise en œuvre de l'offre de soins sur un territoire.

1.3 La prise en charge sanitaire des détenus souffrant de troubles psychiatriques en Bretagne

Face à une population pénale croissante, la prise en charge des détenus s'articule autour du SMPR rattaché au CHGR et des secteurs de psychiatrie. Le CHGR est donc au cœur de ce dispositif.

1.3.1 Données régionales

A) établissements pénitentiaires et population pénale

Les établissements pénitentiaires de la région Bretagne sont au nombre de sept :

- cinq maisons d'arrêt (Brest, Vannes, Rennes, Saint-Malo, Saint-Brieuc)
- deux Centres Pénitentiaires (Ploemeur et Rennes) constitués chacun d'un quartier maison d'arrêt et d'un quartier centre de détention.

Ces établissements dépendent de l'administration pénitentiaire ouest qui couvre également les régions administratives Pays de Loire et Basse Normandie.

Le nombre de détenus a augmenté de façon significative entre 2001 et 2004. Il était de 1820 détenus en 2006 en Bretagne. Le nombre de places prévues est en augmentation car la maison d'arrêt des hommes de Rennes connaît un projet d'extension. Elle deviendra un centre pénitentiaire d'une capacité de 700 places (contre 305 actuellement). Un nouvel établissement sera construit au nord-ouest de Rennes à Vezin le Coquet. La maison d'arrêt comprenait en 2007 544 détenus soit une densité de 164,35%²⁰.

Au niveau régional, il n'existe pas de données épidémiologiques précises sur la santé mentale des détenus permettant d'établir une nosographie. Cependant, un rapport de la DRASS décrivant la situation en 2007 de l'état de santé des détenus indique une augmentation de la part des consultations liées aux prises en charge de patients psychotiques ou porteurs de troubles bipolaires.

²⁰ Rapport d'inspection de la Maison d'Arrêt Jacques Cartier DDASS-DRASS juin 2008

B) organisation du système de soins

Chaque établissement pénitentiaire a passé un protocole avec un établissement de santé. Les soins psychiatriques sont assurés par le SMPR de Rennes et par les secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile du CHS de Caudan, de Saint-Avé, de Saint Jean de Dieu, du CH de Saint Malo et du CHU de Brest pour les établissements pénitentiaires non rennais.²¹

Le rapport de la DRASS fait apparaître des temps insuffisants de psychiatres et de psychologues sur l'ensemble des structures pénitentiaires. Il indique que ce problème de ressources médicales rend difficile la réalisation des entretiens d'entrées, les réponses aux interventions rapides demandées par les UCSA suite à des risques suicidaires, la diversification des modes de prise en charge, la coordination des équipes, la mise en place des programmes spécifiques tels la lutte contre les addictions. De même, le rapport d'inspection de la Maison d'Arrêt Jacques Cartier de Rennes (DRASS et DDASS d'Ille et Vilaine) de juin 2008 met en avant des conditions sanitaires difficiles de part la vétusté des locaux.

Par ailleurs, le nombre d'hospitalisation d'office s'est accru dans les établissements de santé mentale. Selon une étude menée en 2005, le nombre de HO détenus sur la région pénitentiaire était de 230 hommes et de 45 femmes, dont 176 pour la région Bretagne²².

Face à ce constat de l'offre de soins aux détenus en Bretagne, la création d'un comité de coordination régionale de la politique de santé des détenus a été décidée par le directeur de l'ARH, le directeur de la DRASS et le Directeur inter-régional de l'Administration Pénitentiaire. Il a été également décidé de rédiger un volet spécifique du SROS sur la santé des détenus.

1.3.2 La prise en charge des détenus au CHGR

A) le SMPR de la Maison d'arrêt de Rennes

La Maison d'Arrêt située à Rennes d'une capacité de 305 places connaît une population carcérale de 544 détenus dont 209 prévenus et 297 condamnés. Parmi les personnes détenues dont la condamnation peut être associée à une obligation de soins, l'établissement recensait 40 condamnés pour infractions sexuelles, 72 pour violence sur

²¹ Cf schéma annexe 1

²² Cf tableau annexe 2

des personnes et 45 pour infraction à la législation des stupéfiants. Le SMPR constitue un quartier de la Maison d'Arrêt.

Le SMPR de Rennes est un service hospitalier rattaché au CHGR. Il est le dispositif de base du secteur de psychiatrie 35P05. Il est implanté à la Maison d'Arrêt Jacques Cartier où il comporte 25 lits d'hospitalisation. Il comprend également des bureaux de consultation au Centre Pénitentiaire de Rennes. La file active du SMPR pour 2007 est de 1084 détenus pour la Maison d'Arrêt et de 407 détenues pour le Centre Pénitentiaire. Le nombre de patients pris en charge en hospitalisation est de 81 avec une DMS de 98,52²³. Il comprend 3 ETP de psychiatres et 0,4 ETP de praticiens attachés et 10,4 ETP de personnel non médical. Les activités assurées par le SMPR correspondent aux missions définies par l'arrêté du 14 décembre 1986 (entretiens d'accueil, consultations...). Le SMPR de Rennes assure également des prises en charge individuelle et de groupes (relaxation, groupe alcool, activités sportives). Les hospitalisations ne concernent que les hommes. Le SMPR joue également un rôle régional en étant le niveau de recours pour les personnes détenues dans les établissements pénitentiaires rattachés. Un protocole d'admission a été formalisé.

Le rapport initial d'Inspection de la Maison d'Arrêt de Rennes de la DRASS et de la DDASS met en avant le manque de formalisation entre le SMPR et l'UCSA, notamment pour l'organisation des consultations des entrées. Il indique également que le temps de psychologue est insuffisant au vu de la file active. Le temps médical ne constitue plus une difficulté depuis 2004. L'activité du SMPR est essentiellement tournée vers les détenus de la Maison d'Arrêt de Rennes et les transferts intra régionaux des détenus consentants demeurent faibles.

B) les hospitalisations d'office

En 2007, le CHGR a enregistré 94 admissions de HO détenus dont 56 hommes en provenance de la maison d'arrêt et 49 femmes du centre pénitentiaire. Les HO détenus représentent 38% des admissions de HO. Si le nombre de HO a augmenté, la proportion de détenus dans cette catégorie de patients a diminué.

Cette tendance peut avoir deux origines : soit le nombre de HO augmente plus vite que le nombre de détenus, soit le nombre de détenus hospitalisés sous contrainte diminue, sous l'effet de l'activité du SMPR.

²³ Chiffres DIM du CHGR

Les hospitalisations d'office s'effectuent au CHGR selon le principe du tour qui attribue à chaque détenu en fonction de sa date de naissance un des secteurs d'hospitalisation. Le CHGR va chercher les patients dans l'établissement pénitentiaire dès notification de l'arrêté d'HO. Les détenus sont amenés directement dans l'unité d'hospitalisation. Dans la majorité des services, les détenus sont systématiquement hospitalisés dans les chambres d'isolement. Dès l'admission, le bureau des entrées réserve automatiquement une chambre d'isolement aux patients détenus. En effet l'aspect sécuritaire prime sur l'aspect de soins. Les conditions d'hospitalisation en chambre d'isolement sont souvent plus contraignantes que l'hébergement en détention. Face à des cas cliniques complexes, les équipes soignantes souvent jeunes repèrent en premier lieu les troubles du comportement qui génèrent de l'anxiété parmi elles²⁴. Un EPP est actuellement en cours au CHGR sur la mise en contention. Les séjours des HO sont souvent brefs et traitent la phase aiguë.

Le rapport d'inspection de la DRASS souligne cependant que le CHGR comporte deux secteurs qui ne pratiquent pas cette hospitalisation des détenus en chambre d'isolement et que ces derniers ne présentent pas de problèmes particuliers. J'ai rencontré la cadre de l'unité afin de comprendre l'organisation mise en place. Elle m'a expliqué que le détenu était avant tout vu comme un patient au-delà de son statut administratif. Elle m'a également indiqué que la chambre d'isolement ne permettait pas une observation clinique approfondie. De plus, les liens avec le SMPR et le service sont fréquents, les hospitalisations des détenus s'apparentent presque à des hospitalisations programmées permettant au médecin et au cadre de préparer l'équipe soignante. Ce service ne privilégie également pas des durées d'hospitalisation courtes pour les détenus. En corollaire pour permettre le respect des prescriptions sécuritaires, l'unité est fermée.

Ce type de prise en charge démontre que la mise en chambre d'isolement dans la prise en charge des détenus lors de leur hospitalisation n'est pas automatique. Elle repose cependant sur des politiques médicales et la volonté des soignants.

La procédure de certification V2 permettra d'harmoniser les pratiques de la mise en chambre des HO carcéraux d'isolement par le biais de protocoles dans l'attente de la mise en œuvre de l'UHSA.

La mise en place des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) souhaitée par le législateur doit permettre d'améliorer la prise en charge sanitaire des détenus et est une réponse face aux imperfections de l'offre de soins actuelle.

²⁴ Entretien menée avec Madame Berchot cadre du SMPR et d'une unité de G 07

2 La mise en place des UHSA : une réponse novatrice visant à une meilleure organisation des soins pour les détenus souffrant de troubles mentaux à travers l'exemple du CHGR

2.1 Les UHSA : une disposition législative se déclinant à travers un programme national ambitieux

Pour tenter de résoudre les difficultés inhérentes aux soins psychiatriques des détenus, le législateur a créé les UHSA à la suite de nombreux rapports parus en France et sous l'impulsion des exemples étrangers. Afin de les mettre en œuvre concrètement, un travail partenarial entre les ministères de la Santé et de la Justice a conduit à l'élaboration d'un programme national.

2.1.1 Les orientations générales des UHSA

Les UHSA répondent à un souci d'amélioration de la qualité des soins envers les détenus souffrant de troubles mentaux. Elles ont néanmoins fait controverse sur leurs modalités de mise en œuvre.

- A) le cadre législatif : la loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice

Les rapports IGAS et Piel-Roelandt de 2001 portaient en leur sein les germes de l'article de loi en évoquant la nécessité de créer des UHSA psychiatriques.

Ainsi, la loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice dispose dans son article 48 que : « *l'hospitalisation, avec ou sans consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé au sein d'une unité spécialement aménagée* ». Le législateur afin de répondre aux faiblesses du dispositif du système actuel, notamment concernant la prise en charge des HO carcéraux a décidé de créer des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) destinées à l'hospitalisation psychiatrique des détenus relevant d'une hospitalisation complète avec ou sans leur consentement. Les UHSA ont été créées sur un modèle proche des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI). Le fonctionnement de ces dernières a été défini par l'arrêté interministériel du 24 août 2000. Elles sont implantées dans des centres hospitaliers régionaux et ont vocation à accueillir les personnes détenues ne relevant ni de l'urgence, ni de la très courte durée. Ces dernières seront assurées par les

hôpitaux de proximité. L'architecture du modèle général de fonctionnement des UHSA est proche de celui des UHSI et s'articulent autour des principes suivants :

- des unités hospitalières implantées dans des établissements de santé
- réaffirmation de la primauté des soins conjuguant à l'application des règles pénitentiaires
- partenariat entre l'administration pénitentiaire qui assure la sécurisation périmétrique et le personnel de la santé qui se recentre sur leurs missions de soins.

Ces dispositions législatives visent à créer des filières de soins spécifiques tant somatiques que psychiatriques adaptées à la population particulière des détenus.

B) les objectifs poursuivis par les UHSA

L'objectif principal poursuivi par les UHSA est d'assurer aux patients détenus des soins de qualité équivalente à ceux offerts à la population générale en leur permettant de disposer de la même diversité des modes de prise en charge. La prise en charge psychiatrique des détenus doit ainsi avoir la même structure que pour les autres patients, notamment pour l'hospitalisation complète avec ou sans consentement. La mise en place de l'UHSA tend à organiser une graduation de l'offre de soins de santé mentale aux détenus. La réalisation des UHSA s'inscrit dans le Plan Psychiatrie et Santé Mentale, l'objectif opérationnel étant « *de développer des programmes coordonnés à destination des personnes détenues, de façon à renforcer et diversifier les prises en charges psychiatriques* ». Il s'agit également de permettre les hospitalisations complètes avec consentement, l'adéquation de la durée des prises en charge aux seules indications médicales et l'organisation de la continuité des soins entre les diverses structures de prise en charge durant l'incarcération (secteurs de psychiatrie générale, SMPR, UMD). Le gouvernement estime ainsi que la création des UHSA répond aux recommandations du Comité de Prévention de la Torture sur les soins en détention et souligne dans son rapport contradictoire que « *la mise en œuvre du programme de construction des UHSA, destinées à recevoir en hospitalisation complète les patients détenus souffrant de troubles psychiques, constituera une nouvelle étape d'amélioration de la prise en charge des patients* ».

La création des UHSA doit également permettre d'assurer une meilleure sécurité criminologique et pénitentiaire lors des hospitalisations des détenus. En effet, les deux

tiers des évasions des détenus hospitalisés ont lieu durant leurs séjours en établissement psychiatrique²⁵. Les UHSA devraient permettre de prévenir les évasions et de sécuriser les personnes. En corollaire, les équipes soignantes pourront se recentrer sur l'activité de soins en hospitalisation complète.

Les UHSA poursuivent également un objectif d'optimisation des moyens. La capacité des UHSA doit permettre de limiter les besoins en effectifs de sécurité par l'organisation du maximum d'activités de prise en charge clinique des patients au sein même de l'UHSA.

C) les débats éthiques

La création des UHSA a entraîné des débats éthiques, notamment parmi les psychiatres. Certains psychiatres estiment que les UHSA entraînent une spécialisation de la prise en charge contraire à la philosophie des secteurs. De même, ils voient dans les UHSA une stigmatisation des détenus et ne sont pas en accord avec les mesures de sécurité périmétrique assurées par l'administration pénitentiaire. Gérard Dubret évoque ainsi les UHSA comme « un formidable effort dans la mauvaise direction »²⁶. Il estime que les UHSA cautionnent la présence des malades mentaux en prison en leur instaurant une filière spécifique et risque d'accroître leur nombre. A contrario, certains psychiatres de secteurs ont soutenu la création des UHSA face aux difficultés d'accueil des HO carcéraux qu'ils rencontrent.

