



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur d'hôpital**

**Promotion 2004**

---

**LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ  
MENTALE DES DETENUS :**

**l'exemple de PAUL GUIRAUD  
à Villejuif**

---

**Sophie TERQUEM**

---

# Remerciements

---

Un grand merci aux divers services administratifs et services de soins de PAUL GUIRAUD et notamment à Henri Colin, aux chefs de service et à l'ensemble des personnels pour leur accueil et la patience dont ils ont fait preuve face à toutes mes questions.

Un grand merci également à la maison d'arrêt de Fresnes qui m'a ouvert ses portes, jusqu'à celles du mitard !

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION : UN DEFI POSE A L'HOPITAL.....</b>	<b>1</b>
<b>1 PAUL GUIRAUD VILLEJUIF A DEVELOPPE UNE OFFRE DE SOINS DIVERSIFIEE POUR REpondre AUX BESOINS DES DETENUS.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 En prison plus de 50% des détenus souffrent de troubles psychiatriques....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Davantage de malades mentaux sont incarcérés .....	3
1.1.2 La prison est un lieu de décompensation de pathologies psychiatriques .....	5
1.1.3 Le profil des troubles psychopathologiques en prison connaît une certaine évolution .....	6
1.1.4 les types de comportements difficiles à gérer en détention .....	7
<b>1.2 Les soins psychiatriques se sont progressivement développés pour les détenus.....</b>	<b>9</b>
1.2.1 Le développement progressif des soins psychiatriques destinés aux détenus .....	9
1.2.2 Le système de prise en charge en vigueur n'est pas satisfaisant.....	11
<b>1.3 PGV a développé une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques des détenus.....</b>	<b>12</b>
1.3.1 PGV organise les soins au sein de la maison d'arrêt de Fresnes.....	13
1.3.2 les détenus peuvent être hospitalisés à l'hôpital psychiatrique PAUL GUIRAUD	16
<b>2 PAUL GUIRAUD VILLEJUIF ILLUSTRER LES DIFFICULTES ET LES TENSIONS QUE POSE A L'HOPITAL L'ACTUEL MODE DE PRISE EN CHARGE DES DETENUS .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 Des comportements de blocage et de résistance des personnels de PGV..</b>	<b>21</b>
2.1.1 le décalage entre les données chiffrées et les comportements.....	21
2.1.2 de lourdes difficultés organisationnelles pour les services de secteur de l'hôpital .....	23
2.1.3 l'UMD, mieux équipée pour faire face à ces difficultés, pose le problème de son cloisonnement.....	28
<b>2.2 l'autocensure et le malaise du côté des services de soins en prison.....</b>	<b>36</b>
2.2.1 les difficultés du travail soignant en prison .....	37
2.2.2 L'autolimitation et l'autocensure du SMPR.....	39

2.3	<b>Un partenariat perfectible dont la direction de PGV doit être le pivot.....</b>	<b>41</b>
2.3.1	Le partenariat institutionnel.....	41
2.3.2	Le partenariat en interne.....	45
<b>3</b>	<b>LES OBJECTIFS OPERATIONNELS A DEVELOPPER A PGV EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE DES DETENUS .....</b>	<b>47</b>
3.1	<b>les objectifs opérationnels de prise en charge des patients détenus à moyen et court terme .....</b>	<b>47</b>
3.1.1	mieux coordonner le SMPR et les services de secteur .....	47
3.1.2	Ouvrir l'UMD Henri Colin sur l'hôpital .....	51
3.1.3	Résoudre les problèmes de fonctionnement interne sur PGV.....	53
3.2	<b>A plus long terme, la mise en place d'une U.H.S.A (ou USA) .....</b>	<b>54</b>
3.2.1	la réforme de 2002.....	54
3.2.2	Mise en place de la réforme à PAUL GUIRAUD .....	57
	<b>CONCLUSION : L'HEURE DU CHOIX POUR PAUL GUIRAUD.....</b>	<b>61</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>63</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

A.R.H : Agence régionale d'hospitalisation  
C.A.T.T.P : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel  
C.M.P : centre médico-psychologique  
C.N.O : centre national d'observation  
C.P : Code pénal  
C.P.P : Code de procédure pénale  
C.S.P : Code de la santé publique  
C.S.S.T : Centre de soins spécialisés aux toxicomanes  
D 398 : détenu hospitalisé à l'hôpital psychiatrique en vertu de l'article D 398 du Code de procédure pénale  
E.P.S : établissement public de santé  
E.P.S.N.F : établissement public de santé national de Fresnes  
H.O : (patient) hospitalisé d'office  
L 122-1 : personne reconnue irresponsable sur le plan pénal en vertu de l'article L 122.1 du Code pénal  
P.G.V : PAUL GUIRAUD Villejuif  
S.M.P.R : service médico-psychologique régional  
S.P.I.P : service pénitentiaire d'insertion et probation  
U.C.S.A : unité de consultation et de soins en ambulatoire  
U.M.D : unité pour malades difficiles  
U.P.C : unité psychiatrique de consultation  
U.P.H : unité psychiatrique d'hospitalisation  
U.P.L : unité psychiatrique de liaison  
U.H.S.A : unité d'hospitalisation spécialement aménagée  
U.S.A : unité spécialement aménagée  
Q.I.S : quartier intermédiaire sortant

## INTRODUCTION : UN DEFI POSE A L'HOPITAL

Aujourd'hui plus d'un détenu sur deux souffre de troubles mentaux. Les personnels pénitentiaires sont démunis face à des comportements difficiles qu'ils ne comprennent pas toujours. La présence d'un détenu délirant est un facteur de stress pour les surveillants comme pour les codétenus. L'organisation de la prise en charge des troubles mentaux en détention se pose dès lors avec acuité. Or, depuis la loi du 18 janvier 1994, c'est à l'hôpital de relever ce défi. L'établissement public de santé PAUL GUIRAUD à Villejuif (94), hôpital de rattachement du Service médico-psychologique de Fresnes, en est un parfait exemple.

Les soins se sont progressivement développés pour les détenus et PAUL GUIRAUD illustre la diversité des prises en charge en direction de ces patients particuliers (1<sup>ère</sup> partie). L'actuel système, reposant sur une prise en charge éclatée entre structures de soins et structures de répression, pose toutefois de nombreux problèmes à l'hôpital (2<sup>ème</sup> partie). Afin de remédier à une situation préjudiciable à l'ensemble de l'établissement, la direction de PAUL GUIRAUD doit se fixer des objectifs à court et moyen, dans l'attente de la mise en œuvre de la réforme de 2002 créant des unités spécialement aménagées pour l'hospitalisation en psychiatrie des détenus (3<sup>ème</sup> partie).

Afin de cerner au mieux les enjeux et les difficultés de la prise en charge de la santé mentale des détenus sur PAUL GUIRAUD et d'analyser quelques pistes d'amélioration, différentes méthodes de travail ont été sollicitées : l'observation au cours de séjours d'immersion dans les services concernés, des entretiens la plupart du temps informels, la participation aux diverses réunions abordant la thématique des détenus et l'étude des dossiers administratifs des patients hospitalisés d'office en application de l'article D398 du Code de procédure pénale. PAUL GUIRAUD a constitué un terrain d'observation et d'analyse d'une très grande richesse. Les résistances et les blocages que doit affronter la direction de l'hôpital semblent être une bonne illustration des tensions et des problèmes posés par le système encore en vigueur qui conduit à hospitaliser les détenus les plus malades dans les services de psychiatrie générale de l'hôpital. Or ces services ne sont pas adaptés et non pas les moyens nécessaires à l'accueil de ces patients, pas comme les autres.

# **1 PAUL GUIRAUD VILLEJUIF A DEVELOPPE UNE OFFRE DE SOINS DIVERSIFIEE POUR REpondre AUX BESOINS DES DETENUS**

## **1.1 En prison plus de 50% des détenus souffrent de troubles psychiatriques**

Les troubles psychiatriques sont en augmentation en prison. Selon une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation en Santé réalisée en juin 2001 sur les arrivants en détention, plus de 50% des arrivants présentent des troubles psychiatriques majeurs et nécessitent des soins, 60% présentent des troubles addictifs avec une alcoolisation associée ou prévalente quasi constante et 70% des troubles de la personnalité. 40% ont présenté des antécédents psychiatriques et 20% des tentatives de suicide antérieures. Toutes les études, principalement étrangères, montrent que l'exposition aux événements de vie psycho-traumatique est extrêmement fréquente chez les détenus, ce qui contribue à les rendre vulnérables sur le plan psychiatrique. Les études convergent sur un taux de morbidité psychiatrique en détention supérieur à 60%, toutes pathologies confondues.

Différents facteurs peuvent expliquer ce phénomène qui se caractérise par des profils de malades et des comportements difficiles à prendre en charge.

### **1.1.1 Davantage de malades mentaux sont incarcérés**

- A) l'évolution du système de soins en France et son inadaptation pour les malades mentaux en situation de précarité

L'ouverture de l'hôpital psychiatrique, la fin du grand enfermement et des asiles, constituent un progrès de la psychiatrie mais, conjugués à une politique de réduction du nombre de lits et des durées d'hospitalisation, pose un problème pour la prise en charge des malades les plus fragilisés et en situation de précarité. Ces patients sortent de

l'hôpital à peine stabilisés, sans que leur situation sociale ne soit améliorée, notamment la question du logement. L'extra-hospitalier, prenant le relais de l'intra, impose au patient de gérer lui-même son traitement en se rendant périodiquement au Centre médico-psychologique (CMP) pour les prises de médicaments et les consultations. L'hôpital de jour le laisse seul la nuit. Le Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) implique de se lever le matin, de s'auto-discipliner, afin de se rendre à la structure de soins régulièrement.

Ces traitements sont difficiles pour les personnes en situation de précarité et de ruptures sociales. Il s'ensuit des ruptures de traitement, des rechutes engendrant des comportements difficiles voire violents. Les sans-abris sont les premières victimes de la politique de réduction des lits car, dans un contexte de pénurie de personnels, les services de psychiatrie des établissements publics de santé ont tendance à refuser de prendre les « hors secteurs ».

Or, comme l'a montré l'ouvrage récent *Les Naufragés* de Declerck, une grande proportion de ces sans-abris souffre de pathologies mentales, soit qu'ils deviennent malades à cause de la rue, soit qu'ils se retrouvent dans la rue parce qu'ils sont malades sur le plan psychiatrique.

Ainsi toute une population, qui devrait bénéficier de soins à long terme, se retrouve à la rue. On assiste aujourd'hui à l'accroissement d'une population socialement marginalisée, exclue des filières de soins. L'évolution du système de soins en France a paradoxalement abouti à un rejet hors des circuits de soins des malades mentaux en grande situation de précarité. Or, la maladie mentale peut être à l'origine de passages à l'acte criminels ou délictueux, conduisant tout droit ces personnes malades en détention. On aboutit ainsi à une sorte de transfert de ces malades, de l'asile d'hier à la prison d'aujourd'hui. La prison devient dès lors un asile et le premier lieu de soins pour certains d'entre eux, rôle pour lequel elle n'est pas adaptée.

#### B) les juridictions responsabilisent pénalement les malades mentaux

Le regard de la société sur ses « fous criminels » s'illustre au travers de la question de la responsabilité pénale. Au début des années 80, 17% des accusés étaient déclarés irresponsables contre 0,17% actuellement. Les explications sont multiples : la société voudrait des coupables et suivrait une pression sécuritaire et politique, certains psychiatres préféreraient voir ces malades en prison plutôt que dans leur service et il n'existe pas de structures adaptées pour ces personnes. La responsabilisation pénale des



malades mentaux auteurs d'infractions est désormais courante et leurs peines ont tendance à se trouver allongées du fait de leur maladie.

Se pose alors le défi de la prise en charge des personnes souffrant de pathologies mentales, notamment des psychotiques, au sein de la prison.

### **1.1.2 La prison est un lieu de décompensation de pathologies psychiatriques**

A) la situation fortement dégradée des prisons accentue leur caractère pathogène

La prison est pathogène et anxiogène. Ce caractère est renforcé par les conditions actuelles d'incarcération, à savoir hygiène déplorable et vétusté d'une part, promiscuité et surpopulation d'autre part. Il n'est en effet pas rare de voir trois, voire quatre, détenus se partager une cellule de 9 m<sup>2</sup>, certains dormant sur un matelas à même le sol.

Certaines étapes de l'incarcération sont des moments de grande fragilité psychique, comme le choc initial de l'incarcération, la détention préventive, le moment du verdict, le début de la peine (surtout si celle-ci est longue) ou la sortie après une longue peine. Il s'agit de moments critiques pour la crise suicidaire.

B) un quotidien très dur qui multiplie les risques de troubles mentaux

L'emprisonnement, c'est une vie au quotidien entre des grilles, des murs, des odeurs et des bruits. Les bruits sont omniprésents. Il s'agit des serrures des cellules qu'on ouvre et qu'on ferme, mais aussi de la télévision qui fonctionne généralement nuit et jour. Celle-ci est une présence rassurante qui devient vite une pression insupportable et l'enjeu de rapports de force entre le détenu riche qui la paie et le codétenu pauvre qui doit payer d'une façon ou d'une autre pour cette location. La prison est également le lieu d'une hiérarchie interne et du règne du plus fort. Certains détenus n'osent plus aller en promenade ou aux douches, où ils peuvent subir ou subissent de mauvais traitements. La dureté des règlements établis par les détenus constitue une violence directe et indirecte qui traumatise et accentue la vulnérabilité. Ce quotidien est source d'angoisse, d'insomnie, d'anxiété et peut engendrer des troubles divers du comportement

La prison est donc un lieu privilégié de décompensation de pathologies psychiatriques. Ne sachant gérer ces malades, la prison exacerbe les pathologies. Déconcertée, l'administration pénitentiaire adopte un comportement parfois inadapté et répressif à l'égard de ces détenus « difficiles ». C'est l'exemple du schizophrène délirant que l'on met

au « mitard », puisqu'il faut bien l'isoler en urgence, alors qu'il est en crise. La présence de ces malades augmente le risque d'incidents et leur présence angoisse tout le monde, tant les gardiens que les co-détenus.

Tous ces facteurs se conjuguent et conduisent à la situation actuelle où entre 50% et 60% des détenus souffrent de troubles psychiatriques, soit parce qu'ils se trouvent incarcérés en dépit de leur pathologie, soit parce qu'ils décompensent une pathologie psychiatrique en prison. Pour un certain nombre d'entre eux la prison est le premier lieu de soins. La prison apparaît dès lors comme le dernier refuge où sont transférés toutes les anomalies comportementales incasables et transgressives.

### **1.1.3 Le profil des troubles psychopathologiques en prison connaît une certaine évolution**

La structure de la pathologie des détenus s'écarte de celle des patients pris en charge par les secteurs de psychiatrie générale chez lesquels prédominent les troubles psychotiques et dépressifs. Parmi les détenus suivis par le SMPR, un tiers d'entre eux présente en effet des troubles de la personnalité et un quart des troubles liés à une dépendance addictive, 12% des troubles névrotiques ou anxieux, 8% souffrent de psychose et 7% de troubles de l'humeur.

Les profils des troubles rencontrés en prison connaissent une évolution, qui accentue les spécificités de ces malades.

#### **A) L'accroissement des comportements addictifs**

40% des détenus en région parisienne sont toxicomanes. Ils sont incarcérés pour infraction à la législation sur les stupéfiants ou vols rendus nécessaires par leur dépendance. L'évolution des comportements des toxicomanes, par des conduites addictives aujourd'hui multiples et complexes et notamment les détournements de psychotropes, favorise en outre les pathologies mentales et rend les diagnostics et traitements difficiles. Certains malades deviennent même résistants aux traitements médicamenteux. Nombre de crimes et de délits sont commis sous l'emprise de l'alcool ou de drogues, conduisant tout droit ces toxicomanes à la prison.

La proportion de personnes au comportement addictif souvent complexe s'accroît en prison. Ces personnes, en dépit des traitements de substitution, se révèlent difficiles à

traiter. Se pose alors la problématique d'une prise en charge adaptée traitant à la fois de la polytoxicomanie et des pathologies mentales qui lui sont co-occurentes.

#### B) Des délinquants sexuels de plus en plus nombreux

Leur nombre ne cesse d'augmenter au sein de la prison ainsi que la durée de leur peine. On compte environ 4 500 personnes condamnées pour ce type de délit en France. Leur présence en prison impose une nécessité de soins en vue de leur sortie et de leur réinsertion dans la société. Ces soins sont particulièrement difficiles à apporter à ce type de personnes car celles-ci se trouvent généralement dans le déni de leurs actes. Ces personnes peuvent de plus cumuler des handicaps sociaux et intellectuels qui font qu'elles n'accèdent pas aux soins, étant en-deçà d'une prise de conscience au travers du langage.

#### C) Les psychopathes

Ils sont nombreux en prison et souvent incapables de s'y adapter, suscitant alors le rejet des équipes. Les règles de la prison les confrontent en effet à des situations difficiles les entraînant dans un processus d'escalade qui débouche fréquemment sur des conduites agressives (auto- ou hétéroagressives). Ils peuvent présenter également des épisodes dépressifs majeurs avec régression, refus d'alimentation et des épisodes délirants. C'est en prison que les psychiatres ont le plus l'occasion de rencontrer des psychopathes et d'instaurer un suivi, l'incarcération permettant aux équipes psychiatriques des suivis plus longs qu'en institution psychiatrique.

### 1.1.4 les types de comportements difficiles à gérer en détention

#### A) les moments «critiques »

Les temps judiciaires rythment les manifestations anxieuses et les troubles du comportement et certains moments critiques doivent faire l'objet d'une vigilance médicale accrue :

- *la garde à vue* qui dure de 24 à 48 heures : les manifestations y sont fréquentes avec parfois des automutilations et des conduites suicidaires.

- *L'entrée en prison* et l'adaptation au milieu carcéral ou le « choc de l'incarcération » : plus du tiers des suicides en prison a lieu au cours du premier mois de détention, en particulier dans les premiers jours. La perte des repères est totale. Les prévenus se trouvent dans une situation de grande fragilité et le besoin de relation est fondamental. Assister à une consultation de psychiatre avec un jeune prévenu m'a permis de constater l'effondrement total de la personne et le néant dans lequel elle se sent tomber. La vigilance est de mise mais parfois ce rôle est dévolu au codétenu.
- *Le jugement* : les jours qui précèdent le jugement voient resurgir l'angoisse qui peut envahir totalement le sujet.
- *La sortie de prison* : ce moment attendu et imaginé comme heureux et libérateur par le détenu se révèle en réalité stressant. Que va-t-il retrouver dehors ? Sera-t-il capable, lui qui n'a souvent plus rien, d'affronter la vie quotidienne ? Quels seront le regard des autres et les reproches ? La sortie est d'autant plus difficile que la peine a été longue et la perte d'autonomie inhérente à la prison importante.

#### B) Les comportements qu'il faut gérer en détention

- *le suicide* est le risque majeur. Le taux de mort par suicide est 7 fois plus élevé en détention qu'en milieu libre. 60% des suicidés sont des prévenus et 90.7% des suicides ont lieu en maison d'arrêt. Les individus auteurs d'une infraction contre un proche, surtout en matière criminelle, sont les plus exposés. Une attention particulière doit également être portée aux délinquants « en col blanc ». Le fait d'avoir des attaches professionnelles et familiales augmente le risque suicidaire en prison.<sup>1</sup>
- *les automutilations* : le corps est le dernier espace privé en prison, le dernier espace d'autonomie. Le mode d'expression en prison est l'écrit, puisque toute demande, toute réclamation doit passer par une lettre écrite. Or un grand nombre de détenus est illettré ou incapable de s'exprimer en français. Le corps reste alors leur seul et dernier moyen de communication.

Pour faire face à cette forte morbidité psychiatrique en détention et prendre en charge les différentes pathologies ainsi que les comportements qui en découlent, tant hétéroagressifs (agressions) que autoagressifs (suicides et automutilations), les soins

---

<sup>1</sup> N. Bourgoin, *Le suicide en prison*, coll. Logiques sociales, L'Harmattan, Paris : 1994

psychiatriques se sont développés en détention. La psychiatrie a même été novatrice et suivie par le somatique.<sup>2</sup>

## **1.2 Les soins psychiatriques se sont progressivement développés pour les détenus**

### **1.2.1 Le développement progressif des soins psychiatriques destinés aux détenus**

Les soins psychiatriques se sont développés en milieu pénitentiaire. Une circulaire du 30 septembre 1967, émanant de l'administration pénitentiaire, crée les CMPR (Centre médicopsychologique régional) liés à une région pénitentiaire mais sans définir ni leur organisation, ni le statut et le financement des personnels. En 1973, en dehors de tout contexte réglementaire, le docteur MEROT, psychiatre au centre psychothérapeutique Barthélémy-Durand d'Etampes dans l'Essonne, crée le centre médicopsychologique de Fleury-Mérogis sur le modèle du secteur psychiatrique. Une convention est passée entre l'hôpital de rattachement et la Direction départementales des Affaires sanitaires et sociales (DDASS) de l'Essonne afin de préciser le financement par le département de l'équipe médicale et paramédicale. Il faut attendre 1977 pour qu'une circulaire interministérielle Santé-Justice du 27 mars préconise la mise en place d'unités de soins psychiatriques dans les maisons d'arrêt, sur le modèle du secteur psychiatrique, prises en charge par le budget de l'hygiène mentale du département. Ce texte précise les missions des CMPR et le rôle respectif des deux administrations. Il a constitué une étape fondamentale dans la mise en place des soins psychiatriques en maison d'arrêt.