De même, les psychiatres des SMPR ont globalement vu dans les UHSA la possibilité de prendre en charge les graves décompensations des patients qu'ils ne parviennent pas à adresser aux secteurs. D'une manière générale, l'association des psychiatres de SMPR, d'une forte opposition lors du vote de la loi, a progressivement soutenu la création des UHSA.

Les UHSA françaises se sont fortement inspirées des exemples étrangers tout en s'inscrivant dans un contexte juridique différent. En effet, ce type de structure à destination des détenus souffrant de troubles mentaux et conciliant soins et sécurité existe en Allemagne, aux Pays-Bas, en Belgique. Cependant, les autres pays européens ont doté leurs juges pénaux de compétences pour appliquer des mesures spécifiques aux délinquants atteints de troubles mentaux. Le juge pénal peut ainsi en Allemagne, en Belgique prononcer une mesure de placement des délinquants souffrant de troubles mentaux dans des structures spécialisées.

²⁵ Entretien mené avec Monsieur Boisseau ingénieur DRASS Bretagne

²⁶ Gérard Dubret article « la prison, ultime institution psychiatrique pour soigner et punir » Informations psychiatriques 2006

Les délinquants souffrant de troubles mentaux responsables ne seront pas incarcérés mais iront dans les structures de type UHSA médicalisées et sécurisées. En France, le juge pénal ne peut appliquer ce type de mesure et l'admission en UHSA s'adresse aux malades mentaux incarcérés. Contrairement aux autres pays européens, le choix français est celui d'une structure pour détenus au sein de l'hôpital et non une structure spécifique pour malades délinquants responsabilisés.

Les directeurs d'hôpital, membres de l'ADESM, dans le cadre des projets UHSA, ont visité en avril 2008 l'hôpital psychiatrique du Nord-Baden qui comprend une structure type UHSA. Il est intéressant de noter qu'ils ont observé que les structures type UHSA en Allemagne ont progressivement abandonné les dispositions de sécurité, elles n'ont ainsi aucun mur d'enceinte les entourant.

La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté a également entraîné une confusion avec le rôle des UHSA. En effet, les détenus en fin de peine, présentant une particulière dangerosité et dont on craint un nouveau passage à l'acte, pourront être placés dans des centres médico-socio-judiciaires de sûreté pour une prise en charge médicale et sociale. Cette loi s'inspire des législations européennes, notamment suédoise. Les experts psychiatres auront le rôle d'évaluer la dangerosité et les troubles de la personnalité de ces détenus. Or, les psychiatres sont très opposés à ces structures et à la philosophie de cette loi car ils estiment que la psychiatrie ne doit pas jouer un rôle de protection sociétale dans un but sécuritaire. Les UHSA et les futurs centres médico-socio-judiciaires ne poursuivent pas les mêmes objectifs. Les UHSA s'adressent aux détenus souffrant de troubles psychiatriques et constituent des structures sanitaires sécurisées, les centres médico-socio-judiciaires sont des structures spécifiques accueillant les détenus en fin de peine présentant une dangerosité criminelle.

Cependant, les débats éthiques autour de la loi de rétention de sûreté ont entraîné une confusion autour du concept de rétention de sûreté et d'UHSA.

2.1.2 Mise en place du programme UHSA

Les ministères de la Santé et de la Justice ont établi en concertation un programme national de déploiement des UHSA établissant les capacités en lits.

A) L'élaboration du projet au niveau national

Pour mettre en œuvre ces dispositions législatives, un groupe de travail composé de représentants institutionnels, d'experts, de représentants des ministères de la santé et de la justice a été mis en place en 2003 dans le but de réaliser une estimation des besoins

d'hospitalisation et des capacités en lits nécessaires, de définir le schéma des hospitalisations psychiatriques des personnes détenues et de proposer des modalités de fonctionnement des UHSA. Les conclusions du groupe de travail ont fait l'objet d'un rapport en juillet 2003. L'architecture générale définie par le groupe de travail se rapproche de celui des UHSI en émettant les principes suivants : implantation des UHSA au sein d'un établissement de santé, réaffirmation de la primauté des soins, aménagement des règles pénitentiaires. Le schéma de fonctionnement proposé pour les UHSA s'écarte cependant de celui retenu par les UHSI compte tenu de la spécificité des soins psychiatriques. Au vu des DMS beaucoup plus longues, les unités fonctionneront comme les unités de psychiatrie générale c'est-à-dire que les patients ne seront pas enfermés dans leurs chambres. Les personnels pénitentiaire ne seront pas présents dans les unités de soins (dans les UHSI, l'ouverture et la fermeture des portes des chambres et les mouvements des patients au sein de l'unité relèvent de la compétence des personnels pénitentiaires). De même, la notion d'hospitalisation de proximité n'est pas retenue. Les interventions de la Police et de la gendarmerie ne sont également pas choisies.

Sur la base des préconisations de ce rapport, un groupe de travail santé-justice a été constitué afin de décliner de manière opérationnelle ces orientations, de préparer le cahier des charges en vue de lancer l'appel d'offres aux établissements de santé volontaires via les ARH.

La mise en place du programme des UHSA ainsi que l'appel à candidature des établissements s'inscrivent dans la déclinaison opérationnelle du Plan Psychiatrie et Santé Mentale dans le cadre du programme spécifique 2 santé-justice.

B) la déclinaison opérationnelle

Le groupe de travail santé-justice a établi un programme initial, annoncé dans le contexte du plan de santé mentale qui devait comporter la création en plusieurs tranches de 19 UHSA pour une capacité totale de 700 lits. La première tranche dont la réalisation était fixée en 2008 devait concerner la création de 4 ou 5 UHSA, pour une capacité de 300 lits. Les régions pénitentiaires choisies devaient être les plus importantes en termes de démographie. Or, le programme a été accéléré en août 2005 à la survenue de plusieurs évasions de patients détenus hospitalisés d'office. Les ministères de la santé et de la justice ont ainsi redéfini la première tranche en augmentant sa capacité à 450 lits. De même, la couverture des premières UHSA s'étend à l'ensemble des régions pénitentiaires.

La circulaire du 16 juillet 2007 relative aux modalités de financement des dépenses d'investissement des UHSA énonce les arbitrages inter-ministériels définitifs en évoquant la création de 17 UHSA d'une capacité totale de 705 lits en deux tranches. La première tranche de travaux concernera 9 UHSA d'une capacité de 440 lits. Les implantations ont été décidées par les ministères de la Justice et de la Santé, après concertation avec les ARH. Elles couvrent l'ensemble des DRSP. Les agglomérations concernées par la première tranches sont : Rennes, Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Nancy, Orléans, Toulouse, Paris. Des objectifs régionaux de capacités en lits mis en perspective avec le nombre de détenus issus du rapport du groupe de travail de 2003 ont été énoncés. Ainsi, l'UHSA implantée à Rennes aura une capacité de 40 lits pour une population de 4177 détenus dans la région pénitentiaire²⁷. Suite à cette première étape de définition du programme au travers des choix d'implantation régionaux et de la définition des capacités, il convient de sélectionner les établissements candidats.

C) choix d'implantation des sites

L'implantation des UHSA est effectuée en tenant compte du découpage et de la population pénale de chaque région pénitentiaire. Les régions pénitentiaires ne correspondent ni aux régions administratives ni aux territoires de santé. Ainsi, l'UHSA implantée à Rennes couvrira les régions Bretagne, Basse-Normandie et Pays de Loire correspondant à la région pénitentiaire. Cette configuration implique de forts enjeux organisationnels.

Les critères concernant les établissements candidats pour l'implantation d'une UHSA sont les suivants :

- l'accessibilité : les UHSA doivent être situées dans des lieux facilement accessibles par le réseau routier et desservis par les transports en commun
- la proximité d'une UHSA ou d'un établissement de proximité de rattachement d'une UCSA disposant de chambres sécurisées
- la superficie de l'établissement
- la motivation de l'établissement et son attractivité notamment pour le recrutement des psychiatres
- la proximité d'un établissement pénitentiaire (maison d'arrêt) où seront écroués les patients détenus

Les établissements candidats doivent également disposer d'une expérience en matière de soins psychiatriques.

²⁷ Cf annexe 3

Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier situé à Rennes répond à ces nombreux critères. En effet, cet établissement possède une expérience importante dans la prise en charge des détenus au travers de son SMPR, il est l'établissement de référence en santé mentale de la région. Il s'agit en effet de l'établissement public spécialisé en psychiatrie le plus important en taille de la région, implantée au cœur de la ville de Rennes avec une réserve foncière suffisante pour le projet. La mise en place d'une UHSI au CHU de Rennes en 2009 s'inscrit également dans la complémentarité souhaitée. L'établissement est volontaire pour accueillir l'UHSA. La délibération du Conseil d'Administration du 21 juin 2006 acte la création de cette unité au CHGR. Le projet était également présent au sein du projet médical d'établissement. Ce faisant, l'ARH Bretagne en accord avec la DRSP en novembre 2006 a retenu le CHGR comme l'établissement d'implantation de l'UHSA pour l'interrégion pénitentiaire Bretagne, Pays de Loire et Basse-Normandie.

2.1.3 Organisation générale et fonctionnement

Un cahier des charges précis a été établi au niveau national, auxquels les établissements porteurs de projets devront se conformer pour répondre aux objectifs des UHSA.

A) caractéristiques générales de l'UHSA

Deux principes fondamentaux régissent les UHSA :

- la primauté des soins au sein des UHSA même si la personne hospitalisée demeure sous écrou

Il ressort de ce principe que l'UHSA conformément aux règles hospitalières prendra en charge les hommes et femmes détenus ainsi que les mineurs, en exception des règles pénitentiaires de séparation des majeurs et des mineurs. Si l'UHSA va être liée à un établissement pénitentiaire dans le cadre d'une convention locale de fonctionnement, elle demeure avant tout une unité de soins.

- une double prise en charge, à la fois sanitaire et pénitentiaire afin d'assurer un accès aux soins adaptés dans un cadre sécurisé

Afin d'appliquer ce principe, la répartition des rôles des personnels soignants et pénitentiaires doit être clairement définie. En effet, les soins sont assurés par le personnel hospitalier alors que la sécurisation du bâtiment, des biens et des personnes relève de l'administration pénitentiaire. Une étroite collaboration entre les personnels de santé et pénitentiaires sera donc nécessaire.

Le personnel pénitentiaire assure la sécurisation périmétrique de l'UHSA en prévenant les évasions, en protégeant les patients détenus d'une agression extérieure et empêchant toute introduction extérieure. Le personnel pénitentiaire ne doit pas intervenir dans l'unité de soins sauf en cas d'urgence absolue. Le personnel de santé assure la gestion interne des unités de soins, il est responsable de la délivrance des soins

Ces principes entraînent la définition dans le programme d'une typologie architecturale.

B) une typologie architecturale type

Le cahier des charges ministériel indique que l'UHSA devra être une construction neuve, à l'implantation excentrée au sein de l'établissement.

L'UHSA devra être organisée autour de trois zones fonctionnelles :

- une zone d'entrée et de contrôle des personnes et des véhicules sous responsabilité de l'administration pénitentiaire
- une zone commune constituée des vestiaires du personnel et des parloirs également sous la responsabilité de l'administration pénitentiaire
- une zone d'hospitalisation constituée d'unités incluant les lieux de vie et d'hébergement destinés aux patients détenus. Cette zone est placée sous la responsabilité sanitaire.

En outre, des mesures de sécurité du périmètre extérieur sont également énoncées. Les dispositions architecturales doivent éviter toute vue sur l'extérieur du bâtiment.

C) un cahier des charges précis

Le cahier des charges ministériel du programme UHSA s'adressant aux établissements s'avère très précis. Au-delà de la description architecturale type, la circulaire du 16 juillet 2007 joint un cahier des charges techniques décrivant minutieusement les zones ainsi que les spécifications techniques. De même, elle décrit la surface nécessaire pour une UHSA de 40 lits. La surface estimée doit être de 2888 m² dans l'œuvre intégrant les locaux dédiés à l'administration pénitentiaire ainsi que les locaux techniques et les surfaces de circulation.

De même, l'organisation ainsi que les effectifs de personnel sont clairement énoncés. Concernant le personnel hospitalier, l'équipe soignante doit être pluridisciplinaire. Pour une unité de 20 lits, le personnel soignant doit être composé d'au moins deux infirmiers,

deux aides-soignants et un agent des services hospitaliers le matin et l'après-midi et d'au moins deux infirmiers, un aide-soignant et un agent des services hospitaliers la nuit. Le temps médical est calculé sur la base de 1,7 ETP par unité de 20 lits et le temps de psychologue de 1 ETP. Le ratio global d'encadrement est défini autour de 1,7 ETP par lits. Il se rapproche de celui des UMD.

Les effectifs du personnel pénitentiaire sont établis pour une UHSA de 60 lits comme comprenant : 35 personnels de surveillance, 10 premiers surveillants, un chef de service pénitentiaire.

Les projets tant médicaux qu'architecturaux des établissements sélectionnés pour la réalisation de la première tranche des UHSA devront suivre l'organisation générale définie au niveau national.

Face à ces dispositions précises énoncées par le cahier des charges ministériels, nous allons étudier le projet et la mise en place concrète au sein d'un établissement de santé : le Centre Hospitalier Guillaume Régnier. J'ai pu participer et suivre les différentes étapes de réalisation de ce projet et en voir les implications pour un établissement de santé.

2.2 Stratégie organisationnelle et mise en place opérationnelle d'une UHSA au CHGR

Il s'agit d'étudier concrètement la mise en place d'une UHSA au sein d'un établissement de santé. Ayant travaillé sur le dossier et participé à l'élaboration du projet, je peux décrire et analyser le projet UHSA du CHGR.

2.2.1 une démarche projet interrégional et pluridisciplinaire

Suite à une démarche volontariste du CHGR pour être le porteur du projet et l'acceptation de la candidature de l'établissement par l'ARH en novembre 2006 ainsi que l'avis favorable de la commission régionale de concertation en santé mentale en juin 2006, le pilotage du projet a consisté à mettre en place un groupe de travail dès janvier 2007 pour réfléchir aux projets médical et architectural. La problématique consiste à adapter aux enjeux locaux le programme national. Les enjeux sont également liés à la dimension interrégionale de la future UHSA.

A) la constitution d'un groupe de travail interrégional et pluridisciplinaire

La composition du groupe de travail constitué en janvier 2007 piloté par l'ARH de Bretagne est axée sur la dimension interrégionale et associe tous les acteurs concernés par la future UHSA. Ce groupe de travail était ainsi composé des représentants du CHGR, des ARH de Bretagne, Pays de Loire et Basse Normandie, des représentants des SMPR des trois régions concernées ainsi que des psychiatres intervenants dans les UCSA. Il comprenait également des représentants de la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaire car le partenariat avec l'administration pénitentiaire est au cœur de l'élaboration du projet. Un représentant de l'UMD de Plouguernevel était également présent.

B) la démarche poursuivie

Le mode d'organisation de pilotage du projet a consisté en la tenue de trois réunions du groupe de travail entre janvier et mars 2007. Les réunions avaient pour objet d'entraîner une réflexion autour du projet médical, du projet architectural mais également de définir l'articulation de l'UHSA avec les SMPR des régions concernées, les UCSA et l'UMD.

C) l'intérêt de la démarche

L'ARH Bretagne a ainsi mené un pilotage intéressant qui intègre tous les partenaires en amont de la réalisation du projet. Cette démarche présente un triple intérêt.

Premièrement, elle associe tous les acteurs concernés et permet d'éviter les problèmes de compétences, voire de concurrence entre les structures. Ce travail partenarial permet d'identifier un parcours de soins plus clair, notamment pour les modes d'admission et de sortie qui se révèlent être des sujets délicats face à une demande croissante de soins.

En outre, ce pilotage était également une bonne façon d'instaurer une articulation construite avec l'administration pénitentiaire. Les questions délicates autour de la répartition entre soins et sécurité sont ainsi soulevées avant la mise en œuvre de l'UHSA. J'ai en effet participé à une des réunions du groupe de travail et assisté aux débats entre le médecin chef de service du SMPR et le Directeur Régional des Services Pénitentiaires concernant la mixité de l'unité et la présence des mineurs. En effet, les règles pénitentiaires ne permettent la mixité pour les détenus que pour les activités de jour. Or, le principe clinique est celui du principe d'aller et venir et de mixité des patients. Les discussions du groupe de travail ont permis d'établir au sein du projet médical le principe

d'activités mixtes et d'ouverture des chambres dans la journée et de fermeture la nuit des chambres et concilie ainsi les règles pénitentiaires aux impératifs de soins.

Cette démarche permet ainsi d'élaborer un projet cohérent qui prend en compte les contraintes d'un tel projet. Les difficultés concrètes organisationnelles sont évoquées en l'amont et sont intégrées dans les projets. Ainsi, pour reprendre l'exemple concret précité, le principe de mixité impacte le projet architectural en n'isolant pas des lits pour les hommes et pour les femmes mais en créant un espace, dédié aux personnes vulnérables, qui doit s'articuler avec les autres lieux de vie.

Suite à cette démarche projet, le projet médical a été établi en février 2007 ainsi qu'un pré-programme dès mars 2007.

2.2.2 Le projet médical

L'organisation médicale retenue permet l'adaptation du cahier des charges ministériel. L'adhésion du corps médical est ainsi prépondérante dans ce projet. Dès mars 2006, le projet médical du projet d'établissement du CHGR évoquait la création d'une UHSA.

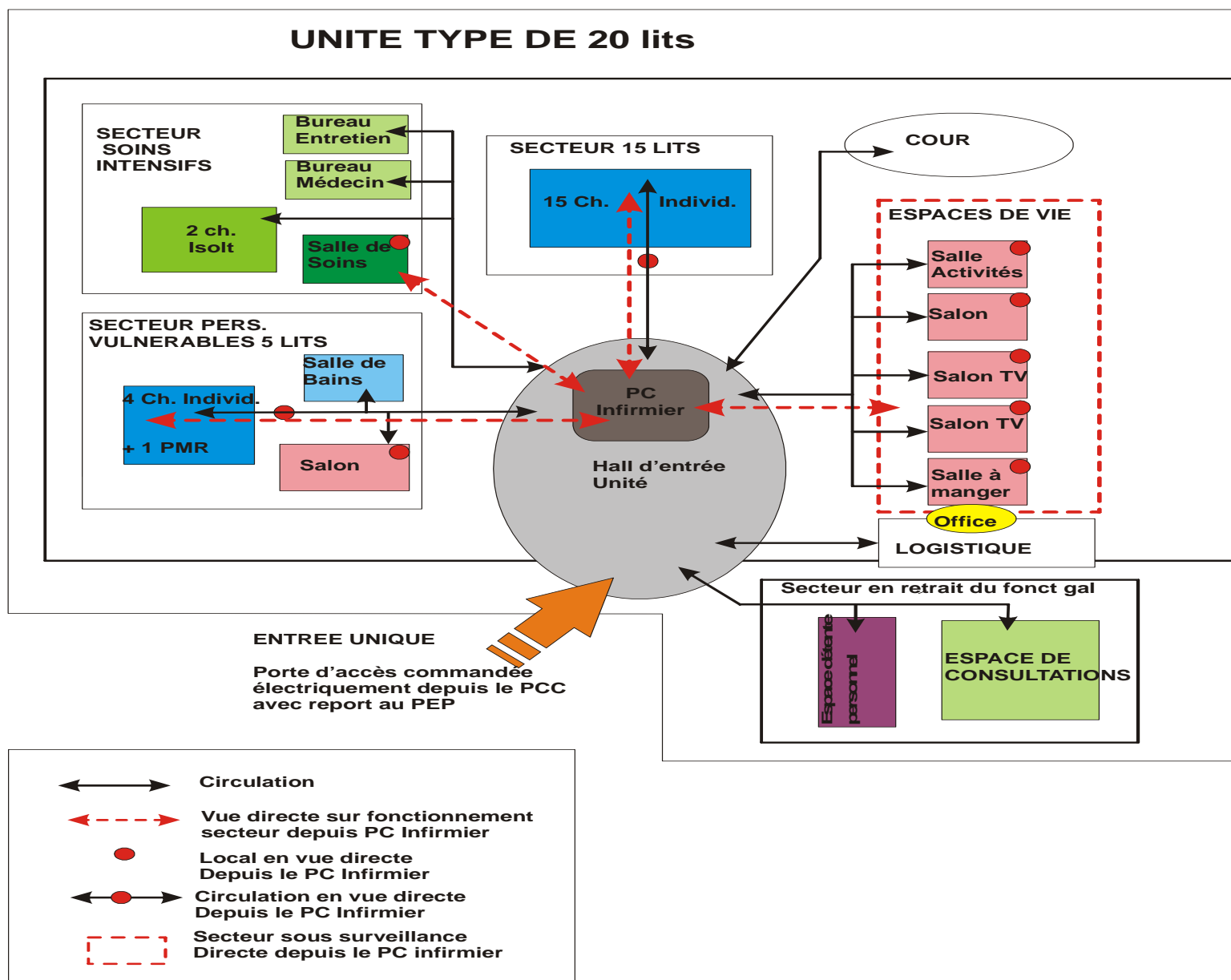
La CME a également émis un avis favorable en mars 2008 sur le projet d'implantation d'une UHSA sur le site du CHGR.

A) les principes d'organisation retenus

Le projet médical est établi sur les modalités de fonctionnement du SMPR et complété par les prescriptions de sécurité et de sûreté applicables aux établissements pénitentiaires.

L'UHSA dans sa zone de soins sera constituée de deux unités de 20 lits. Les deux unités ne sont pas différenciées et reçoivent de la même façon les patients selon le principe de la polyvalence des pathologies. La population accueillie sera mixte et des mineurs pourront être hospitalisés. Chaque unité sera donc sectorisée sur la base de 15 lits et de 5 lits identifiés pour les personnes vulnérables (hommes, femmes, mineurs). Parmi ces 5 chambres, une sera réservée pour les personnes à mobilité réduite. Deux chambres d'isolement sont prévues en sus par unités de 20 lits. Dans la journée, le principe est celui du libre accès aux chambres qui seront ouvertes, sauf décision clinique de fermeture. La sécurisation des contacts entre détenus sera assurée le jour, lors des activités, sous le contrôle des personnels de soins et la nuit par la fermeture des chambres. L'unité sera constituée d'espaces de vie (salons, salle à manger) ainsi que d'un espace de consultations. La particularité de l'unité sera la présence d'un PC infirmier. Ce dernier sera situé au centre de l'unité permettant un contrôle visuel le plus large possible des espaces de l'unité. Ce PC infirmier est inspiré de la conception de l'UMD de Plouguernevel qui dispose d'une telle structure.

Le projet médical du CHGR est original dans son organisation. J'ai eu l'occasion d'assister à la présentation des projets des autres établissements au ministère de la santé le 13 mai. J'avais en effet préparé la présentation du projet pour cette réunion. Or, les autres établissements se sont orientés vers une spécialisation des unités. La plupart des autres établissements ont défini des unités d'admissions et d'accueil et des unités de prise en charge post-aiguë. Le centre hospitalier Paul Guiraud pour une UHSA de 60 lits prévoit deux unités d'entrants dont l'une pour les HO présentant des troubles du comportement et l'autre pour les entrants relevant de la psychiatrie générale et une unité de sortant. Le centre hospitalier le Vinatier prévoit une unité d'accueil et de soins intensifs, une unité de « soins individualisés » et une unité de « vie communautaire ». La création d'un secteur pour personnes vulnérables dans chaque unité est également une particularité du projet médical du CHGR. Les autres projets s'orientent vers la présence des femmes et des mineurs dans les unités post-aiguës.



B) le partage avec les autres acteurs de la zone géographique

Le parcours du patient est identifié dans le cadre d'un fonctionnement interrégional. Dans le but d'éviter l'embolisation de la structure de 40 lits, des modalités spécifiques ont été envisagées. Elles résultent de la concertation issue des groupes de travail.

Ainsi, seul le médecin psychiatre référent des détenus des UCSA ou SMPR des trois régions pourra prescrire une orientation en UHSA. Une coordination permanente interinstitutionnelle sera mise en place sous forme de réunions interrégionales régulières. Cette dernière comprendra l'UMD de Plouguernevel. L'UHSA se dotera également d'une instance interne chargée d'assurer la régulation des demandes programmées et urgentes sur le modèle des comités de surveillance des UMD.

Le séjour des patients fera l'objet d'un contrat de soins, qui envisagera la sortie, de façon à assurer un flux régulier de patients. Le projet médical tente de définir une durée moyenne de séjour en se fondant sur le nombre de journées et le taux d'occupation. Il envisage une capacité de 13 800 journées par an pour un taux d'occupation de 95%. Il en résulterait donc une DMS de l'ordre de 45 jours.

La sortie des patients s'organisera vers les SMPR des maisons d'arrêt sur indication médicale. En effet, le projet médical prévoit que les SMPR n'auront plus la mission d'hospitalisation des patients consentants mais s'orienteront vers des fonctions de prise en charge ambulatoire (hôpital de jour, CATT, CMP) afin de définir un parcours de soins comparables aux autres patients. Lors des levées d'écrou, si le patient nécessite toujours une hospitalisation, il devra être hospitalisé dans son secteur d'origine et non pas au CHGR. Le patient s'il présente une dangerosité particulière pourrait être hospitalisé en UMD après sa sortie de l'UHSA et sa levée d'écrou.

C) les effectifs de personnel

Les ratios de personnel tiennent compte des contraintes des cahiers des charges ministériels. L'effectif sera de 67 ETP pour 40 lits, soit un ratio de 1,67 agent par lits.

Grades	ETP/ 20 lits	Cout unitaire	Cout/20 lits	Cout/40 lits	Cout /60 lits	Estimation/ Rennes /20lits	Estimation/ Rennes/ 40lits	Cout/Rennes/ 40 lits
Praticien hospitalier	1	102 850	102 850	205 700	308 550	1	2	205 700
Attaché	0,7	65 340	45 738	91 476	137 214	0,25	0,5	32 670
Vacations de spécialistes(ETP)		65 340				0,25	0,5	32 670
Cadre sup de santé	0,33	60 391	19 929	39 858	59 787	0,33	0,66	39 858
Cadre de santé	1	52 359	52 359	104 718	157 077	0,5	1	52 359

Infirmiers	12,5	49 543	619 288	1 238 575	1 857 863	20	40	1 981 720
Aides soignants	10	33 395	333 950	667 900	1 001 850	7	14	467 530
Assistantes sociales	0,33	40 064	13 221	26 442	39 663	0	0	-
Ash	6	28 998	173 988	347 976	521 964	2,5	5	144 990
Secrétaire médicale	0,5	40 625	20 313	40 625	60 938	1	2	81 250
Psychologue	1	56 343	56 343	112 686	169 029	0,75	1,5	84 515
Ergothérapeute	0,5	42 971	21 486	42 971	64 457	0	0	-
				-				
Total	33,86		1 459 464	2 918 927	5 837 855	33,58	67,16	3 123 262

Sans modifier le ratio global, une répartition interne tenant compte des modalités de fonctionnement local a été définie. Ainsi, le poste d'assistante sociale ne sera pas pourvu en raison des durées de séjour ne permettant pas de mettre en place un projet bien étayé. Un protocole avec le SPIP qui continuera d'exercer sa fonction d'insertion sociale est prévu. Le temps de généraliste est également diminué de moitié par rapport au cahier des charges et sera compensé par les vacations de spécialistes pour les consultations effectuées dans le cadre du plateau technique du CHGR. Le personnel nécessaire pour l'accompagnement des patients n'est pas inclus.