#### A) Les SMPR sont les pôles autour desquels s'organisent les soins psychiatriques

Aujourd'hui la situation est très disparate et les moyens de la psychiatrie sont extrêmement différents selon que les établissements pénitentiaires sont dotés ou non d'un SMPR.

---

<sup>2</sup> S. Baron-Laforet et B. Brahmy, « Psychiatrie en milieu pénitentiaire », in *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-953-A-10, 1998

Les SMPR (service médico-psychologique régional), définis par les lois du 25 juillet 1985 et du 31 décembre 1985, sont des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Leur fonctionnement est défini par différents textes : le décret du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique (articles 1 à 11), l'arrêté du 14 décembre 1986 sur leur règlement intérieur, les circulaires du 5 décembre 1988 et 5 décembre 1994 et l'arrêté du 10 mai 1995. Les SMPR sont rattachés à un établissement hospitalier, centre hospitalier spécialisé, centre hospitalier général ou centre hospitalier universitaire. Ils sont dotés d'une équipe pluridisciplinaire composée de psychiatres, d'infirmiers, de psychologues, de travailleurs sociaux et de secrétaires médicales. L'équipe est placée sous la responsabilité d'un praticien hospitalier chef de service, nommé par le ministre de la santé après l'agrément de l'administration pénitentiaire. Ils sont actuellement au nombre de 26.

Leurs missions sont définies par l'arrêté du 14 décembre 1986 et sont les suivantes :

- *dépistage* des troubles psychologiques et psychiatriques et mise en œuvre de *traitements psychiatriques* : un entretien d'accueil est systématiquement proposé à l'arrivée en détention, quel que soit le délit ou le crime commis, que le détenu soit mis en examen ou condamné. Les soins ensuite proposés se font dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire, d'une hospitalisation en détention ou d'une hospitalisation à l'hôpital psychiatrique.
- *Suivi psychiatrique et psychologique de la population post-pénale* avec des lieux de consultation en milieu libre
- *Lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie* : un grand nombre de SMPR dispose d'une antenne toxicomanie, centre de soins spécialisé pour les toxicomanes en milieu pénitentiaire. Ces centres proposent un sevrage, un suivi et une évaluation de la toxicomanie et de ses conséquences.
- *Coordination des soins vis-à-vis* des établissements pénitentiaires qui leur sont rattachés : le décret du 10 mai 1995 dote chaque établissement pénitentiaire, maison d'arrêt ou centre de détention, d'un SMPR de rattachement auquel le psychiatre de l'établissement peut faire appel en cas de besoin.

B) La loi de 1994 confie à l'hôpital l'organisation des soins en prison

La loi n°94-43 du 18 janvier 1994, dans son chapitre II, organise les soins en milieu pénitentiaire et la protection sociale des détenus. Cette étape marque un changement radical puisque **désormais tous les soins dispensés en prison dépendent d'une tutelle sanitaire**. Ce texte donne naissance aux Unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) chargées des soins somatiques en milieu pénitentiaire.

Il revient donc à l'hôpital d'organiser les soins pour les détenus. Dans le cas des soins mentaux, c'est à l'établissement public de santé mentale de rattachement du SMPR que revient cette charge.

### **1.2.2 Le système de prise en charge en vigueur n'est pas satisfaisant**

- A) le système actuel conduit à un va-et-vient des patients détenus entre structures de soins et structures de répression

Si le développement des soins en milieu pénitentiaire a permis d'améliorer la prise en charge de la santé mentale en détention, elle a également eu des effets pervers renforçant l'idée que l'on pouvait envoyer des malades mentaux en prison. D'autre part, elle peut engendrer une demande de médicalisation croissante de la part de l'administration pénitentiaire pour des détenus au comportement difficile.

Le système de prise en charge encore en vigueur aujourd'hui est paradoxal et repose sur le consentement du détenu et sur la notion de « dangerosité » au sens psychiatrique. Si le détenu malade est consentant aux soins, il reçoit des soins dans l'enceinte de la prison, toujours sous le régime de la pénitentiaire. Il reste avant tout un détenu. Si en revanche il refuse les soins, il est envoyé en hospitalisation d'office (HO) en application de l'article D398 du Code de Procédure pénale dans un hôpital psychiatrique où il sera mélangé aux autres patients. Il sera soigné comme n'importe quel patient, même si son statut de détenu demeure, sans aucune garde policière. La responsabilité de son maintien dans les murs de l'hôpital incombe à l'hôpital seul. S'il est jugé « dangereux », il sera envoyé dans l'une des Unités pour malades difficiles (UMD) mais toujours sous la seule surveillance des soignants et responsabilité de l'hôpital.

- B) un système qui pose de nombreux problèmes à l'hôpital

Si ce système peut être satisfaisant sur le plan des convictions humaines et éthiques, offrant une prise en charge au sein de l'hôpital à un détenu qui y sera considéré comme un patient avant tout, en pratique le système révèle de nombreuses difficultés pour l'hôpital, qui seront analysées dans la deuxième partie du mémoire.

Les hôpitaux de rattachement des SMPR ont donc dû organiser leur offre de soins en direction des détenus.

### **1.3 PGV a développé une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques des détenus**

PAUL GUIRAUD VILLEJUIF est l'établissement de santé de rattachement du SMPR de Fresnes. Il a, à ce titre, développé une prise en charge destinée aux patients détenus, à la fois dans l'enceinte de la maison d'arrêt de Fresnes et au sein de l'hôpital.

PGV est l'illustration d'une grande richesse en matière d'offre de soins visant à répondre aux besoins spécifiques des malades détenus. Mais PGV illustre en même temps la complexité et les paradoxes d'une prise en charge éclatée entre lieux de soins et lieu de détention.

#### **Deux critères sont déterminants dans l'orientation du détenu malade et la détermination de son lieu de soins :**

Le premier critère est celui du consentement aux soins. Il aboutit au paradoxe que seuls les détenus qui ne consentent pas aux soins sont envoyés à l'hôpital, dans les services de psychiatrie de secteur, tandis que ceux qui acceptent les soins sont traités en prison. L'article D 398 du Code procédure pénale stipule en effet qu' « un détenu en état d'aliénation mentale ne peut être maintenu dans un établissement pénitentiaire ». L'ARHIDF a déterminé lors de sa commission exécutive du 23 avril 2002 les règles à appliquer pour la sectorisation des patients en Ile de France. Il est prévu que « les détenus hospitalisés d'office au titre de l'article D398 du Code de procédure pénale sont pris en charge par l'hôpital de rattachement de l'établissement pénitentiaire. Il appartient à l'établissement de déterminer les règles internes de répartition des patients entre les secteurs ».

Le second critère qui détermine le lieu de soin est celui de la dangerosité psychiatrique. Les détenus malades dangereux sont en effet orientés dans des Unités pour malades



difficiles, situées en milieu hospitalier. Mais ces unités ne sont pas destinées uniquement aux détenus, même si ceux-ci y représentent une certaine proportion.

### **PAUL GUIRAUD de Villejuif recèle toutes les possibilités de prise en charge pour les détenus.**

L'établissement public de santé PAUL GUIRAUD de Villejuif (PGV) est l'hôpital de rattachement du SMPR de Fresnes. En tant que tel, il fournit le personnel soignant qui exerce dans les murs de la maison d'arrêt de Fresnes, il organise et finance les soins psychiatriques en prison. Les budgets alloués aux différentes unités de soins en prison font partie du budget de PGV.

D'autre part, PGV accueille dans ses services hospitaliers situés à Villejuif les détenus relevant du secteur du SMPR de Fresnes, c'est-à-dire les détenus incarcérés non seulement à la maison d'arrêt de Fresnes, mais également dans les centres de détention du secteur comme la prison d'Antony, de Nanterre ou de Bois d'Arcy... PGV comprend 13 secteurs de psychiatrie générale ce qui signifie autant d'unités fermées susceptibles d'accueillir un patient en provenance de détention. PGV a également l'une des 4 UMD de France et un secteur de psychiatrie pénitentiaire (le SMPR de Fresnes, secteur 94 P 15).

Ainsi, selon le critère du consentement et celui de la dangerosité psychiatrique, différents lieux de soins sont possibles pour le détenu qui relève du SMPR de Fresnes : la prison (en hospitalisation complète dans la maison d'arrêt de Fresnes, mais pour les hommes uniquement, ou en ambulatoire) et l'hôpital (en service de secteur ou en UMD).

#### **1.3.1 PGV organise les soins au sein de la maison d'arrêt de Fresnes**

##### **A) les spécificités de la population pénale concernée....**

Les détenus (hommes principalement) de la maison d'arrêt de Fresnes présentent des caractéristiques à prendre en compte dans l'organisation des soins. La maison d'arrêt de Fresnes voit passer 6000 détenus sur une année, ce qui représente beaucoup d'entrants à accueillir et dépister pour les services de psychiatrie. Chaque entrant, en particulier chaque personne arrivant de liberté, est vue par le service de psychiatrie localisé dans le grand quartier pour un repérage systématique et immédiat. 2000 détenus sont présents actuellement dans les murs de la maison d'arrêt de Fresnes. Sa population pénale est composée de prévenus et de détenus dont le résidu de peine est inférieur ou égal à un an. Mais sa spécificité réside d'autre part dans le centre national d'observation (CNO) par lequel transitent tous les détenus longue peine (résidu égal ou supérieur à 10 ans). Ils y

restent en observation durant trois semaines afin de déterminer le lieu le plus approprié pour leur peine. Mais ensuite, ils peuvent demeurer jusqu'à deux années à Fresnes dans l'attente de leur transfert dans un établissement pour peine.

Le régime de la maison d'arrêt est difficile et la surpopulation y est un phénomène fréquent car, à la différence des établissements pour peine, une maison d'arrêt ne peut pas refuser d'accueillir un détenu. Peu d'activités et de travail sont proposés aux détenus. Généralement l'attente en vue d'un transfert dans un établissement pour peine est pénible pour le détenu qui sait que le régime de détention sera plus souple dans ce deuxième établissement. En centre de détention en effet, les portes sont ouvertes et l'enfermement y est axé sur la resocialisation. La maison d'arrêt de Fresnes a de plus une réputation disciplinaire. Les détenus s'y déplacent en silence et en rang.

35% des détenus à Fresnes sont auteurs d'agressions sexuelles, plus de 50% des condamnés à des peines supérieures à 10 ans le sont pour des agressions sexuelles et la très grande majorité de ces détenus présente en outre une addiction alcoolique, en général impliquée dans l'occurrence des faits.

## *2/ ... auxquelles s'efforce de répondre l'organisation des soins du SMPR*

Pour répondre au mieux à ces besoins, le SMPR de Fresnes comporte de nombreuses structures :

- **une unité psychiatrique de consultation (UPC)**, équivalent d'un CMP (Centre Médico-Psychologique pénitentiaire), recouvrant 4 sous-unités, 3 basées dans les 3 divisions de la maison d'arrêt des hommes et 1 à la maison d'arrêt des femmes de Fresnes. La file active de l'UPC est en constante augmentation et concernait en 2002 5191 détenus, dont 2118 arrivants et comptabilisait 49841 actes dont 31120 actes infirmiers de substitution.