Les autres établissements présentant un projet d'une UHSA de 40 lits présentent des ratios de personnel plus élevés. Ainsi, le CH Gérard Marchand de Nancy prévoit 80 ETP non médicaux et 3 ETP non médicaux ; le CHD Georges Daumezon d'Orléans 83,5 ETP non médicaux. Le CHGR tout en respectant les ratios d'encadrement liés aux contraintes de sécurité s'est inscrit dans une perspective de maîtrise des dépenses. Le projet médical tient compte également des mutualisations futures avec l'UHSI.

D) les modalités de transport des patients

Les modalités de transport des détenus dépendront des modes d'hospitalisation. Le principe est identique à celui des autres patients.

Le transport de l'établissement pénitentiaire à l'UHSA d'un détenu hospitalisé avec son consentement incombe à l'administration pénitentiaire. Si l'état de santé du détenu l'exige, un accompagnement par le personnel soignant peut être prévu. En cas d'hospitalisation sans consentement, le transport de l'établissement pénitentiaire incombe au CHGR.

Le transport pour le retour en détention incombe dans tous les cas à l'administration pénitentiaire. Si le détenu a besoin d'être hospitalisé pour des raisons somatiques, le transport est assuré par le CHGR avec une escorte pénitentiaire.

Un décret concernant les modalités de transport doit venir préciser ces modalités.

Le projet médical ainsi que les réunions du groupe de travail ont permis d'élaborer un pré-programme évaluant la faisabilité de l'opération et définissant les principes d'organisation et de fonctionnement. Le pré-programme a été approuvé par une délibération du Conseil d'Administration du 28 mars 2007.

2.2.3 Le projet architectural

En mars 2007, le Conseil d'Administration a approuvé le pré-programme, puis en mars 2008, il a adopté le programme définitif.

A) élaboration du projet

La procédure de réalisation choisie est la procédure classique loi MOP. Un programmiste a été désigné en octobre 2007. En novembre 2007, la mission de programmation a été mise en place. La méthodologie de cette dernière a consisté à mettre en œuvre un comité de pilotage restreint (équipe de direction du CHGR) et un comité de pilotage élargi (comité de pilotage restreint, représentants du SMPR, représentants de la DRSP, responsables de service du CHGR). Plusieurs réunions ont été menées avec les services de soins, la DRSP et les services logistiques afin de permettre l'élaboration du programme. Cette démarche a permis d'associer les services pénitentiaires afin de prendre en compte les conditions de sûreté et de sécurité et également l'organisation de la zone mixte pénitentiaire.

Cette phase a également été axée autour du partenariat avec les différents acteurs et la prise en compte des contraintes particulières des UHSA. Ainsi, le programmiste et la DRSP ont effectué une visite de l'UMD de Plouguernevel.

En janvier 2008, le programme provisoire a été adopté par le comité de pilotage élargi. L'engagement du programme technique détaillé a été approuvé en séance. De plus, des réunions en février 2008 avec la Ville de Rennes et France Télécom (entreprise voisine de la future UHSA) ont eu lieu.

Le programme technique détaillé a été présenté et approuvé par le Conseil d'Administration en mars 2008.

B) description du schéma général d'organisation

La future UHSA sera implantée au sud ouest du site principal dans un établissement libre de toute construction et en retrait du fonctionnement général de l'établissement. Elle sera

délimitée au nord par une voie de circulation interne, à l'ouest par le terrain de football, au sud par une avenue et à l'est par une propriété France Télécom.²⁸ Afin de respecter les contraintes sécuritaires, le bâtiment sera intégré dans une enceinte de sécurité. La construction d'un mur de 5 mètres de haut permettra de prévenir les évasions et les intrusions de personnes extérieures. La hauteur de 5 mètres de haut résulte d'un accord entre l'administration pénitentiaire et le ministère de la santé car les normes pénitentiaires prévoient des murs d'enceinte de 6 mètres de haut. Le cahier des charges laissait le choix aux établissements : soit la construction d'un mur d'enceinte, soit une façade aveugle c'est-à-dire que les murs de la structure forment une enceinte. Ce deuxième choix s'avère plus coûteux car il augmente les surfaces de 35%. De plus, il n'y aurait aucun éclairage naturel pour les patients. Le CHGR a choisi la construction d'un mur d'enceinte pour des raisons organisationnelles et financières.²⁹ Les cours seront sécurisées avec des grillages de 3 mètres de haut.

L'organisation interne de l'UHSA comprend deux ensembles : une zone mixte et le service de soins. Ces deux ensembles sont ensuite répartis en zones spécialisées.³⁰

Ainsi, la zone mixte comprend :

- la zone d'accès et de contrôle

Elle est placée sous la responsabilité des services pénitentiaires. Les soignants ne font que passer dans cette zone pour entrer dans l'UHSA. Cette zone vise à assurer un accès sécurisé des approvisionnements et de la maintenance. Toutes les entrées humaines (avocats, familles) ou matérielles sont contrôlées par le poste d'entrée principale. Les véhicules assurant les prestations logistiques sont contrôlés dans un SAS véhicule. Les modes de contrôle sont identiques à ceux présents dans les établissements pénitentiaires (fouilles et les rayons X). Le détenu entrant passe par un SAS pour accéder à la zone commune.

- la zone commune

Elle comprend les locaux des personnels de l'administration pénitentiaire et les vestiaires des personnels soignants. Elle comprend également une partie avec des parloirs et un local greffe. Cet espace est une zone de transit où se croisent les personnels soignants et pénitentiaires. Les détenus accèdent également dans l'unité de soins par un SAS sous le contrôle d'un poste contrôle et circulation lors des admissions et passent également de l'unité de soins à la zone commune pour les visites au parloir et la préparation des transferts.

²⁸ Cf schéma annexe 4

²⁹ Entretien Monsieur Boisseau

³⁰ Cf schéma annexe 5

La zone de soins est conforme aux indications du projet médical. Il comprend des zones d'hébergement, de soins et de vie. Certaines dispositions sont originales dans une unité de soins car elles prennent en compte la dimension sécuritaire. Elles sont inspirées dans leur conception des caractéristiques de l'UMD de Plouguernevel. J'ai en effet eu l'occasion de visiter cette dernière et de m'entretenir avec le chef de service sur la conception architecturale de cette structure, fortement articulée avec le projet médical et très préparé. L'UMD de Plouguernevel a ouvert en janvier 2008. Elle constitue la cinquième UMD en France. Elle offre une capacité d'hébergement de 40 lits. Elle est conçue pour accueillir les patients en provenance de la même interrégion que l'UHSA. La conception visuelle d'un PC infirmier avec une vue totale sur tous les couloirs afin d'éviter les angles morts est inspirée de l'UMD. Les chambres des unités de l'UHSA comporteront des murs en béton, des plafonds indémontables, des barreaux aux fenêtres composées de verre incassable comme les chambres de l'UMD. Les chambres d'isolement comporteront un double accès comme les chambres classiques des UMD. Pour l'UHSA, à l'unanimité du corps médical et de la pénitentiaire, cette solution de double accès n'a pas été retenue pour les chambres classiques car les détenus patients ne présentent pas une dangerosité particulière a contrario de l'UMD. Une particularité des chambres d'isolement de l'UMD qui m'avait fortement interpellée n'a pas été retenue pour l'UHSA. En effet, des caméras de surveillance sont reliées aux chambres d'isolement afin de protéger le patient et de suivre le traitement thérapeutique³¹ et cette disposition n'a pas entraîné de problèmes éthiques au sein de l'établissement.

Les deux zones sont distinctes et les compétences bien définies entre les personnels. Le personnel pénitentiaire ne rentre pas dans la zone d'hospitalisation sauf si le personnel soignant le demande en cas d'urgence ou si le directeur de l'hôpital l'autorise à titre exceptionnel en cas de fouilles.

Les besoins logistiques générés par le fonctionnement de l'UHSA : linge, repas, médicaments et autres approvisionnements en fournitures et consommables seront assurés par le CHGR comme aux autres unités de soins de l'établissement.

L'UHSA présentera une superficie totale de 3368 m² surface dans œuvre³². La zone mixte pénitentiaire et les locaux du personnel représentent 875 m² SDO, les unités de

³¹ Entretien Docteur Chateaux

³² SDO : somme des surfaces de chaque niveau, elle comprend la surface utile, les circulations, les escaliers, les gaines. Elle ne comprend pas les murs extérieurs et la structure porteuse.

soins 1169 m² SDO chacune et la zone commune hospitalière (espace sport, relaxation...) accessible aux patients accompagnés 111m² SDO. Le projet UHSA du CHGR dépasse peu la surface définie par la circulaire du 16 juillet 2007. Sa surface est supérieure de 410 m² à la définition du programme (2900 m² prévue).

C) choix de la procédure

Le programme laisse les établissements libres du choix de la procédure. Le CHGR est le seul établissement candidat à un projet UHSA à avoir choisi la procédure classique loi MOP du 12 juillet 1985. Il s'agit du régime classique qui prévoit après l'élaboration du programme technique détaillé (PTD) les étapes suivantes : le concours d'architecte, la mise au point du projet à travers les phases d'étude et de conception, puis l'appel d'offres aux entreprises. Cette procédure différencie la phase de conception de la phase de réalisation des travaux. Les autres établissements sont en conception –réalisation. Le marché de conception - réalisation se caractérise par son caractère global en associant dans une seule procédure les questions relatives aux études et à l'exécution des travaux. J'ai pu participer à toutes les phases de la procédure architecturale et en évaluer la complexité dans un tel projet. La première réunion du jury a pour objectif de proposer au maître d'ouvrage de retenir à concourir quelques maîtres d'œuvre, au minimum trois candidats. J'ai assisté le 5 juin à la première réunion de jury. Ce dernier était composé de représentants de l'administration pénitentiaire, du CHGR et de la ville de Rennes. Le projet UHSA, au vu de l'ampleur financière et du défi architectural, intéresse beaucoup de candidats car il y avait 62 projets à examiner. Le jury examine les dossiers de candidature, prend connaissance des analyses de la commission technique, puis effectue au vu des critères annoncés la sélection des concurrents qu'il propose au maître d'ouvrage. La décision d'admission des candidats est prise par le maître d'ouvrage. Les critères de sélection des participants contenus dans l'Avis d'Appel Public à la Concurrence (AAPC) comprenaient des références concernant des opérations réalisées en santé mentale ou relevant de l'administration pénitentiaire. Or, très peu de candidats possédaient des expériences dans la construction d'établissements pénitentiaires. Aucune UHSA n'existant à ce jour en France, il n'est pas possible de sélectionner des candidats ayant déjà eu ce type d'expérience. Le projet présente de fortes particularités avec l'introduction de mesures sécuritaires avec lesquelles les maîtres d'œuvre spécialisés dans les structures sanitaire et médico-sociales ne sont pas familiarisés. Le CHGR a retenu quatre candidats.

Conformément à la loi MOP, une réunion de questions-réponses a eu lieu le 1^{er} juillet 2008. Au cours de cette réunion, le maître d'ouvrage communique ses attentes aux

concepteurs et répond à toutes les questions en présence de tous les concurrents. Cette séance a remis en exergue le fait que les candidats se trouvaient face à un nouveau type de structure et de bâtiment. Les candidats semblaient également soucieux de concilier les normes sécuritaires aux aspects esthétiques.

La deuxième réunion du jury examinera les projets des candidats retenus le 16 octobre 2008. Cette séance est une phase capitale du déroulement du concours puisque se joue la pertinence du choix et donc la qualité de l'ouvrage à réaliser.

D) le calendrier prévisionnel de déploiement

L'ouverture de L' UHSA est prévue en juin 2011 suite au déroulement des différentes phases des opérations de travaux.

dates	phases
09/04/2008	publication de l'AAPC
mai-08	réception des candidatures
05/06/2008	jury choix des candidats admis à concourir
16/10/2008	jury choix d'un lauréat
08/12/2008	approbation esquisse
févr-09	approbation APM
mai-09	approbation APS
janvier 2010- juin 2011	travaux
juin-2011	ouverture de la structure

2.3 Analyse de la mise en place de l'UHSA

Il s'agit d'étudier les impacts de l'UHSA sur le CHGR. Ce projet majeur présente des difficultés auxquelles est confronté un directeur d'hôpital.

2.3.1 Atouts du projet

L'UHSA représente un outil de modernisation de la prise en charge des détenus et aura un impact au sein du CHGR.

A) un projet cohérent et maîtrisé

L'élaboration du projet du CHGR a fait l'objet d'une méthodologie précise en associant tous les acteurs concernés par le projet. Cette démarche projet a permis de mettre en œuvre un projet cohérent tant médical qu'architectural. De plus, la comparaison avec l'UMD a également enrichi les réflexions.

De même, le projet du CHGR est maîtrisé car il tient compte des ratios d'encadrement du programme national avec 1,67 agent par lits. Le CHGR a pris en compte une mutualisation des postes de psychologues et de praticiens hospitaliers avec le SMPR. De même, le projet architectural dépasse peu en surface le programme national.

B) une bonne articulation avec l'administration pénitentiaire

L'UHSA est un lieu de soins sécurisé, il repose sur une bonne articulation entre la pénitentiaire et le monde hospitalier. Or, le CHGR a su mettre en œuvre un partenariat avec l'administration pénitentiaire. Cette dernière a été associée à toutes les phases : démarche projet, concours... Ainsi, contrairement à d'autres projets, il n'a pas été constaté de modifications du cahier des charges concernant les surfaces pénitentiaires. Cette collaboration a permis de résoudre au mieux l'articulation entre sécurité et soins qui est au cœur du projet UHSA. La mise en place d'un secteur pour personnes vulnérables s'inscrit dans cette dimension.

C) l'intérêt de l'établissement

Quel est donc l'intérêt pour le CHGR de mettre en œuvre une UHSA ? Cette question est centrale dans la démarche projet.

La mise en place de cette unité permettra d'optimiser la filière de prise en charge des détenus. Cette nouvelle organisation répondra aux problèmes rencontrés par la psychiatrie générale dans la prise en charge de ces derniers. L'articulation entre le SMPR et l'UHSA permettra de clarifier les missions de ce dernier et permettra peut-être au SMPR de développer des activités qu'il ne peut assurer au vu de sa file active, telle la prise en charge des délinquants sexuels prévue dès 2002, ou le suivi post-pénal. La création d'une véritable filière de soins répond à l'objectif organisationnel fixé aux hôpitaux. Or, une meilleure optimisation à long terme doit permettre une meilleure efficacité. Si l'UHSA peut apparaître comme un projet coûteux, il devrait à long terme optimiser la prise en charge des détenus.

De plus, le CHGR s'inscrit dans une démarche de santé publique et stratégiquement renforce sa fonction d'établissement de référence dans le schéma régional de prise en charge de la santé mentale des détenus. L'élaboration d'un SROS détenus en Bretagne démontre la volonté des pouvoirs publics de créer une offre de soins organisée pour ce type de patients et l'UHSA s'inscrit complètement dans cette perspective.

La mise en place de l'UHSA au CHGR répond également à l'objectif qualité car elle entraînera une amélioration de la prise en charge des détenus et une égalité avec les autres patients, notamment en ce qui concerne l'hospitalisation libre. Les pratiques professionnelles ne seront plus différentes d'un secteur à un autre. La mise en chambre d'isolement pourra respecter les critères des recommandations de la HAS.

En terme de management, l'UHSA permettra de rassurer les équipes soignantes face à la problématique des détenus. Le personnel travaillant dans l'UHSA sera volontaire et formé à la prise en charge de ce type de patients. Les ambiguïtés entre le rôle de soins et de surveillance seront levées et l'UHSA permettra au personnel soignant de se recentrer sur ces missions de soins.

2.3.2 Les difficultés rencontrées

L'UHSA présente également des limites liées à sa complexité de par son interrégionalité et son caractère partenarial avec l'administration pénitentiaire.

A) les problèmes soulevés par le projet médical

Une des difficultés majeures liées au projet médical sera la maîtrise des DMS afin d'éviter une embolisation de la structure dès son ouverture. Le temps de séjour des patients s'avère difficile à apprécier. Le projet médical envisage l'introduction d'un contrat de soins avec les patients de façon à réguler les DMS. En effet, l'UHSA doit assurer une intensification des prises en charge en hospitalisation complète qu'il s'agisse de pathologies aiguës ou de décompensations de pathologies chroniques. Cependant, plusieurs facteurs peuvent entraîner des DMS longues. D'une part, le soin en psychiatrie est caractérisé par une temporalité plus longue des soins qu'en MCO et une difficulté pour les praticiens de déterminer précisément la sortie des patients. D'autre part, au-delà de ses facteurs semblables à ceux rencontrés en psychiatrie générale, il existe des causes liées aux particularités de l'UHSA. Les patients détenus contrairement aux conditions actuelles d'hospitalisation auront des conditions de séjour moins contraignantes que dans les structures pénitentiaires. Le risque de simulation de pathologies pourra donc être présent et entraîner des temps de séjours plus importants. De même, le personnel

pénitentiaire aura tendance à ne vouloir la réincarcération du détenu que lorsque ce dernier sera complètement stabilisé et ne présentera plus de problèmes organisationnels à l'administration pénitentiaire. Les risques suicidaires sont particulièrement redoutés par l'administration pénitentiaire qui a comme objectif le risque zéro face à cette problématique. De ce fait, elle pourra exercer une pression pour que ce type de patients présentant des risques suicidaires demeure en hospitalisation.

La sortie des patients lors de la levée d'écrou peut également entraîner des difficultés organisationnelles pour le CHGR dans un contexte interrégional. En effet, les patients nécessitant des soins psychiatriques et n'étant plus incarcérés ont vocation à être pris en charge dans leurs secteurs d'origine et non au CHGR. Le principe de la sectorisation demeure la règle après le passage à l'UHSA pour le détenu qui redevient un patient classique. Concrètement, un détenu en provenance de la maison d'arrêt de Vannes nécessitant une hospitalisation à l'UHSA devra lors de sa levée d'écrou être hospitalisé au CHS de Saint Avé. Il sera donc nécessaire de mettre en place des protocoles entre le CHGR et les secteurs de psychiatrie pour éviter un « déversement automatique » de tous les patients de l'UHSA au CHGR dans un contexte de saturation des unités d'hospitalisation complète des secteurs.

Le recrutement du personnel non médical représente également une problématique importante dans la mise en œuvre du projet. Le CHGR est un établissement attractif qui ne connaît pas de problèmes de recrutement. Cependant, l'UHSA nécessite 67 ETP et demande une forte anticipation des recrutements pour permettre l'ouverture de la structure. De plus, la particularité de l'UHSA nécessitera de recruter du personnel expérimenté et non uniquement des soignants sortants de l'Institut de Formation de Soins Infirmiers (IFSI) et également du personnel masculin. En se référant aux ratios de l'UMD de Plouguernevel, on constate qu'un tiers des soignants sont des femmes et que les deux tiers sont du personnel masculin. Ces difficultés liées au recrutement ont été énoncées par tous les établissements candidats pour une UHSA lors de la réunion du 13 mai 2008 au Ministère de la Santé.

B) les contraintes architecturales

L'implantation foncière de l'UHSA à Rennes a connu des évolutions liées aux contraintes urbaines. Les règles d'urbanisme ont connu des évolutions qui ont amené le CHGR à modifier l'accès prévu à l'UHSA. En effet, le PLU de la ville de Rennes a prévu des dispositions qui ne permettaient plus l'accès initial du projet d'implantation. Le CHGR a

ainsi en mars 2008 effectué des réunions avec la ville de Rennes afin de faire coïncider le projet avec les contraintes de l'urbanisme.

Les contraintes architecturales ont également des incidences sur le coût d'investissement. La circulaire du 16 juillet 2007 prévoit que le coût pour la réalisation d'une opération de construction d'une UHSA (hors plan d'équipement médical et mobilier et hors coût de sécurisation) est entre 6 millions d'euros et 7,6 millions d'euros pour une UHSA de 40 lits. Ces coûts sont exprimés en coûts « toutes dépenses confondues ». Or, les estimations ministérielles n'ont pas pris en compte les locaux techniques et ont sous évalué certaines dispositions liées aux contraintes sécuritaires non prises en charge par la DAP (murs des chambres en béton, isolation phonique...). Le CHGR prévoit un coût toutes dépenses confondues de 12,4 millions d'euros dont un coût de 8,2 millions pour les travaux. La part revenant au CHGR s'élevant à 8,2 millions et 1,8 millions pour l'administration pénitentiaire. Les aménagements de sécurisation et les installations spécifiques sont avancés par les établissements de santé et remboursés par l'administration pénitentiaire. Le coût d'investissement final incluant les équipements s'élèverait à 13,6 millions.

Or, afin de mettre en perspective ces coûts, il est intéressant de constater que l'UMD de Plouguernevel a coûté 10 millions d'euros sans les mêmes mesures de sécurisation et avec la zone mixte en moins. Les UHSA sont donc des projets présentant des coûts d'investissement élevés au vue de leurs particularités.

C) un projet soumis aux arbitrages ministériels

Les projets UHSA doivent tenir compte du programme national et sont donc soumis à des contraintes, notamment architecturales. La DHOS et la DAP ont rappelé régulièrement la nécessité de respecter les ratios de surfaces afin de maîtriser les coûts. Les tableaux de bord définis par la circulaire du 16 juillet 2007 doivent être complétés par les établissements. En effet, la plupart des projets ne respectent pas les ratios de surface du programme national et dépassent ces derniers. En corollaire, les coûts d'investissement ont dépassé d'environ 30% les projections ministérielles. Or, le programme UHSA constitue à la fois une priorité gouvernementale et une priorité de santé publique mais est soumis à des contraintes budgétaires. Pour une unité de 40 lits, le programme définit une SDO de 2900 m². Le projet architectural du CHGR prévoit 3368 m² SDO. Trois facteurs peuvent expliquer ce dépassement de surfaces et donc de coût : le coût généré par la voie supplémentaire liée aux contraintes d'urbanisme, la création d'un secteur pour personnes vulnérables, les locaux techniques non prévus dans la circulaire du 16 juillet 2007. Des réflexions sont menées sur une optimisation de l'espace permettant d'obtenir

une superficie de 2958m². Certains locaux situés dans les unités hospitalières (un salon TV, un bureau psychiatre, un bureau cadre) pourraient être supprimés. De même, chaque unité de 20 lits pourraient ne comporter qu'une chambre d'isolement. Ces nouvelles dispositions doivent cependant être acceptées par le corps médical au vu du projet médical et illustrent les tensions entre les objectifs nationaux et la réalisation concrète d'un projet.

De même, les procédures (concours, appel d'offres) ont été lancées avant les validations ministérielles. Les établissements volontaires ont reçu une subvention de 200000 euros pour financer les frais des études préalables. Les ministères ont effectué des visites sur site des établissements volontaires. Cette rencontre a eu lieu le 1^{er} juillet 2008 pour le CHGR. Or, si les validations ministérielles ne sont pas confirmées, les établissements ne pourront pas continuer la procédure. Ainsi, après le choix du candidat en octobre 2008, le CHGR devra arrêter la procédure en attendant la réponse ministérielle. Le projet UHSA illustre le rôle d'impulsion d'un directeur d'hôpital mais également son rôle de coordinateur entre les programmes nationaux et les enjeux locaux.

D) la régulation des flux des patients

Les UHSA seront confrontées à une demande importante et la gestion des flux sera au centre du projet. En effet, les UHSA auront vocation à hospitaliser les détenus consentants et les détenus hospitalisés sous contraintes des régions concernées. La file active du CHGR pour les HO carcéraux est établie à partir des chiffres de 2007. Elle s'élèverait à 230 hommes et 45 femmes, soit 245 détenus au total pour les trois régions. L'UHSA sera donc confrontée à une demande importante au vu de sa capacité de 40 lits.

De plus, il est actuellement impossible d'identifier la file active de patients consentants. Il n'existe aucune étude d'impact permettant d'évaluer cette demande de soins. L'UHSA pourrait donc faire face à un afflux de patients non compatible avec sa capacité.

Au vu de la capacité des UHSA et de l'étendue de leurs champs de compétences, la question de la régulation de la prise en charge en urgences se pose avec acuité.

Afin que l'UHSA puisse répondre aux difficultés rencontrées dans la prise en charge des détenus, certaines mesures doivent être mises en œuvre. Certaines conditions sont nécessaires à la réussite des UHSA. Le directeur d'hôpital a un rôle majeur à jouer.

3 Les préconisations : rôles et missions d'un directeur d'hôpital afin que l'UHSA devienne un véritable outil d'organisation pour l'hôpital public dans la prise en charge psychiatrique des détenus

Le directeur d'hôpital dispose de marges de manœuvre lui permettant de trouver des réponses adaptées aux difficultés du projet UHSA et de faire de cette structure une véritable réponse innovante pour la prise en charge des détenus. Ces propositions sont inspirées des rencontres et entretiens réalisés avec les professionnels concernés.

3.1 Une fonction d'organisateur : la nécessité d'établir un parcours de soins clairement identifié

Le directeur d'hôpital doit également définir les liens de l'UHSA avec les autres structures de soins interne tel le SMPR et externes dans un contexte de fonctionnement interrégional. Il doit élaborer un parcours de soins cohérent afin d'assurer la sécurité et la qualité des soins, fonctions inhérentes à son métier. Il devra également organiser la montée en charge progressive de cette nouvelle structure.

3.1.1 Articulation de l'UHSA avec les autres structures

L'UHSA s'inscrit dans un parcours de soins complexe et doit s'articuler avec les autres structures concernées par la prise en charge des détenus. La continuité des soins entre les différentes structures doit être organisée durant la détention.

A) articulation avec les UCSA

Dans les établissements pénitentiaires non dotés de SMPR, les secteurs de psychiatrie interviennent au sein des UCSA pour la prise en charge en ambulatoire. Les psychiatres des UCSA seront les prescripteurs des hospitalisations en UHSA. Il a été établi dans le projet médical que seuls les psychiatres pourront définir une indication d'hospitalisation afin d'éviter une demande trop importante. Des protocoles seront établis entre l'UHSA et les UCSA des régions concernés, via le SMPR. Une concertation permanente, par le biais de réunions permettra une analyse des différents cas cliniques.

L'indication de l'hospitalisation avec consentement sera posée par le psychiatre de l'UCSA intervenant dans l'établissement pénitentiaire et les modalités d'admission seront décidées d'un commun accord entre ce dernier et le psychiatre responsable de l'UHSA. L'indication d'une hospitalisation sans consentement fait l'objet d'un certificat médical qui ne peut être établi par un psychiatre exerçant dans l'établissement siège de l'UHSA.

B) articulation avec l'UHSI

Les UHSA seront implantées à proximité des UHSI afin d'établir une complémentarité entre ces deux structures dans une approche globale du soin.

Des mutualisations d'effectifs peuvent également être envisagées pour les vacations de spécialistes. Certaines consultations somatiques pourraient être mutualisés avec l'UHSI. Un protocole pourrait être établi avec ces structures.

De même, des hospitalisations en UHSA pourront avoir lieu à l'issue d'une hospitalisation somatique dans le cadre des tentatives de suicide.

C) articulation avec l'UMD

Les détenus présentant une dangerosité particulière pourront toujours être hospitalisés en UMD. Lors de la levée d'écrou, les patients le nécessitant pourront également être hospitalisés en UMD. Cependant, si un patient hospitalisé en UHSA présente une dangerosité imminente, il ne pourra pas être transféré en UMD. L'ouverture d'une UHSA écarte toute autre modalité d'hospitalisation. La législation ne permet pas ce type de transfert. Ce problème juridique devra être résolu au niveau national afin de conserver aux UMD leur rôle particulier dans la prise en charge des détenus dangereux. L'unité de soins de l'UHSA accueille des patients présentant des pathologies semblables à celles rencontrées par les unités des secteurs de psychiatrie générale. La présence de détenus dangereux pourrait exiger un transfert de l'UHSA en UMD. La législation sur le plan national est amenée à évoluer pour permettre ce type de transferts.