L'UPC assure la plus grande partie de l'activité du service. Son rôle est fondamental puisque c'est l'UPC qui assure l'accueil des arrivants et le premier dépistage par un entretien. Les entrants venant de liberté ou d'autres centres de détention étaient au nombre de 6320 en 2002 et de 6102 en 2003. Les personnels y sont aguerris et rompus au repérage rapide mais efficace. Or, comme nous l'avons vu, l'entrée en détention constitue un moment critique du parcours du détenu, notamment concernant le risque suicidaire. L'essentiel des prises en charge, les urgences et les décompensations quotidiennes sont traitées par son biais en cellule, au quartier

d'isolement et au quartier disciplinaire. Elle permet également de désamorcer un certain nombre de situations explosives.

C'est à l'UPC que l'on observe le plus grand nombre de détenus condamnés longues peines, vivant mal leurs conditions de détention et présentant un risque suicidaire élevé.

- **une unité psychiatrique d'hospitalisation (UPH)** de 47 lits et 3 chambres d'isolement pour une hospitalisation à temps complet en milieu carcéral des détenus consentants aux soins. Il s'agit d'une particularité du SMPR de Fresnes car il existe seulement deux UPH en France. Elle est située dans la maison d'arrêt des hommes, dans un quartier excentré du grand quartier, et seuls les détenus hommes y ont accès. Elle accueille principalement des patients de la maison d'arrêt de Fresnes, mais également du secteur pénitentiaire du SMPR et de certains établissements pour peine de la région parisienne. En 2002, 125 patients y avaient été hospitalisés. Tous les patients sont consentants aux soins. L'un des trois niveaux accueille des auteurs d'agressions sexuelles dans le cadre d'une démarche psychothérapique de type cognitivo-comportemental dispensée au long cours. Cette unité d'hospitalisation, avec une présence infirmière à temps plein, est caractérisée par le maintien du règlement et des règles pénitentiaires en son sein.
- **une unité de psychiatrie de liaison (UPL)** qui assure la psychiatrie de liaison à l'Établissement Public de Santé National de Fresnes (EPSNF). Une convention a été signée en 1995 entre la direction de PAUL GUIRAUD et celle de l'EPSNF afin de fixer les missions du SMPR et de répartir les charges en personnels, locaux et équipements.
- **un centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST)** situé dans la maison d'arrêt. Cette unité assure la distribution des produits de substitution. La population concernée présente des conduites addictives complexes. On considère par exemple que 80% des détenus concernés sont dépendants du tabac, 60% sont des consommateurs abusifs ou dépendants de l'alcool, 60% consomment de manière abusive et habituelle du cannabis, 30% des médicaments de type benzodiazépine, 25% des produits illicites (héroïne, cocaïne, ecstasy, produits amphétaminiques et hallucinogènes). La principale caractéristique est la polyconsommation. La population est jeune et âgée en moyenne de moins de 35 ans. On sait que l'alcool est massivement présent dans le cadre de crimes et délits graves, atteintes aux

personnes d'ordre physique et sexuelles, homicides et récidives. Les peines de privation de liberté y sont plus lourdes.

La population suivie par le CSST est une population démunie et précarisée sur tous les plans. La prison constitue le premier cadre d'accès aux soins pour plus de la moitié des détenus concernés.

La file active des détenus suivis par le CSST a pratiquement doublé entre 2001 et 2003.

Le CSST contribue à préparer la sortie et pour cela travaille en collaboration avec les juges d'application des peines, les services pénitentiaires d'insertion et de probation et les structures extérieures de réinsertion. Ce rôle est primordial, le moment de la sortie étant un des moments à risque dans le parcours du détenu.

- **Deux quartiers intermédiaires sortants (QIS)** qui travaillent en collaboration étroite avec le CSST. L'un des deux QIS s'adresse aux femmes de la maison d'arrêt. Leur rôle est essentiel car la sortie constitue l'un des moments « critiques » qu'affronte le détenu sur le plan mental. Le travail qui y est effectué illustre le partenariat fructueux entre les personnels de santé UCSA-SMPR, le personnel de surveillance, la direction de l'établissement pénitentiaire. La coordination entre les infirmières de substitution, l'infirmière de l'UCSA, le CSST et la psychiatre du QIS permettent de mieux prendre en compte les addictions.
- **une consultation externe** du SMPR située sur le site de PGV. Elle permet un suivi post-pénal des détenus sans secteur psychiatrique et la prise en charge de personnes judiciairisées. La population suivie présente des troubles de la personnalité, des troubles addictifs et des troubles psychotiques. Les infractions sont le plus souvent corrélées à ces troubles, qu'il s'agisse d'agressions sexuelles, d'actes de violence intra-familiale ou autres, d'actes dus à l'alcoolisme...

### **1.3.2 les détenus peuvent être hospitalisés à l'hôpital psychiatrique PAUL GUIRAUD**

Lorsque les détenus ne consentent pas aux soins, le code de procédure pénale (article D. 398) permet de les faire hospitaliser, sous le mode de l'hospitalisation d'office, dans un hôpital psychiatrique. Ils sont alors accueillis au sein des unités fermées des services de psychiatrie de secteur.

Lorsque les détenus malades sont estimés dangereux et dès lors ingérables au sein de la prison ou d'un service de psychiatrie générale, ils sont envoyés, par arrêté du préfet du

département du Val de Marne, au sein de l'Unité pour Malades Difficiles (UMD) Henri Colin de Villejuif.

Le paradoxe de l'hospitalisation des détenus sous l'article D398 est que ce sont les détenus les plus malades, les plus ingérables et les plus dangereux qui sont envoyés à l'hôpital, sous la seule garde de soignants.

#### **- L'UMD Henri Colin de PAUL GUIRAUD**

Les soins en UMD ont pour principale finalité de réduire la dangerosité des malades mentaux afin qu'ils puissent réintégrer le circuit psychiatrique ordinaire, puis la société. Le traitement des malades dangereux, transgressifs pour la plupart, se fait dans le cadre défini par l'arrêté du 14 octobre 1986 sur le fonctionnement spécial des UMD. Cet arrêté fixe le règlement intérieur des UMD et précise leur mission : la mission des UMD est centrée sur la **dangerosité psychiatrique**. Ces patients doivent «présenter pour autrui un danger tel qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulière mis en œuvre dans une unité spécialement organisée à cet effet (article 1)». Ces patients y sont tous placés sous le régime de l'hospitalisation d'office et doivent en outre «présenter un état dangereux majeur certain ou imminent incompatible avec leur maintien dans une unité d'hospitalisation ordinaire ». L'arrêté fixe également les conditions d'admission en UMD. L'admission en UMD est prononcée par le préfet du département d'implantation de l'UMD au vu du dossier médical et administratif comprenant notamment un engagement du préfet du département d'origine de reprendre en charge le patient lors de sa sortie de l'UMD. L'accord du praticien responsable de l'unité est requis mais en cas de désaccord le préfet peut saisir la Commission du Suivi Médical. Cette Commission du Suivi Médical, dont le rôle et la composition sont définis par l'arrêté, décide du maintien et de la sortie des patients des UMD et procède à des visites à tout moment et au moins une fois par semestre. Elle examine systématiquement, une fois par semestre, le dossier de chaque personne hospitalisée dans l'unité. Elle peut être saisie par la personne hospitalisée dans l'unité, sa famille, ses proches ou son représentant légal, les procureurs, les préfets, les médecins et les directeurs des établissements de santé d'accueil et d'origine. Elle peut également s'autosaisir. Elle est habilitée à recevoir les réclamations des personnes hospitalisées en UMD et participe ainsi à la protection des droits des patients hospitalisés en UMD.

L'UMD Henri Colin de Villejuif a opté pour une prise en charge « séquentielle »<sup>3</sup> des patients avec des lieux différenciés, représentant des paliers d'évolution clinique. L'UMD est constituée de 4 pavillons de soins : le 38 accueille les « entrants » hommes, c'est-à-dire les patients en crise. L'objectif y est la réduction des gros troubles comportementaux et la recherche de la compliance thérapeutique. Les moyens essentiels utilisés sont la chimiothérapie et le cadrage institutionnel, comme l'explique le rapport de l'UMD Henri Colin. Le pavillon 37 est un pavillon intermédiaire, ou unité de transition, pour les hommes. L'objectif explicité dans le rapport d'activité y est l'adaptation sociale et les moyens sont les médiations ergothérapeutiques et corporelles. Le pavillon 36 est l'unité d'entrée et de transits pour femmes. Le pavillon 35 est celui des pré-sortants. Ce pavillon est mixte et l'objectif est la préparation à la sortie de l'UMD.

L'UMD a également une antenne mobile afin d'aller apprécier sur place l'état du patient pour lequel une admission en UMD est sollicitée. Cette unité permet parfois de désamorcer des situations de crise et d'offrir une alternative à l'hospitalisation en UMD. Elle vient ainsi en soutien aux équipes soignantes confrontées à des difficultés.

La capacité théorique de l'UMD Henri Colin est de 80 lits mais en réalité 60 lits étaient installés avant les travaux qui ont lieu cette année. A l'issue de ces travaux, la capacité réelle sera de 80 lits dont 4 médicalisés. Sur 2002, il y avait en moyenne 53 patients présents par jour. Sur cette même année, 280 demandes d'admission étaient parvenues à l'UMD Henri Colin et 101 patients avaient été admis, dont 71 hommes (2 admis deux fois) et 30 femmes (1 admise trois fois). L'UMD ne relève pas seulement du secteur du SMPR mais dessert un secteur beaucoup plus large centré sur l'Île de France.

L'actualité est marquée par l'augmentation du nombre de judiciaires en UMD. Sur 2002, selon les chiffres fournis par l'UMD, le nombre de condamnés D398 était de 17, dont 14 hommes, et celui de prévenus D398 était de 6, soit un total de 23 hospitalisés d'office sous le régime du Code de procédure pénale et venant de détention. Sur 2002, 22.8% des patients hospitalisés dans l'UMD Henri Colin venaient de détention. L'UMD dessert un plus grand nombre de centres de détention que les services de psychiatrie de secteur, rattachés uniquement au secteur du SMPR. Ainsi, en 2002, l'UMD a accueilli, sur les 23 « D398 », 10 détenus de la maison d'arrêt de Fresnes (5 femmes et 10 hommes), 3 détenus de la prison de Bois d'Arcy (78) (uniquement des hommes), 1 détenu homme de

---

<sup>3</sup> Rapport d'activité de l'UMD Henri Colin de Villejuif

la prison de la santé, 2 hommes de la Prison de Saint Maur (36), 1 homme en provenance de Château Thierry (02) et 1 de la prison de Ploemeur (56).