Les liens avec le SMPR font l'objet d'un point spécifique car ils revêtent une importance particulière et induisent une réflexion sur une redéfinition des missions de ce dernier.

3.1.2 La nécessité de redéfinir les missions du SMPR

L'articulation entre les SMPR et l'UHSA sera la clef de voûte du fonctionnement optimal de l'UHSA. Un parcours de soins doit être clairement défini car les psychiatres des SMPR seront les prescripteurs d'une orientation en UHSA.

A) le projet initial

Le projet médical rédigé en mars 2007 redéfinit le rôle des SMPR. Ils n'auront plus la mission d'hospitalisation des patients consentants mais s'orienteront vers des missions de soins et de consultations alternatives de type hôpitaux de jour- CMP/ CATTP. Les SMPR deviendront des centres de ressources de proximité.

Un parcours de soins ressemblant à celui de la psychiatrie générale se profile : une unité d'hospitalisation complète avec l'UHSA et un suivi ambulatoire assuré par les SMPR. Une articulation sera mise en place entre l'UHSA (temps plein) et les SMPR (temps partiel) pour favoriser une prise en charge adaptée des détenus. Le SMPR jouera un rôle de régulateur concernant les entrées et les sorties vers l'UHSA. Il joue un rôle de filtre des hospitalisations en amont et assure la continuité des soins en aval. Cependant, une question s'est progressivement posée autour de la conservation des lits d'hospitalisation au SMPR au vu des contraintes pénitentiaires.

B) les contraintes pénitentiaires

En parallèle du projet UHSA, une nouvelle maison d'arrêt est construite à Rennes. Ce projet a permis de réfléchir précisément sur les fonctions du SMPR, sa localisation et la conservation des lits d'hospitalisation. Dans la logique initiale sanitaire de transformation du SMPR en hôpital de jour, les lits deviennent des places. Or, l'administration pénitentiaire évalue ses capacités en cellules et non en places. Si le nouveau SMPR ne dispose que de 30 places et non de lits, l'administration pénitentiaire inclura ces 30 places dans ses capacités d'accueil. La logique pénitentiaire n'affectera pas ces cellules aux patients du SMPR ou aux patients qui doivent sortir de l'UHSA et bénéficier d'un suivi ambulatoire. Le patient en consultations au SMPR sera un détenu d'une aile. Or, les transferts de détenus au sein des structures pénitentiaires sont complexes et posent des problèmes organisationnels. Il sera donc difficile de faire sortir un détenu de sa cellule, de le conduire en hospitalisation de jour au SMPR, puis à la fin de sa consultation de le ramener en cellule ordinaire. La logique de détention courante n'assure pas une pérennité des soins et il faut sécuriser l'accueil au SMPR après l'hospitalisation en UHSA. Les contraintes pénitentiaires et les logiques de la détention s'avèrent différentes des logiques soignantes et ne permettent pas de mettre en œuvre une organisation totalement similaire à celle de la psychiatrie générale. Le SMPR dans ces conditions doit ainsi conserver des lits et deviendra un hôpital de jour aux fonctions particulières.

C) le SMPR : pivot de l'hospitalisation des soins aux détenus

Afin de sécuriser l'accueil au SMPR après une hospitalisation à l'UHSA, le SMPR de Rennes s'oriente vers une conservation des 30 lits. Il demeure ainsi un hôpital de jour intensif à destination des détenus et assure également les activités ambulatoires. Cette activité d'hôpital de jour sera fondée sur une prise en charge intensive sur une période continue (de 3 à 4 semaines) et non sur le modèle classique des hôpitaux de jour³³.

Cette disposition permettra d'assurer la fluidité des sorties des patients de l'UHSA au sein des SMPR. Cette organisation prend également en compte les contraintes liées au statut de détenu des patients.

3.1.3 La gestion de la transition

Dans l'attente du fait que les UHSA puissent remplir définitivement leurs rôles, une organisation doit être mise en œuvre au sein des établissements.

A) assurer une montée en charge progressive des UHSA

La loi du 9 septembre 2002 précise que : « *dans l'attente de la prise en charge par les UHSA ... l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux continue d'être assurée par un SMPR ou un établissement de santé habilité* ». Or, la montée en charge des UHSA est progressive et doit se réaliser en deux tranches. Les établissements de la première tranche ne pourront pas répondre à toute la demande de soins des détenus. Les premières UHSA risquent de se trouver confrontées très rapidement à la question d'un afflux importants de détenus au vu de leurs capacités. La loi de 2002 sera définitivement applicable quand les deux tranches seront réalisées. L'hospitalisation des détenus au sein des secteurs psychiatriques demeurera possible durant cette phase transitoire.

Cette phase de transition soulève des questions car l'hospitalisation des HO carcéraux demeurera possible au sein des secteurs si la demande d'hospitalisation dépasse la capacité des lits des UHSA. Cette disposition nécessitera un travail pédagogique auprès des équipes soignantes de la part de la direction. Des informations au cours des instances devraient être organisées pour expliquer cette phase transitoire qui n'a pas vocation à atténuer le but ultime de la loi qui pose comme principe que l'hospitalisation des détenus ne doit plus avoir lieu au sein des secteurs de psychiatrie. Au-delà des

³³ Entretien Docteur Henri médecin chef de service du SMPR

actions de communication, des protocoles de prise en charge des HO au sein des secteurs de psychiatrie devront être formalisées afin d'en améliorer la qualité et ne pas créer une distorsion entre les patients pris en charge en UHSA et ceux pris en charge en psychiatrie générale.

Dans une perspective à plus long terme et selon la durée de la phase de transition, on peut s'interroger sur la pertinence de créer au sein des secteurs de psychiatrie des unités intersectorielles pour détenus. Ces unités préfigureraient les futures hospitalisations en UHSA et permettraient d'améliorer la qualité des hospitalisations.

Elles permettraient également de créer des structures intermédiaires pour les prises en charge en urgences. En effet, contrairement aux UHSI, la notion d'hospitalisation de proximité disparaît. Or, l'UHSA étant une structure interrégionale, si un cas d'urgence nécessitant une très courte hospitalisation de l'ordre de 24 heures ou 48 heures se présente, il faut envisager un transfert qui s'avère incompatible avec la notion d'urgences. Concrètement, si un détenu de la maison d'arrêt de Caen dans le cadre d'une crise suicidaire ou d'une décompensation délirante nécessite une hospitalisation en urgence en pleine nuit, son hospitalisation à l'UHSA de Rennes pose des problèmes. Ces unités de proximité répondraient peut être cette problématique. Elles ne devraient cependant pas entraîner de coûts supplémentaires d'investissements, ni se poser en concurrence des UHSA mais en complémentarité pour une offre d'urgences de proximité.

Une seconde orientation plus cohérente avec les indications ministérielles consisterait à établir un protocole entre l'UHSA et les structures de l'interrégion pour la prise en charge en urgences. Les psychiatres en charge de ces patients pourront prendre contact directement avec le médecin chef de l'UHSA dès qu'ils pressentent une hospitalisation afin d'organiser l'urgence.

B) réguler les flux des patients

La question de la régulation des flux des patients nécessite également des solutions concrètes. La régulation de la disponibilité des lits est un enjeu majeur de ce projet pour un directeur d'hôpital. Des protocoles d'admission doivent être établis avec les SMPR et les secteurs de psychiatrie des régions concernées pour les hospitalisations sous contraintes. Des réunions régulières de coordination devront avoir lieu pour envisager les différentes hypothèses.

Concernant les hospitalisations libres, une commission d'admission collégiale composée du médecin chef de l'UHSA et des praticiens concernés, notamment des SMPR pourrait être constituée afin d'examiner les cas cliniques. Des listes d'attente avec un ordre de priorité permettraient de réguler une demande qui peut se révéler très importante et qui ne peut être chiffrée actuellement.

Les sorties des patients seront organisées avec les SMPR qui joueront un rôle d'aval. Afin de permettre une fluidité de la structure, l'UHSA devra respecter les orientations du projet médical et ne s'orientera pas vers une prise en charge de la chronicité. Les contrats de soins établis avec les patients devront être établis dès leur arrivée afin de réguler la DMS.

3.2 Une fonction managériale : la conduite du projet en interne

Le directeur d'hôpital face à un projet tel que l'UHSA joue un rôle majeur dans la conduite du projet en interne. Il dispose des leviers nécessaires pour entraîner une dynamique au sein de l'établissement.

3.2.1 L'adhésion du corps médical

L'adhésion du corps médical représente une étape importante dans la conduite du projet. Le ministère de la Santé a rappelé à chaque réunion d'étape l'importance pour les établissements candidats d'avoir le soutien de leur corps médical.

A) le volontarisme des établissements : pilier des projets UHSA

Le corps médical est porteur du projet au CHGR car l'UHSA s'inscrit au sein du projet médical de l'établissement établi dès mars 2006. La CME a émis des avis favorables tout au long du projet. Le CHGR possède une expérience dans la prise en charge des détenus par les activités de son SMPR et cette problématique est reconnue au sein de l'hôpital. L'adhésion des médecins au projet est importante car ce dernier entraîne une réorganisation de la prise en charge des détenus. Le projet UHSA est également un projet coûteux et qui demande une emprise foncière. Il s'inscrit donc comme une priorité stratégique au sein d'un établissement. Le corps médical au sein des CHS est plus sensibilisé à cette problématique que dans les établissements MCO. Les établissements candidats à une UHSA qui ne sont pas des CHS connaissent de plus grandes difficultés pour obtenir l'adhésion des médecins car ces derniers évaluent moins les impacts institutionnels. Cependant, initialement les psychiatres étaient opposés à un projet qui remettait en cause la sectorisation en créant une filière spécifique détenus et un travail pédagogique au sein des établissements est une condition de réussite du projet.

En termes organisationnels, les gardes et astreintes au sein de l'établissement seront effectuées par l'ensemble de l'établissement et non pas uniquement par les médecins de l'UHSA. L'UHSA aura ainsi un impact direct sur l'organisation médicale. La sensibilisation du corps médical revêt ainsi un aspect majeur dans la conduite du projet.

B) sensibiliser et communiquer auprès du corps médical

Des communications régulières sur le projet doivent être effectuées en CME. Le CHGR a effectué cette communication régulière dès la préparation du projet, puis a informé le corps médical des évolutions du projet et du programme. Cette démarche a permis à l'établissement de ne pas connaître des résistances au changement.

L'adhésion du médecin chef de service du SMPR qui est appelé à devenir le médecin chef de l'UHSA est également stratégique dans la conduite du projet en interne. En effet, ce dernier élabore le projet médical de l'UHSA et il doit avoir une vision claire et une conception du rôle de l'UHSA et de son articulation avec la psychiatrie de secteur. Il peut ainsi être le relais du projet auprès de ses collègues.

Un autre instrument de sensibilisation du corps médical dans un établissement peut être la mise en place d'une EPP sur la mise en chambre d'isolement des HO carcéraux. Ainsi, les médecins de l'établissement peuvent prendre conscience des limites de la prise en charge actuelle des détenus et sont amenés à percevoir les enjeux liés à la mise en place d'une UHSA.

3.2.2 Une démarche projet permanente

La démarche projet doit conserver son dynamisme jusqu'à la construction en 2011 de la structure.

A) conserver la dynamique projet

Il s'agit de conserver la dynamique issue de l'élaboration du projet tout au long de la démarche. Le CHGR a instauré une démarche active orientée autour de réunions pluriprofessionnelles et interrégionales. Or, cette méthode ne doit pas s'arrêter après la rédaction du projet médical et architectural. La dynamique projet doit continuer jusqu'à la construction effective du bâtiment. L'établissement ne doit pas rester passif jusqu'aux travaux car il doit anticiper les problèmes potentiels.

Pour conserver cette dynamique, l'établissement peut mettre en œuvre un comité de pilotage chargé de suivre l'évolution du projet. Ce dernier pourrait comporter le directeur de l'établissement porteur du projet, les directeurs fonctionnels (DRH, DAF, directeur des travaux et directeur des soins) concernés par un aspect du projet.

Ce comité de pilotage UHSA pourrait également comporter le futur médecin chef et le futur cadre de la structure ainsi qu'un infirmier et un psychologue, futurs utilisateurs de terrain de la structure.. Au-delà de l'établissement, il inclurait également un représentant

de l'administration pénitentiaire, le programmiste, voire l'architecte après la phase de concours. Ce comité de pilotage pourrait ainsi évaluer l'évolution du projet, proposer des solutions aux problématiques non envisagées dès le départ et effectuer le suivi avec les ministères. De plus, cette démarche permettrait de conserver l'intérêt du personnel de l'établissement. En parallèle de cette création d'un comité de pilotage permanent jusqu'à la construction de l'UHSA, il conviendrait également d'organiser à intervalles réguliers des réunions avec tous les acteurs concernés des trois régions sur le modèle de celles effectuées lors de l'élaboration du projet.

Des journées thématiques peuvent être organisées. Ainsi, par exemple une journée relative au parcours type du patient au sein de la structure peut avoir lieu. Elle permettrait de voir concrètement l'organisation mise en place et les problèmes concrets y afférents. Par exemple, la question de la délivrance de la méthadone pourrait être abordée. Ce type de démarche pro-active a été menée lors de l'élaboration du projet de l'UMD de Plouguernevel et a permis à l'arrivée une organisation bien pensée. Un exemple illustrant est le système mis en place pour résoudre la problématique du tabac. Les cours internes sont dotées d'éléments de type allume cigares. Les patients ne portent ainsi sur eux aucun briquet ou allumette dans les unités et peuvent fumer à l'extérieur. La dynamique projet peut ainsi engendrer des idées innovantes.

B) renforcer le partenariat avec l'administration pénitentiaire

Le partenariat entre l'administration pénitentiaire et l'hôpital doit rester important et efficace durant toute la durée du projet et jusqu'à la construction de l'UHSA pour permettre ensuite un bon fonctionnement de cette structure qui repose sur cette collaboration. Au-delà de l'intégration d'un représentant de l'administration pénitentiaire au comité de pilotage UHSA, certaines actions de partenariat pourraient être menées. Il pourrait être envisagé des formations communes pour le personnel pénitentiaire et soignant rappelant le rôle de la future UHSA, ses missions, son organisation avant l'ouverture de la structure. Des modules spécifiques autour de thèmes de santé publique tels la prévention du suicide ou les addictions permettraient également au personnel pénitentiaire et soignant de parler un langage commun.

Des modules juridiques sur le statut du détenu hospitalisé ainsi que sur l'organisation du système de soins et sur l'organisation de l'administration pénitentiaire permettraient une véritable collaboration effective des personnels au sein de l'UHSA.

De plus, la période transitoire dans l'attente d'une pleine capacité des UHSA entraînera toujours les problèmes actuels et nécessitera un travail partenarial renforcé. Il serait utile

de proposer des stages, d'une durée de un ou deux jours, afin que le personnel pénitentiaire découvre la prise en charge des HO carcéraux au sein des unités et que les équipes soignantes puissent visiter la prison et le SMPR. Ces stages, reposant sur le volontariat permettraient au personnel pénitentiaire de prendre connaissance des conditions difficiles d'hospitalisation des HO carcéraux et réciproquement le personnel soignant prendrait conscience du rôle des surveillants et chefs de détention dans le repérage des pathologies psychiatriques des détenus.

De la même façon, les relations institutionnelles entre le personnel pénitentiaire et le personnel du SMPR doivent être renforcées au travers de réunions régulières.

3.3 Un rôle prospectif

La mise en place d'une UHSA nécessite également de la part d'un directeur d'hôpital une anticipation de certaines problématiques telles le recrutement et les transports.

3.3.1 la nécessité de prévoir le recrutement

Le recrutement du personnel dans la perspective de l'ouverture de la structure en 2011 nécessite une organisation en amont.

A) anticiper le recrutement

L'UHSA sera une structure particulière qui nécessite de recruter du personnel motivé et expérimenté. De plus, le projet nécessite un recrutement important de personnel soignant et notamment de personnel infirmier. Ainsi, le CHGR devra recruter 40 infirmiers pour 2011. En effet, l'UHSA nécessite une évaluation soignant pointue et donc induit un recrutement plus important d'infirmiers que d'aides soignants. Ce recrutement au vu des tensions démographiques et du turn over du personnel soignant nécessite d'être intégré en amont.

Ainsi, les fiches et les profils de poste pourraient être établis fin 2008 et début 2009. Les qualités requises s'orienteraient vers une expérience en psychiatrie, voire en psychiatrie pénitentiaire au vu des pathologies prises en charge et également d'une conscience importante de sa mission de soins. La complexité du recrutement tient au fait qu'une partie du personnel soignant devra être expérimentée et devra comporter des hommes (par comparaison en UMD, il y a deux tiers de personnel masculin). La publication des postes devra être effectué en 2010 ainsi que le recrutement effectif. La constitution de la première équipe pourrait être effectuée en septembre 2010. Cette dernière serait formée et pourrait effectuer des stages au SMPR. La deuxième équipe serait constituée en

janvier 2011 et bénéficierait d'un échange avec la première équipe. Ce déploiement progressif permettrait une ouverture progressive de la structure. L'UMD de Plouguernevel a ainsi ouvert d'abord une unité, puis sa deuxième quelques mois plus tard.

Un partenariat avec les IFSI des régions concernées par la création de l'UHSA permettrait également d'anticiper le recrutement. En effet, le recrutement étant important, il y aura une part de personnel sortant de l'école même si les profils de poste privilégient les postes en mutation. Au plan national, il serait également souhaitable qu'il soit envisagé une augmentation des postes aux concours des IFSI pour prendre en compte la perspective des UHSA. De même, des modules relatifs aux UHSA pourraient être intégrés dès la formation initiale à l'IFSI afin de sensibiliser les soignants à ces nouvelles structures.

En l'état des lieux, l'attractivité de l'UHSA de la part des soignants n'est pas assurée. Les établissements nonobstant le coût financier seront peut-être obligés d'attribuer une prime incitative, comparable à celle versée au personnel des UMD.

B) former le personnel

La formation du personnel recruté revêt un caractère majeur. L'établissement devra ainsi rédiger dès 2009 un cahier des charges pour la formation du personnel à la prise en charge aux détenus. Ces formations devront également être intégrées au plan de formation en 2009. Elles joueront un rôle d'information auprès des personnels soignants et pourront peut-être rendre plus attractif le recrutement. Lorsque les équipes seront constituées, des formations spécifiques en amont de l'ouverture de la structure devront leur être proposées. Des formations spécifiques, théoriques et pratiques, à la gestion des situations à risques seront effectuées³⁴. De même, le personnel bénéficiera de stages au SMPR et de formations communes avec l'administration pénitentiaire pour se familiariser avec ces structures et créer un climat partenarial.

3.3.2 l'évaluation financière

L'UHSA sera une unité au coût de fonctionnement important. Une évaluation prenant en compte ces derniers doit être anticipé au travers d'une comptabilité analytique.

³⁴ Institut Pinel à Montréal

A) le coût de fonctionnement d'une UHSA

Le CHGR a établi un coût de fonctionnement de 5 millions d'euros avec des dépenses de personnel estimées à trois millions d'euros, des dépenses médicales de 172 000 euros et des dépenses hôtelières de 597 000 euros et des amortissements estimés à 1,1 millions. Cette première évaluation ne tient pas compte des charges indirectes et n'a pas intégré les coûts liés aux transports. Le centre hospitalier d'Orléans évalue son coût de fonctionnement à 6,8 millions en intégrant les charges indirectes. L'UHSA aura donc un impact financier important dans le budget des établissements. Ces derniers doivent donc mettre en place des évaluations précises par le biais d'une comptabilité analytique. Par exemple, les surfaces ont un impact sur la consommation des produits ménagers et cet élément doit être pris en compte dans l'évaluation des dépenses à caractère hôtelier.

B) une évaluation nécessaire

La circulaire du 16 juillet 2007 définit les modalités de financement des coûts d'investissement, hors travaux de sécurisation pris en charge par la DAP. Les modalités de financement des coûts de fonctionnement ne sont pas définies précisément. Cette évaluation financière se révèle donc particulièrement stratégique. Les établissements candidats ont décidé d'organiser une réunion inter-hospitalière en octobre 2008 pour évoquer cette problématique et pour définir leur méthode d'évaluation financière.

3.3.3 La problématique des transports

Les transports représentent un coût financier important et une organisation à définir. Ils représentent le problème majeur dans la gestion des UHSA.

A) les transports : un enjeu majeur

Le transport des patients hospitalisés sans consentements de l'établissement pénitentiaire à l'UHSA incombe à l'établissement siège de l'UHSA. Or, l'UHSA est interrégional et couvre une distance importante.

Si nous prenons le CHGR comme exemple pour cette problématique, nous constatons que les transports auront un impact organisationnel et financier. L'interrégion couverte par l'UHSA rennaise est très étendue car elle comporte les établissements pénitenciers suivants : Brest, Lorient, Vannes, Saint Briec, Rennes, Saint Malo, Angers, Laval, Nantes, Fontenay le Comte, la Roche sur Yon, Alençon, Caen, Argentan, Cherbourg et Coutances. Les distances sont très étendues et nécessiteront un temps important. Ces

transports mobilisent un ambulancier et deux personnels soignants pour l'accompagnement. Le temps de transport comprend le nombre de kilomètres parcourus mais également le temps d'attente lié à la prise en charge du détenu. La moyenne des temps de transports est évaluée en moyenne à cinq heures pour le CHGR. Le nombre de transports sera fréquents car la file active des HO détenus pour la future UHSA est de 275 par ans. Ainsi, le nombre d'ETP pour le transport est envisagé à 4,08.

Les services transports sont également concernés par l'instauration d'un nouveau circuit logistique avec la desserte des unités de soins de l'UHSA. En effet, les flux logistiques concerneront : les arrivées de linge propre, les départs de linge sale, les livraisons de repas. Ces transports prendront plus de temps que les livraisons traditionnelles dans les autres unités car un contrôle physique des véhicules et des marchandises sera effectué par le personnel pénitentiaire.

Les transports nécessitent donc des véritables études d'impact au sein des établissements.

B) les prospections nécessaires

Au vu de ces enjeux, un directeur d'hôpital doit anticiper les besoins de l'UHSA dans son service transport. Concrètement, au CHGR la mise en place de l'UHSA nécessitera l'achat d'un véhicule sanitaire supplémentaire, le recrutement d'un ambulancier ou le recours plus important au prestataire privé. La stratégie de chaque établissement doit intégrer dès 2008 l'UHSA dans sa politique transports. La mise en place d'une UHSA nécessite de renforcer ses équipes en interne ou de mettre en œuvre un nouveau contrat avec les prestataires.

De même, les transports en urgences nécessiteront de réfléchir à la mise en place d'une organisation permettant de répondre à l'urgence. Les obligations de service public devront être fortement rappelées au prestataire pour les transports en urgences la nuit.

Les chauffeurs effectuant les livraisons devront également être informés des contraintes liées à la sécurisation de l'UHSA, notamment les contrôles.

En effet, cet élément pourrait constituer une source de mécontentement relative aux conditions de travail de la part des chauffeurs. Un travail pédagogique auprès de ces derniers sera nécessaire.

Conclusion

Le constat préoccupant de la forte prévalence de troubles mentaux en milieu carcéral conjuguée à une offre de soins pour les détenus incomplète a conduit le législateur à créer les UHSA. L'UHSA est donc un projet novateur et nécessaire qui s'inscrit dans la gestion hospitalière car il a de fortes implications sur l'organisation de la prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques. Cette unité poursuit un objectif affiché ambitieux d'amélioration de la qualité des soins. Elle permettra l'hospitalisation complète des détenus avec consentement et améliorera la qualité de la prise en charge des HO carcéraux en recentrant les missions du personnel autour du soin. Ces unités sont également novatrices car elles reposent sur un partenariat entre l'administration pénitentiaire et l'hôpital.

L'étude de la phase opérationnelle de la mise en place d'une UHSA met cependant en exergue les difficultés concrètes de ce projet. La gestion des flux de patients dans un cadre interrégional, l'articulation avec les autres structures, la gestion de l'urgence sont autant de défis à relever pour un directeur d'hôpital.

Il s'agira également de mettre en œuvre les dispositions de fonctionnement contenues dans le projet et d'adapter un cahier des charges nationales aux spécificités locales.

J'ai pu observer, analyser, les enjeux et les difficultés afférents à l'élaboration d'un tel projet. J'ai également pu saisir toute la richesse des débats autour des UHSA de par mes entretiens et ma participation au projet.

L'UHSA possède également une dimension citoyenne de par le questionnement éthique qu'elle induit de la part de chaque acteur concerné. Elle est peut être une réponse à la dialectique introduite par Michel Foucauld entre le soin et la punition en permettant au détenu d'avoir un accès aux soins égal aux autres patients durant sa détention.

Les premiers établissements ayant ouvert une UHSA seront sans doute confrontés à des difficultés imprévues et à des anomalies de fonctionnement et seront tenus d'améliorer le projet initial. Le perfectionnement de ces unités sera un des défis futurs des dirigeants hospitaliers.

Bibliographie

Ouvrages

Salas D *La volonté de punir : essai sur le populisme pénal* 2005

Foucault Michel *surveiller et punir* éditions Gallimard 2005

Chavin I *La santé en prison, les enjeux d'une véritable réforme de santé publique* 2000
ESF éditeurs

Revues

David M, avril 2004, *La place des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) dans le dispositif de soins aux détenus : leur application en Guadeloupe* l'information psychiatrique

Dubret Gérard, octobre 2006, *la prison, ultime institution pour soigner et punir*, Informations psychiatriques

Rapports

« *L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie* » juin 1998 A.N.A.E.S

« *les conditions de détention dans les établissements de santé en France les prisons : une humiliation pour la République* 2000 rapport de la commission d'enquête du Sénat Hiest, Cabanel

« *L'organisation générale des soins aux détenus* » juin 2001 rapport d'évaluation de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, Inspection Générales des Services Judiciaires

« *De la psychiatrie vers la santé mentale* » Dr Eric Piel et Dr Jean-Luc Roelandt juillet 2001

« *Santé mentale des personnes détenues et troubles du comportement : comment améliorer et articuler les dispositifs de prise en charge sanitaire et pénitentiaire ?* recommandations du groupe de travail mené par le Ministère de la Santé et le Ministère de la justice mars 2001- mars2002

« *rapport du groupe de travail interministériel relatif à la mise en œuvre de l'article 48 de la loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice portant création des UHSA destinées à l'hospitalisation pour troubles mentaux des personnes détenues* » juillet 2003 Ministère de la Santé, Ministère de la Justice

« *Santé, justice et dangerosité : pour une meilleure prévention de la récidive* » juillet 2005 rapport de la commission santé-justice Jean-François Burgelin

Compte-rendu de colloques

Ministère de la Santé et des Solidarités, audition publique *expertise psychiatrique pénale*, 25-26 janvier 2007

HAS audition publique *prise en charge de la psychopathie*, 15 et 16 décembre 2005

Mémoire

Coulomb Elisabeth *La prise en charge psychiatrique des détenus à travers l'exemple du CHS Montperrin* ENSP 2005

Caballero Robert *Entre psychiatrie et prison. Réprimer ou soigner ?* ENSP 2001

Thèse

Le Dez Mylène, 2006, *psychiatrie et carceralité au travers de l'hospitalisation d'office des détenus*, thèse en vue du diplôme d'état de Docteur en Médecine, Université de Rennes 1 faculté de médecine, 114 pages

Textes législatifs et réglementaires

Loi 2002-1138 du 9 septembre 2002 portant création des UHSA

Circulaire DHOS/02/F2/E4/2007 n° 284 du 16 juillet 2007

Liste des annexes

Annexe 1 : Données épidémiologiques -carte de la prise en charge psychiatrique en Bretagne