- **les services de secteur de PGV**

Les patients hospitalisés sous le régime de l'hospitalisation d'office selon l'article D398 du code de procédure pénale, dès lors qu'ils ne sont pas consentants aux soins et ne répondent pas à une indication UMD, sont accueillis dans les unités fermées des secteurs de psychiatrie de PAUL GUIRAUD.

Sur 2002, selon les chiffres fournis par le service des admissions de l'hôpital et issus du comptage manuel à partir du livre de la Loi, le nombre des patients HO D398 était de 42, soit 12.6% des patients hospitalisés d'office. Sur ces 42 patients, 25 ont été pris en charge à l'UMD (23 selon les statistiques de l'UMD !) et par conséquent 17 étaient pris en charge dans les services de secteur, répartis entre les 13 services. Cela fait une moyenne de 1.3 détenu par service de secteur sur l'année 2002.

- **la consultation externe du SMPR**

Déjà évoquée précédemment car elle est gérée par le SMPR, elle est située sur le site même de l'hôpital PAUL GUIRAUD, au fond du parc de l'hôpital.

Ce rapide état des lieux permet de mettre en exergue la diversité et la richesse de la prise en charge par PGV et le SMPR de Fresnes des détenus souffrant de pathologies mentales. PGV et le SMPR de Fresnes montrent leur souci de répondre aux besoins spécifiques des patients détenus. C'est pourquoi, s'accordant aux particularités de la population pénale masculine atteinte de troubles psychiques, la prise en charge délivrée par le SMPR de Fresnes est ciblée sur les agresseurs sexuels, les toxicomanes et les suicidaires. Cette prise en charge tend à démontrer son efficacité au travers des chiffres du suicide au sein de la maison d'arrêt de Fresnes. Ainsi en 2003 aucun suicide n'a été relevé au sein de la détention. Quant au fait d'accueillir les détenus au sein des services hospitaliers de PGV, cela correspond à une position humaniste qui considère ces personnes d'abord comme des malades qui doivent recevoir des soins dans les mêmes conditions que n'importe quel patient.

Mais cette richesse est en même temps source de complexité. Les détenus sont ainsi ballottés entre de nombreuses structures, au sein de la prison ou de l'hôpital. Le circuit du détenu en crise à la maison d'arrêt de Fresnes peut être le suivant : cellule dans une division du grand quartier, quartier disciplinaire dans un premier temps, transfert à l'UPH puis dans un service psychiatrique de secteur à PGV, transfert éventuel à l'UMD puis retour soit en service de secteur soit en détention et prise en charge par l'UPC et les autres structures au sein du grand quartier. Ce circuit de soins, qui s'articule avec le circuit pénitentiaire du détenu, l'administration pénitentiaire pouvant à tout instant transférer un détenu d'un centre de détention à un autre, pose la question de la continuité des soins et de la relation entre le patient et le médecin, si importante en psychiatrie.

Cette diversité des structures pose également la question de l'articulation de ces structures entre elles, notamment l'articulation entre le SMPR et les services de secteur ou entre les secteurs et l'UMD. L'enjeu réside dans cette articulation qui en pratique se révèle difficile. Derrière cette diversité dans la prise en charge, se trouvent en réalité beaucoup de problèmes et le dialogue n'est pas toujours harmonieux entre le SMPR et les services de l'hôpital.



## **2 PAUL GUIRAUD VILLEJUIF ILLUSTRE LES DIFFICULTES ET LES TENSIONS QUE POSE A L'HOPITAL L'ACTUEL MODE DE PRISE EN CHARGE DES DETENUS**

La prise en charge des détenus pose en pratique des difficultés à tous les niveaux. Celles-ci induisent des comportements de blocage et de résistance du côté de l'hôpital, un sentiment d'incompréhension et de lassitude du côté du personnel soignant en prison. De tels comportements sont révélateurs d'un déficit en terme de partenariat.

### **2.1 Des comportements de blocage et de résistance des personnels de PGV**

Du côté de PGV le premier constat est celui d'un décalage entre le nombre faible de détenus accueillis dans les services de secteur et les réactions des personnels lors de l'admission d'un HO D398. Ces réactions prennent la forme d'un refus de la part des personnels soignants des services et sont la source de tensions avec les personnels administratifs.

Ce comportement de blocage ne s'explique pas par les données quantitatives. Il est révélateur de problèmes organisationnels, avec des conséquences juridiques, sans commune mesure avec le nombre de détenus accueillis.

#### **2.1.1 le décalage entre les données chiffrées et les comportements**

Les chiffres livrés par PGV étonnent au premier regard. Ils témoignent d'un phénomène faible quantitativement pour l'hôpital et révèlent qu'une très faible proportion de détenus est finalement hospitalisée à l'hôpital, surtout en comparaison au taux de morbidité psychiatrique en prison.

*- un phénomène en réalité peu important quantitativement*

Le comptage manuel effectué par le service des admissions de PGV à partir du livre de la LOI et vérifié par la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques révèle un nombre peu important de détenus hospitalisés dans les services de secteur. Ce

nombre est en baisse depuis 1999. Mais les premiers chiffres de 2004 révèlent une augmentation. Les 6 premiers mois de 2004 dépassent en effet l'année 2003.

(comptage manuel du livre de la LOI)	1999	2000	2001	2002	2003
Nombre total de patients hospitalisés en HO selon l'article D398	51	51	44	42	31
Dont à l'UMD Henri Colin	30, soit 58.8%	34, soit 66.6%	34, soit 77.2%	25, soit 59.5%	20, soit 64.5%
Dont répartis entre les 13 secteurs	21, soit 41.2%	17, soit 33.3%	10, soit 22.7%	17, soit 40.4%	11, soit 35.5%
Nombre de HO D398 par secteur	1.6	1.3	0.7	1.3	0.8

Ainsi, selon ces données, les services de secteur ont accueilli entre 1999 et 2003 au maximum 2 détenus sur une année, et parfois aucun.

Et pourtant, la problématique de l'accueil des détenus dans les services de secteur est omniprésente dans les discours des personnels de l'hôpital. Il existe par conséquent un décalage entre ce discours, révélateur d'un certain nombre de choses, comme une représentation du détenu, une perception de son accueil et un ressenti face à ce travail, et la réalité quantitative. Or, ce discours et ce qu'il dissimule sont à l'origine de comportements de résistance et de blocage qui débouchent sur un bras de fer entre les services administratifs chargés de l'admission du détenu et les services de soins. Ces comportements débouchent sur des tensions entre les différents personnels.

*- des comportements et des discours sans mesure avec ces chiffres*

L'admission des détenus hospitalisés d'office dans les services de secteur se faisait à l'origine selon un tour entre les secteurs. Les services accueillaient alors à tour de rôle les D398. Mais ce système ne fonctionne plus depuis des années à PGV et l'arrivée d'un détenu déclenche un véritable bras de fer entre le service des admissions d'une part qui doit admettre le D398 et les services de soins d'autre part qui le refusent.

Le service des admissions reçoit l'arrêté d'hospitalisation d'office selon l'article D398 du Code de procédure pénale, avec parfois une date fixée pour l'arrivée du détenu, et doit par conséquent, dans un délai parfois court, trouver un service de secteur pour accueillir le patient en provenance de détention. Les services de la DDASS ajoutent de la pression

sur le service des admissions en fixant une date butoir, parfois en envoyant autoritairement le détenu alors que le service d'accueil n'est pas trouvé.

En règle générale, les services de soins se font prier, voire refusent ce patient les uns après les autres. Le service des admissions doit par conséquent négocier pendant parfois une semaine et en appeler au directeur d'hôpital adjoint concerné pour enfin trouver un service apte à accueillir le D398. Parfois, l'arbitrage remonte jusqu'au directeur de l'établissement qui doit imposer le détenu au médecin psychiatre chef du service. L'arrivée d'un détenu mobilise alors tout l'hôpital et requiert énergie et pugnacité de la part des services administratifs.

Ces négociations douloureuses sont mal vécues de part et d'autre. Les personnels des admissions sont convaincus de leur côté de la mauvaise volonté des services de soins. Ceux-ci, même lorsqu'ils ont des lits disponibles, refusent le patient-détenu, arguant du fait que leur chambre d'isolement n'est pas disponible. La règle qui s'est imposée dans les services de soins veut en effet que la chambre d'isolement doit être vacante lors de l'arrivée d'un patient D398. Ce point est sujet de débat, la mise en chambre d'isolement découlant d'une prescription médicale uniquement. Tous les détenus relèveraient-ils donc systématiquement d'une prescription de mise en chambre d'isolement ? Le SMPR de son côté pense que les services de secteur font exprès de remplir leur chambre d'isolement pour ne pas pouvoir recevoir le D398. Les services de soins quant à eux, vivent mal le fait qu'on leur impose ce patient particulier qu'est le D398 et pensent que la direction de l'hôpital néglige toutes les difficultés que cela implique dans leur travail de soignants.

### **2.1.2 de lourdes difficultés organisationnelles pour les services de secteur de l'hôpital**

Le véritable problème n'est pas d'ordre quantitatif mais révèle les lourdes difficultés en terme d'organisation que pose aux secteurs l'hospitalisation d'un détenu. Derrière la nécessité que s'imposent les services de la présence d'une chambre d'isolement disponible, se révèlent des problèmes de sécurité à l'intérieur du service mais aussi de garde du détenu.

*- des problématiques sociales lourdes entraînant un surcroît de travail en cas de levée d'écrou*

La première chose regardée par les services lors de l'envoi d'un dossier de détenu dont la pénitencier annonce l'arrivée est sa date de levée d'écrou. Faire admettre un détenu dans un service est particulièrement difficile si sa levée d'écrou est imminente pour fin de peine ou non-lieu. S'il risque d'être déresponsabilisé sur le plan pénal, en application de l'article L.122-1 du Code pénal, au terme des expertises des psychiatres, son admission s'avère encore plus délicate. En cas de levée d'écrou, le patient ne relève dès lors plus que de l'hôpital et les services ne peuvent plus le renvoyer en prison lorsque son état s'est stabilisé, afin que le SMPR prenne le relais en détention. Ce patient devient un « hospitalisé d'office » dont la sortie ne dépend plus seulement du médecin chef de service mais aussi du préfet du département. Si le patient relève de l'article L.122-1 la procédure de levée de HO est contraignante et dépend en outre de deux experts. De tels patients risquent alors d'être hospitalisés pour une très longue durée à l'hôpital. Mais surtout, le médecin psychiatre chef de service n'a aucune prise sur cette durée, la sortie du patient sous HO de son service ne dépendant pas de lui.

Or, garder un L.122-1 est un facteur de stress pour les soignants. Ces patients sont généralement très malades, puisqu'ils ont été pénalement déresponsabilisés, et ont en outre commis la plupart du temps des actes criminels.