Annexe 2 : Evolution de la population carcérale en Bretagne

Annexe 3 : tableau des capacités en lits selon les régions

Annexe 4 : schéma d'implantation de l'UHSA

Annexe 5 : schéma organisation générale de l'UHSA

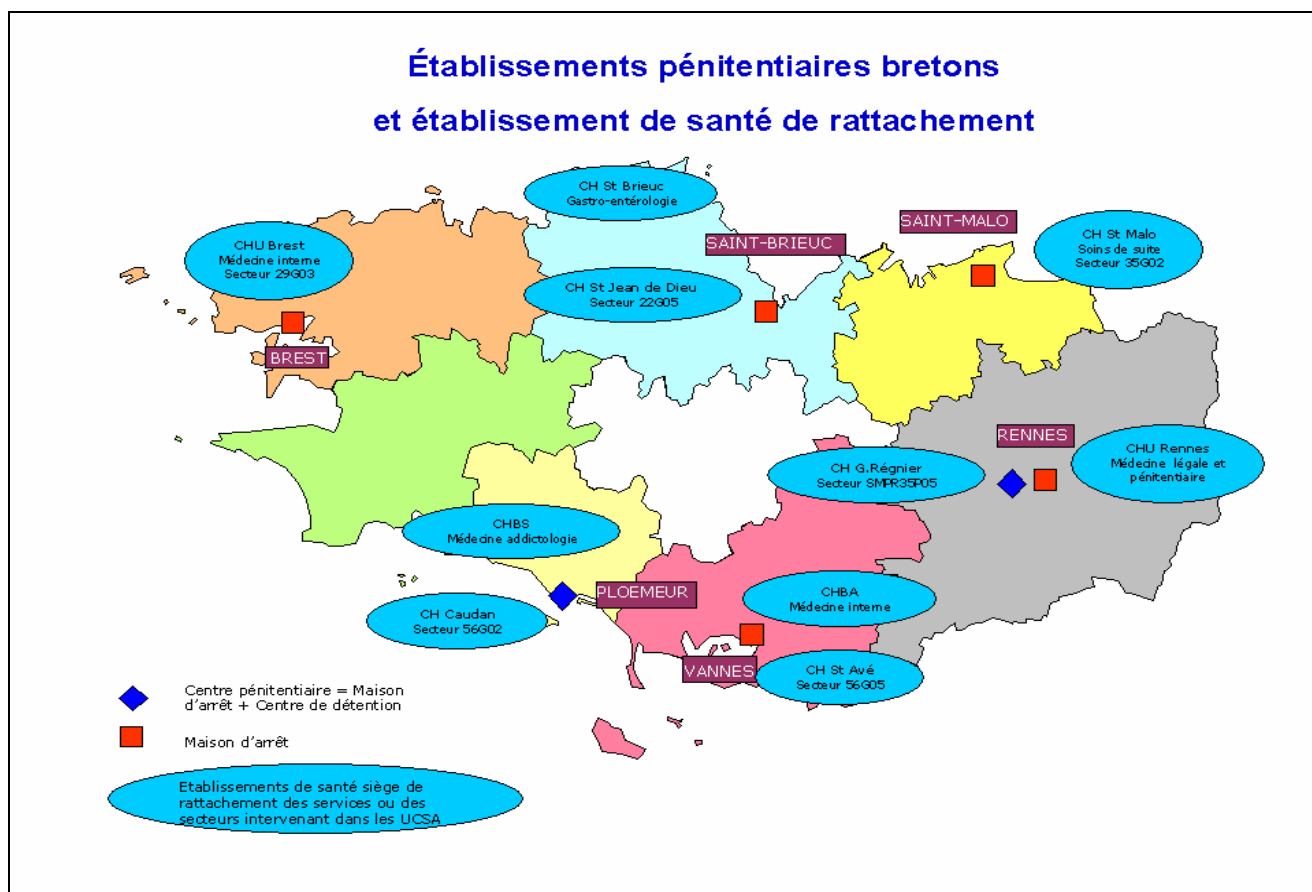
Annexe 6 : liste des travaux effectués relatifs au dossier

Annexe 1 : données épidémiologiques et carte de la prise en charge psychiatrique en Bretagne

Tableau 2. Données épidémiologiques sur les pathologies psychiatriques en détention (% population pénale) [

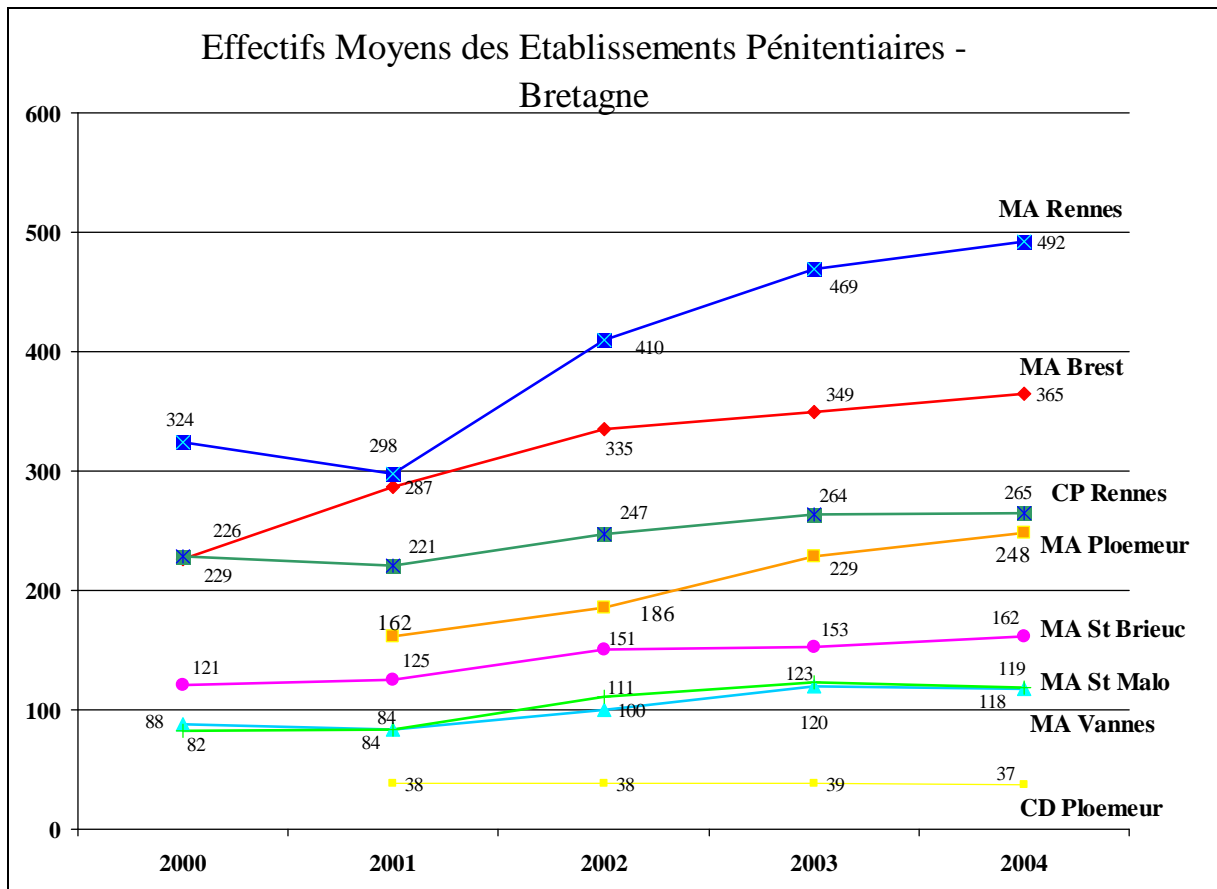
Pathologies psychiatriques	Études internationales				Études françaises			
	Méta-analyse Fazel Danesh	Roesch (hommes prévenus)	Teplin (prévenus)	Motiuk (hommes condamnés)	Gravier 1999	Gallet et al 2000	Dauver 2001	DGS-DAP 2004
Psychoses chroniques	4	5	4	3	2.15	3.5 (MA) 4.6 (CD)	4.75	3,8 à 7% de schizophrénie
Dépression	12	10	14	/	3.5	/	/	18
Personnalités antisociales	20	64	47	57	11	/	15.5	30

Figure 3 : Etablissements de santé siège de rattachement des UCSA et des secteurs de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire



Annexe 2 : évolution de la population carcérale en Bretagne (DRASS 2006)

Figure 2 : Evolution des effectifs moyens des détenus dans les établissements pénitentiaire de la région Bretagne 2000 – 2004



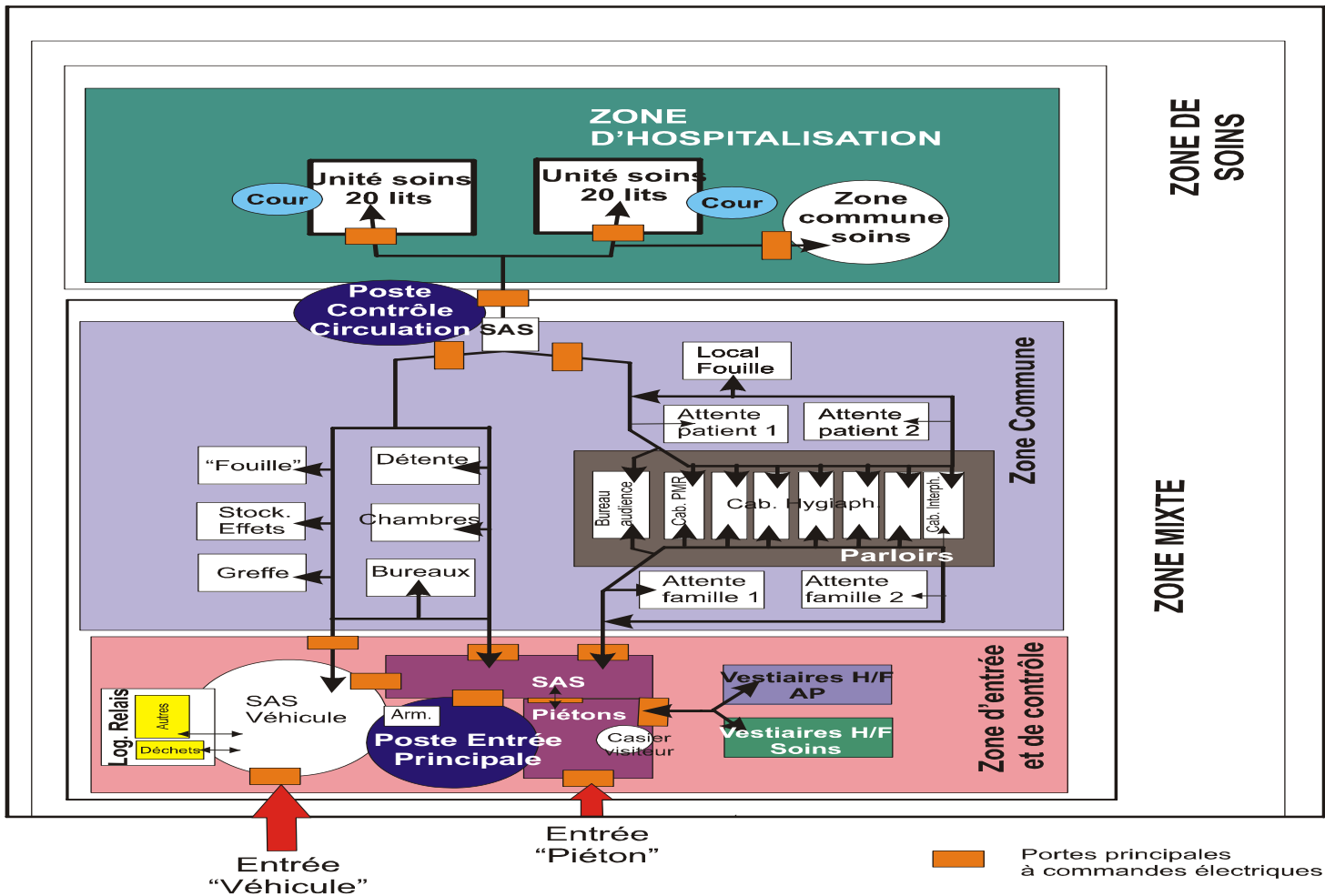
Annexe 3 : capacités en lits des futurs UHSA (rapport du groupe de travail juillet 2003)

région pénitentiaire	CH	population couverte	capacité
Bordeaux	CHS Cadillac	3394	40
Lyon et Dijon	Le vinatier	6931	60
Lille	CHU Lille	7938	60
Marseille	CHU Marseille	6461	60
Paris	CHS Paul Guiraud	11998	100 à120
Rennes	CHS Regnier	4177	40
Strasbourg	CHS Laxou-Nancy	4130	40
Toulouse	CHS Marchand	3488	40
		49017	440ou 460

Annexe 4 : schéma d'implantation de l'UHSA au CHGR



Annexe 5 : schéma d'organisation générale de l'UHSA



Annexe 6 : retroplanning des actions effectuées dans le cadre du projet UHSA

13 mai 2008 : préparation des présentations du projet UHSA dans le cadre de la réunion comparative des projets se déroulant au Ministère de la Santé

Juin 2008 : participation à l'étude des dossiers des candidatures pour le premier jury de concours

05 juin 2008 : jury de concours

1^{er} juillet 2008 : préparation des présentations relatives au SMPR et au projet UHSA dans le cadre de la visite des représentants du ministère au CHGR

Présentation lors de la réunion

Coordination de la journée

juillet 2008 : rédaction d'une note sur le budget du SMPR

Octobre 2008 : élaboration des coûts de fonctionnement de l'UHSA

Participation aux réunions d'étude des candidats pour le 2^{ième} concours

13 octobre 2008 : réunion inter hospitalière sur les coûts de fonctionnement

15 octobre 2008 : réunion préparatoire à l'élaboration du SROS détenu

16 octobre 2008 : participation au jury de concours