Accueillir de tels patients signifie également un surcroît de travail pour les services sociaux. S'ils ne relèvent plus de l'administration pénitentiaire, ils n'entrent plus dans le champ de travail des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP). Leur réinsertion, la récupération de leurs droits sociaux, la recherche d'un travail, d'un logement ne sont plus que du ressort du service de soins d'accueil, notamment de l'assistante sociale. Leur prise en charge sociale est très lourde par conséquent. Pour l'hôpital, de tels patients signifient des difficultés en matière de paiement du forfait journalier. Tant qu'ils ont le statut de détenu, c'est l'administration pénitentiaire qui prend en charge le forfait journalier. Dès qu'ils perdent ce statut, c'est aux services de l'hôpital de trouver une solution afin d'éviter le risque de créances irrécouvrables.

La question du recouvrement du forfait journalier est parfois une source de crispation entre le service des admissions chargé du recouvrement des factures et les services de soins, quand ces derniers n'ont pas fait le nécessaire pour le patient ex-détenu.

- *un problème de sécurité au sein de l'unité et la peur de l'agression physique*

Mais le problème majeur qui se pose lors de l'arrivée d'un patient détenu dans les services de soins de psychiatrie générale est celui de la dangerosité, réelle ou supposée,

du détenu. Parfois est évoquée la question de savoir s'il faut ou non envoyer la fiche pénale dans les services, la mention des actes parfois criminels du détenu étant source d'angoisse et de stress pour le personnel soignant. Même si un passage à l'acte ne signifie pas forcément une récidive, ces personnes sont bel et bien déjà passées à l'acte. Le risque du passage à l'acte, que l'on trouve chez la plupart des patients en psychiatrie, s'est déjà réalisé au moins une fois pour ces patients. La difficulté sera la gestion d'un éventuel acte de violence à l'encontre des autres patients ou du personnel. La première angoisse des personnels des services de secteur est celle d'une agression physique dans un contexte de pénurie d'infirmiers et de forte féminisation des effectifs soignants et médicaux.

Derrière le comportement de blocage en réaction à l'arrivée d'un patient détenu s'exprime un malaise général. Les services fonctionnent trop souvent avec un effectif minimum, dit de sécurité. L'équipe est alors restreinte à la présence de trois personnes, parfois uniquement des femmes, infirmières et aides-soignantes, notamment intérimaires. Des renforts entre les services s'organisent fréquemment mais ne sauraient répondre à une situation d'urgence. Il faut en effet le temps de trouver des hommes dans des services presque tous dépourvus de soignants masculins, puis il faut le temps aux renforts d'arriver sur les lieux. Et que penser du fait de prendre le seul homme d'une équipe, laissant alors parfois deux femmes seules avec des patients, eux aussi potentiellement dangereux ?

Les renforts sont la manifestation de difficultés et de solidarité entre services mais ne font figure, parfois, que de peau de chagrin...

- *le risque majeur est celui de la fugue*

La question de la surveillance de la personne qui doit être maintenue en détention se pose également avec acuité. Le détenu hospitalisé en psychiatrie demeure en effet sous la seule garde et la responsabilité de l'hôpital. Contrairement à l'hospitalisation pour des soins somatiques, il n'est pas prévu par le Code de procédure pénale de faire garder le patient-détenu par des policiers durant son hospitalisation en psychiatrie. Cela revient à considérer que le régime de l'hospitalisation d'office contient en lui-même les mesures de sécurité adéquates. Les soignants déplorent de se voir transformés en « matons ».

Un service de soins n'est pas une prison. Il est d'ailleurs paradoxal, à l'heure de l'ouverture de l'hôpital psychiatrique sur la cité, de vouloir encore aujourd'hui lui demander de remplir l'office d'une prison. L'enfermement thérapeutique n'est pas l'enfermement punitif. Or, le règlement pénitentiaire est censé continuer à s'appliquer au sein du service de l'hôpital au patient-détenu, ce qui impose des restrictions en matière de

communication avec l'extérieur. Mais comment s'assurer qu'il n'aura pas accès au téléphone de l'unité de soins ? Comment être sûr qu'il ne va pas entrer en contact avec un éventuel complice extérieur ? Comment l'empêcher de communiquer avec les autres patients ? Le détenu à l'hôpital n'est pas enfermé dans une cellule, il est soigné comme les autres patients. Cela signifie qu'il n'est pas enfermé nuit et jour dans une chambre, qu'il prend ses repas avec les autres patients dans la salle à manger et se déplace librement au sein de l'unité de soins. Comment l'empêcher de se procurer une arme, comme un couteau par exemple ? Après le repas, tous les services ne recomptent pas systématiquement les couverts des patients. Les armes sont malheureusement fréquentes à l'hôpital psychiatrique et entrent facilement dans les unités dès lors que toute fouille corporelle par le personnel de l'hôpital est formellement interdite sur le plan juridique. Au nom de la dignité des patients, il ne s'agit bien évidemment pas d'établir une fouille corporelle à l'hôpital, même si l'idée est parfois émise dans les conversations entre les personnels de l'hôpital. Ce n'est pas non plus le rôle des soignants. Mais la question qui demeure est de savoir comment, dans ces conditions, lutter contre le trafic des armes au sein de l'hôpital. Le coffre de PGV recèle ainsi une belle collection d'armes à feu et d'armes de combat provenant de patients....

La fugue du D398 est le risque majeur. Même si ces patients sont placés dans les unités fermées des services de secteur de PGV, les locaux de ces unités ne sont pas du tout adaptés. Les services de soins de PGV se trouvent soit en rez-de-chaussée, soit en premier étage. Aucune grille autour ne vient faire entrave à une fugue. Il n'y a pas non plus de barreaux aux fenêtres. Même si celles-ci ne s'ouvrent pas, il n'est pas impossible de les démonter. Seule une porte fermée à clé maintient le service fermé. Or, cette porte est ouverte à maintes reprises, pour le personnel comme pour les patients. En raison du manque de lits dans l'hôpital, des patients en service libre se trouvent parfois hospitalisés dans les unités fermées. Pour eux, la règle est la liberté de circulation. Les personnels doivent donc leur ouvrir la porte à chaque demande. Les patients hospitalisés sous contrainte peuvent aussi, dès que leur état le permet, bénéficier d'autorisations de sortie dans le parc de l'hôpital. Ainsi, celui qui est déterminé à franchir la porte le peut.

L'étude du nombre de fugues de la part de D398 montre que ce risque est réel :

	Nombre de fugues de patients D398	Nombre de patients D398 fugueurs	Nombre total de D398	Pourcentage de fugueurs parmi les patients D398
2000	1	1	51	2%
2001	1	1	44	2.27%
2002	4	3	42	7%
2003	3	2	31	6.4%
Janv-juin 2004	2	2		

De 2000 à aujourd'hui, il y a eu 11 fugues de patients D398 hospitalisés à PGV.

Une analyse plus fine des patients D398 qui fuguent montre qu'en réalité il s'agit de récidivistes en matière de fugue : ainsi le même patient comptabilise 5 fugues sur 2002, 2003 et 2004. Un autre patient a fait 2 fugues, une en 2000 et une en 2002. Le nombre de fugueurs sur la période considérée se réduit à 6 patients D398. Cela ramène la proportion de D398 fugueurs à 4% des patients hospitalisés sous le régime du Code de procédure pénale sur la période 200-2003.

Le risque de fugue existe donc, même en ce qui concerne l'UMD. Un même patient a en effet fugué deux fois de l'UMD en 2002. Ce même patient a ensuite encore fugué 3 fois du service de secteur qui l'a accueilli. Un patient qui veut vraiment fuguer, le peut donc.

- « fugue » pour l'hôpital, mais « évasion » pour l'administration pénitentiaire

La « fugue » est le terme employé à l'hôpital pour désigner les patients sous contrainte qui sortent de l'unité sans permission médicale. La fugue est en réalité un phénomène assez courant. Ces fugues peuvent être pathologiques. Il s'agit souvent de patients qui bénéficient de sortie d'essai et ne réintègrent pas leur service à l'heure convenue. Souvent, ils reviennent d'eux-mêmes un peu plus tard. Les fugues de patients en hospitalisation d'office sont systématiquement déclarées à la DDASS et parfois la police

vient prêter main forte aux personnels soignants quand il faut aller chercher un patient, peut-être dangereux, chez lui.

Concernant les D398 ayant fugué de PGV sur la période considérée, seul l'un d'entre eux s'est évanoui dans les airs. Tous les autres ont été retrouvés, revenant généralement d'eux mêmes à l'hôpital ou à la prison.

Mais quand il s'agit de patients relevant de l'article D398 du Code de procédure pénale, les choses se compliquent et les conséquences peuvent être très lourdes. Pour l'administration pénitentiaire, le patient est un détenu et sa fugue par conséquent est une évasion. La responsabilité de la direction de l'hôpital se trouve alors mise en cause. Le directeur adjoint de PGV chargé de l'hospitalisation a d'ailleurs déjà failli se retrouver en garde-à-vue à la suite de l'évasion d'un D398. Le personnel, tant soignant qu'administratif, se trouve dès lors suspecté de complicité d'évasion et doit en répondre devant la police. Les fugues peuvent également être l'occasion de graves passages à l'acte pour des patients qui, ne l'oublions pas, ont déjà eu des passages à l'acte parfois meurtriers. Ainsi, un patient détenu, lors d'une fugue hors d'un hôpital psychiatrique autre que PGV, est allé étouffer sa mère. Que dire de la responsabilité de l'hôpital et de son directeur, notamment sur le plan pénal ?

De telles expériences sont traumatisantes pour le personnel de l'hôpital.

Ainsi, les comportements de blocage et de résistance des personnels de l'hôpital à l'annonce de l'admission d'un D398 s'expliquent par les risques liés à cette hospitalisation particulière. Ces risques sont de différente nature. Pour le personnel soignant du service, celui-ci réside principalement dans le risque d'un passage à l'acte hétéroagressif difficilement maîtrisable. Il s'agit alors d'agression physique. Pour le directeur, le risque est celui de sa responsabilité, notamment pénale, en cas d'agression dans le service, d'évasion et de passages à l'acte pendant que le patient est dehors.

### **2.1.3 l'UMD, mieux équipée pour faire face à ces difficultés, pose le problème de son cloisonnement**

- A) Henri Colin est mieux équipé que les secteurs pour prendre en charge les détenus



L'UMD, en raison de sa spécificité en matière de prise en charge de la dangerosité psychiatrique, est mieux équipée que les secteurs pour faire face aux fugues et aux actes d'agression, tant sur le plan des locaux que du personnel.

Les effectifs en personnels sont plus nombreux que dans les secteurs. L'effectif minimum de sécurité y est de 4 soignants, au lieu de 3 dans les secteurs. De plus, à la différence des autres services, tous les postes sont pourvus. Cela s'explique en partie par l'existence d'une prime spécifique, d'un montant supérieur à 200 euros par mois. Cette prime se révèle très attractive pour le personnel. Les effectifs conservent en outre un nombre important d'hommes, notamment dans les deux pavillons accueillant uniquement des patients hommes.

L'UMD de Villejuif est par ailleurs l'une des UMD les mieux pourvues en effectifs comme l'a montré une « mission sur le climat social dans les Unités pour malades difficiles » qui a visité les 4 UMD de France (Montfavet, Cadillac, Sarreguemines et Villejuif) durant les mois de mars et avril 2004. Le rapport de synthèse réunit les données suivantes :<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> J-P BUSCH, P. PLICHART, S. FOURSANS, A. PIDOLLE, *Rapport de mission sur le climat social dans les Unités pour malades difficiles*, septembre 2003

grade	Montfavet		Cadillac		Villejuif		Sarreguemines	
	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes
C.S.S	1		1		1		1.08	
C.S	5	3	3	1	1	6	18	1
Infirmiers/ éduc.spé	81.4	18.8	87.6	20.8	50	33	160.3	10.4
Aides- soignants	5	6	12.8	8.8	7		35	
ASH		9	6.8	5	6	7		
Ergothérap eutes/ psychomot	0.8		1	4.4		2.5		1.8
psychologu es		0.5	1			0.92	0.45	0.8
Secrétaires médicales		2.1		3		4		1.7
Assist. sociales		1		1.5		1		2.5
autres				2.5				
OP/AES/ CES	2			1			16	
total	94.2	40.4	113.20	48	65	54.42	230.83	18.20

	Montfavet	Cadillac	Villejuif	Sarreguemines
Lits théoriques	84	86	<b>80</b>	166
Ratio effectifs/lits théoriques	1.6	1.87	1.49	1.5
Lits installés	74	86	<b>60</b>	166
<b>Ratio effectifs/lits installés</b>	<b>1.82</b>	<b>1.87</b>	<b>1.99</b>	<b>2.5</b>
Lits occupés	63	86	<b>50</b>	155
<b>Ratio effectifs/lits occupés</b>	<b>2.14</b>	<b>1.87</b>	<b>2.36</b>	<b>1.61</b>

En ne prenant en compte que les personnels de soins auprès des malades, la mission obtient les données suivantes :

grade	Montfavet		Cadillac		Villejuif		Sarreguemines	
	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes
C.S	5	3	3	1	1	6	18	1
Infirmiers/ éduc spé	81.4	18.8	87.6	20.8	50	33	160.3	10.4
Ergo/psycho mot	0.8		1	4.4		2.5		1.8
Aides- soignants	5	6	12.8	8.8	7		35	
total	92.2	27.8	104.4	35	58	41.5	213.3	13.2
Lits théoriques	84		86		80		166	
Ratio effectifs/lits théoriques	1.43		1.62		1.24		1.36	
Lits installés	74		86		<b>60</b>		166	
<b>Ratio effectifs/lits installés</b>	<b>1.62</b>		<b>1.62</b>		<b>1.66</b>		<b>1.36</b>	
Lits occupés	63		86		<b>50</b>		155	

<b>Ratio effectifs/lits occupés</b>	<b>1.9</b>	<b>1.62</b>	<b>1.99</b>	<b>1.46</b>
---	------------	-------------	-------------	-------------

L'UMD de Villejuif est donc bien pourvue en personnels, à la fois par rapport aux autres services de soins de PGV et par rapport aux autres UMD. Comme le montrent les deux tableaux ci-dessus, le ratio de soignants par le nombre de lits installés est de 1.66 à l'UMD de Villejuif, soit le ratio le plus élevé des quatre UMD (1.62 à Montfavet et à Cadillac et seulement 1.36 à Sarreguemines). Le ratio le plus significatif concernant la charge de travail quotidien pour les soignants est le ratio de soignants par le nombre de lits occupés. Là encore, c'est à PGV que la situation est la plus confortable pour les soignants avec un ratio de 1.99, soit quasiment deux soignants pour un lit occupé, contre 1.9 à Montfavet, 1.62 à Cadillac et seulement 1.46 à Sarreguemines. Le ratio relatif au nombre de soignants par lit installé n'est en revanche pas favorable à PGV qui vient alors en queue des UMD. La situation confortable de PGV ne résulte donc pas d'un calcul théorique de départ favorisant un nombre élevé de soignants, mais de la situation qui s'est instaurée avec un nombre de lits installés et de lits effectivement occupés en décalage avec le nombre de lits théoriques. Ainsi 50 lits y sont effectivement occupés en 2003, contre 80 lits théoriques, soit un écart de 30 lits. L'écart entre le nombre de lits théoriques et le nombre de lits occupés est de 21 à Montfavet, 0 à Cadillac et de 11 à Sarreguemines.

Les locaux, en cours de réhabilitation complète, respectent des normes très strictes en matière de sécurité. Les nouveaux bâtiments ont été pensés dans les moindres détails afin de présenter toutes les garanties de sécurité pour les patients et le personnel. Les chambres d'isolement du pavillon des entrants hommes sont ainsi équipées d'un double accès avec une deuxième porte donnant sur l'extérieur du pavillon, d'un sas de sécurité, d'une salle de bain ouverte sur la chambre et visible à partir du hublot de la porte d'accès. Les rares éléments qui meublent la chambre ont été conçus pour être indestructibles et ne permettre aucune prise pour un éventuel suicide. Les lampes sont encastrées, les commandes des lumières et des robinets d'eau sont hors de la chambre et accessibles seulement aux soignants. Lavabos et toilettes sont suspendus et sont conçus pour ne pas pouvoir être arrachés, ni détruits. Contrairement au détenu hospitalisé à l'UPH qui arrive avec son « balluchon », le patient n'a aucune affaire avec lui dans la chambre. Il s'habille et se déshabille dans le couloir, met un pyjama, et ne rentre pas avec ses vêtements dans la chambre.

L'architecture des lieux, à l'issue des travaux, tranchera avec celle des pavillons de secteur, directement issue du 19<sup>ème</sup> siècle. L'UMD sera dessinée de façon circulaire, contrairement aux services qui ont tendance à s'étirer en longueur. L'UMD ne sera pas sans rappeler le *Panopticon* de Bentham, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur des locaux. L'intérieur en effet privilégie également la circularité, la visibilité et la circulation. La salle de soins du pavillon des entrants, entièrement vitrée, donne sur un couloir circulaire lui permettant d'embrasser d'un regard tous les accès et les larges hublots des chambres sans rideau (contrairement aux chambres d'isolement des secteurs dont la vitre donnant sur la salle de soins est munie d'un rideau afin de préserver l'intimité du patient).

Ainsi, les personnels de l'UMD travaillent dans un environnement davantage sécurisé que celui des secteurs. Il ne faut pas oublier qu'on y traite des patients les plus dangereux, ce qui justifie l'attribution de moyens lourds de nature à assurer les soins ainsi que la sécurité des usagers et du personnel. Cela ne signifie pas que des agressions physiques ne se produisent jamais à l'UMD. Mais le personnel, plus nombreux et davantage masculin, sait mieux y faire face, avec davantage de moyens. De plus, des alarmes sont reliées à la police, en plus des « alarmes psy » qui relient tous les pavillons de l'UMD entre eux. Un détecteur de métaux orne l'entrée des visiteurs, afin de détecter d'éventuelles armes. Les fugues de l'UMD sont aussi moins fréquentes que celles des secteurs.

B) la situation particulière de Henri Colin pose toutefois des problèmes spécifiques

- *un lieu à part qui vit en autarcie :*

Le problème principal résulte de l'enfermement de l'UMD sur elle-même. Géographiquement, Henri Colin est situé tout au fond du site de PGV, derrière de hauts murs. Si les sauts de loup ne sont plus qu'un vestige de l'histoire, le caractère clos des lieux demeure toutefois.

Les travaux réalisés ont en outre tendance à donner à l'UMD un aspect carcéral, notamment avec les cours de promenade sécurisées dont le grillage n'est pas sans rappeler celui de la prison. L'enfermement est renforcé par le fait que les personnels de l'UMD y sont « fidélisés ». Il y a, en raison de la prime et des conditions de sécurité renforcées, peu de « turn over » du personnel. Des infirmiers font la totalité de leur

carrière à l'Henri Colin. Il s'est de ce fait développé une forte conscience identitaire, voire communautaire, qui peut aussi devenir une force de pression.

- *un lieu clos aux méthodes spécifiques :*

Les méthodes utilisées à Henri Colin sont spécifiques, en fonction rappelons-le, de la spécificité des patients qui y sont traités. Les soignants eux-mêmes parlent, principalement dans le pavillon des entrants hommes, de « cadrage ». Quand le patient, qui n'est pas forcément un détenu, arrive, généralement en crise, il est placé systématiquement en chambre d'isolement pour 72 heures afin précisément de le « cadrer » et de lui signifier, selon un infirmier de la structure, qu'au moindre écart de conduite il y retournera pour 72 heures. Les infirmiers montrent également les moyens de contention qu'ils ont à disposition : pyjama et ceinture de force notamment. Les patients (entrants hommes surtout) de l'UMD ne sortent pas de l'UMD sans ceinture de force lorsqu'ils doivent se rendre à une consultation dans le service des spécialités de l'hôpital.

Il n'est pas toujours évident de savoir précisément ce qui se passe derrière les murs de l'UMD et le climat social n'y est pas toujours serein. L'absentéisme du personnel y est notamment important (10% en moyenne selon la mission sur le climat social des UMD). Sur ce point, il est à noter que la prime spécifique versée aux personnels de Colin est perçue de manière forfaitaire par les agents et sans lien avec les jours de présence réelle.

L'UMD Henri Colin a une politique médicale qui n'est pas toujours bien comprise des services de secteur. Pour le chef de service de l'UMD la dangerosité est un moment et non un état. Cette définition implique que le patient n'a pas vocation à rester indéfiniment à l'UMD et réintégrera son secteur. La définition de la dangerosité qui détermine l'admission d'un patient à Colin ne semble pas toujours bien perçue des secteurs. Il s'agit en effet de dangerosité au sens psychiatrique du terme, et non d'un patient difficile. Cette ambiguïté fondamentale réside dans la mission même des UMD et dans la définition des patients devant y être soignés : malades difficiles si l'on se réfère à la dénomination de ces unités ; malades dangereux selon l'arrêté du 14 octobre 1986. Les services se sentent alors abandonnés lorsque, aux prises avec un patient difficile qui terrorise tout le service, Colin n'accepte pas le patient s'il ne répond pas aux critères définis. Les services ont d'autant plus le sentiment que Colin ne comprend pas leur souffrance que le taux d'occupation des lits de Colin est faible en réalité. Des délais d'attente sont aussi imposés pour l'admission d'un patient, ce qui peut faire perdurer des situations ingérables, tant dans les services de secteur qu'au SMPR.

- *fantasmes et rumeurs contradictoires*

L'UMD a ainsi tendance à fonctionner en vase clos derrière ses murs avec peu d'ouverture et de communication sur ses pratiques et méthodes. C'est ainsi la porte ouverte à tous les discours<sup>5</sup>, parfois fantasmés, et aux rumeurs qui courent dans les services. On y parle du « cadrage » qui y est effectué, du mythe des muscles et des gros bras qui y règne. On dit que ce n'est pas du soin... Ces rumeurs sont d'autant plus fortes que l'UMD est jalouée par les autres services : ils sont mieux lotis en personnels (ils sont dotés d'un effectif correspondant à 80 lits alors qu'en réalité seuls 60 lits sont en fonctionnement et n'ont jamais été occupés à 100%), ils ont des hommes, tous les postes infirmiers sont pourvus, ils ont une prime spécifique (aucun personnel exerçant en prison n'a droit à une prime) et des locaux neufs et coûteux alors que ceux des services de secteur sont vétustes et délabrés...

Mais on y dit aussi que c'est le seul service de l'hôpital dans lequel l'on peut vraiment travailler et que le travail y est plus intéressant qu'ailleurs...

## **2.2 l'autocensure et le malaise du côté des services de soins en prison**

Du côté des personnels exerçant en prison, ces comportements de blocage et de résistance provoquent de la lassitude et de l'agacement. Les psychiatres du SMPR sont partagés entre d'une part l'opinion que l'admission des D398 à PGV est le problème de PGV et non du SMPR et que les secteurs sont de mauvaise volonté et d'autre part le fait que ce sont leurs collègues qui sont en difficulté. La conséquence est que les médecins psychiatres du SMPR se restreignent et ne procèdent à des hospitalisations d'office qu'en dernier recours.

Si garder les malades en détention arrange les secteurs, cela pose d'autres difficultés. Et si ces problèmes ont lieu cette fois-ci au sein de la prison, c'est toujours l'affaire de PGV. C'est PGV en effet qui est responsable de l'organisation des soins psychiatriques en détention.

---

<sup>5</sup> ces éléments de discours ont été recueillis au cours du stage d'immersion dans les différents services



## 2.2.1 les difficultés du travail soignant en prison

*- les problématiques sécuritaires ne se posent pas dans les mêmes termes :*

En prison, ce n'est pas l'absence d'une sécurité suffisante et adaptée qui est déplorée, mais plutôt une trop forte sécurité qui vient faire obstacle à la relation entre le soignant et le patient.

Dans l'enceinte pénitentiaire, en cas de forte agitation d'un patient, les soignants, contrairement à l'hôpital, ne sont pas exposés aux coups. Ici, les risques ne sont plus ceux de l'agression physique ou de l'évasion. La forte féminisation des équipes n'est par conséquent pas ressentie avec la même acuité qu'à l'hôpital, la présence des surveillants de prison étant omniprésente. Les consultations et les entretiens infirmiers ont lieu hors de la présence des surveillants mais la porte de la salle est vitrée et les surveillants sont à proximité dans le couloir. Des alarmes sont dans toutes les pièces, et le temps d'intervention des surveillants est incomparablement plus court à celui d'un renfort dans un service de secteur de l'hôpital.

Si à l'UPH, il s'agit bien pourtant d'hospitalisation, les personnels soignants n'ont jamais accès directement aux patients, seuls les surveillants pénitentiaires ayant les clés des cellules. Après 19 heures, seuls les gradés conservent les clés. Or aucun gradé n'est présent la nuit à l'UPH. Le personnel soignant dépend donc entièrement du personnel pénitentiaire pour accéder aux patients et ainsi délivrer des soins. Il s'agit d'une difficulté majeure dans l'exercice de leur travail. Que faire en cas d'urgence, principalement la nuit, si ce n'est attendre impuissant l'arrivée des surveillants ou du gradé ? Il faut savoir que seuls deux gradés sont présents la nuit dans les murs de la maison d'arrêt de Fresnes et que les distances ainsi que le nombre de portes à franchir pour accéder à l'UPH sont importants. Ce sont également les surveillants, et non les soignants, qui mettent les patients agités en chambre d'isolement. Ces mises en chambre d'isolement sont impressionnantes, les surveillants étant revêtus de leur équipement de sécurité pour cette tâche : casque, renforts au niveau des épaules et des genoux, gilet pare-balles etc...

En outre, concernant l'hygiène des cellules, ce sont, conformément aux règles de la pénitentiaire, les patients eux-mêmes qui doivent faire leur ménage. Le résultat est par conséquent bien loin des normes hospitalières. Ce qui pose de plus quelques difficultés, les psychotiques ayant parfois un rapport particulier au corps et à l'hygiène.

Au sein de la cellule de l'UPH la sécurité du patient pour lui-même ne peut être assurée selon les mêmes normes qu'à l'hôpital. Outre le fait que les soignants n'ont jamais directement accès au patient, celui-ci conserve ses affaires comme dans le grand

quartier, à savoir fourchette, couteau, rasoir... On ne les lui retire que s'il présente un risque.

- *la consultation post-pénale sur le site de PGV n'est en revanche pas assez sécurisée*

La question de la sécurité resurgit en consultation post-pénale. Pour assurer la continuité des soins après la sortie de prison, le personnel du SMPR consulte sur le site du PGV. Il s'agit de la « consultation externe » du SMPR. Le problème actuel vient de la localisation de la consultation, au fond du parc de l'hôpital, près des « taules » qui sont des locaux désaffectés. Les soignants y sont seuls en consultation. Il n'y a ni secrétaire, ni passage autour. Certes, les services de sécurité de l'hôpital viennent faire des rondes et une « alarme psy » les relie au service de soins le plus proche. Mais cela n'est pas suffisant face à la dangerosité de ce type de patients. Et l'alarme psy peut être d'une efficacité limitée si dans le service dans lequel elle sonne seules quelques femmes composent l'équipe de soins...

« On est très seuls, isolés. Or il s'agit d'une population dangereuse, d'individus agités. Ils sont à la limite du passage à l'acte. Les patients voient tout de suite les failles du système et nous font bien remarquer que nous sommes seuls. De plus, ces patients, des hommes pour la plupart, sont dans la banalisation ou dans l'agressivité, car ils sont contraints de venir. Il s'agit de patients coupables d'homicides et de délinquants sexuels qui viennent ici à la suite d'une injonction de soins. Ou alors ils sont délirants et tournent dans l'hôpital avec des risques d'actes extrêmes car ils ne sont pas entendus. Beaucoup de collègues ne veulent plus y travailler », raconte un médecin psychiatre du SMPR. Les patients viennent souvent alcoolisés. Les problèmes d'addiction et les troubles sexuels sont de plus en plus fréquents.

L'équipe de la consultation externe du SMPR est composée de 3 médecins psychiatres, de deux psychologues, d'un cadre de santé de l'UPH et d'un infirmier qui intervient pour les entretiens avec les délinquants sexuels. Toutes, à l'exception de l'infirmier, sont des femmes. La charge de travail s'accroît et les juges d'application des peines ont tendance à envoyer des ex-détenus sans concertation préalable avec les médecins psychiatres du SMPR.

- *le risque de « burn out » semble plus fort en prison qu'à l'hôpital*

La première chose est qu'il est difficile de travailler derrière des barreaux, sans pouvoir circuler librement. Il faut se plier au règlement des lieux et attendre patiemment derrière

une porte que les surveillants accordent le passage. Il ne faut en effet pas croiser les détenus et toujours attendre leur passage avant de pouvoir, à son tour, passer. On attend par conséquent beaucoup et longtemps en prison, même lorsque l'on n'est pas détenu. Pour certaines personnes, l'atmosphère, cette dépendance par rapport aux personnels pénitentiaires, l'absence de liberté de mouvement y sont oppressantes.

Sur le plan personnel, les histoires que doivent affronter les soignants sont particulièrement lourdes. Ils sont sans cesse plongés dans les recoins les plus noirs de l'âme humaine. On retrouve à peu près les mêmes histoires lourdes de patients qu'à l'UMD. Un médecin psychiatre rencontré dans le grand quartier a confié cet épuisement psychique et a avoué que, selon lui, il valait mieux ne pas rester de trop nombreuses années en détention car le travail y est «déformateur ». Une infirmière de l'UPH a également confié que nulle part elle avait vu autant de «misère humaine » et de « malheurs ». Une infirmière du CSST a quant à elle estimé que le travail était moins intéressant en prison car on n'a pas le temps de voir les patients. On se contente de leur distribuer les traitements de substitution et d'échanger quelques paroles. Ils sont tellement nombreux qu'on n'a pas le temps de leur accorder toute l'attention nécessaire.

- *un nombre important de postes vacants*

Toutes les raisons précédemment évoquées peuvent expliquer le déficit en personnel dont souffre l'équipe du SMPR travaillant au sein de la maison d'arrêt de Fresnes.

C'est à l'UPC que la carence est actuellement la plus forte, pour toutes les catégories de personnels. A l'UPH, 15 postes infirmiers sur 21 sont pourvus, mais des départs sont annoncés. Il n'y a ni psychologue, ni aide-soignant. Le temps médical ne correspond qu'à 1.5 ETP sur l'UPH.

Si le SMPR est très demandé pour l'aspect « carte de visite », et même si la charge de travail y est moins lourde qu'à l'hôpital, les soignants ne restent que deux ans en moyenne, observe un cadre soignant. Et contrairement à l'UMD, le personnel du SMPR ne touche aucune prime spécifique.

## **2.2.2 L'autolimitation et l'autocensure du SMPR**

Nous avons vu que le nombre de D398 envoyés à l'hôpital était faible au regard de la morbidité psychiatrique en détention. Ainsi en 2003, une trentaine seulement de détenus étaient hospitalisés en hospitalisation d'office dont plus de la moitié en UMD. Au final, la

moyenne des détenus accueillis par les services de secteur de PGV est de 1 à 2 par an, ce qui est jugé supportable par le chef de service du SMPR. Ce dernier ajoute que cela ne devrait pas poser un énorme problème aux services de secteur. Le nombre de HO D398 est en diminution régulière depuis 5 ans et la diminution de ces HO s'inscrit en opposition avec la tendance générale : en France, entre 1990 et 2000, les HO D398 ont été multipliés par 100. Le nombre de détenus envoyés en hospitalisation d'office à PGV, établissement de rattachement du SMPR, est donc faible à la fois au regard du taux de malades mentaux en prison et du nombre d'orientation en HO D398 à l'échelle nationale.

De plus, si on regarde de façon fine les données fournies cette fois par le SMPR, on s'aperçoit que les 31 détenus hospitalisés d'office selon l'article D398 ne vont pas tous dans les services de PGV. Ce sont en réalité 24 détenus, dont 12 à l'UMD, qui ont été hospitalisés à PGV. 12 détenus ont été accueillis dans les secteurs de PGV, 3 sont allés à l'EPS les Murets à la Queue en Brie, 1 à l'EPS Esquirol, 1 à l'EPS Maison Blanche et 1 à l'EPS Charcot. Cela montre que le SMPR n'envoie pas la totalité des détenus souffrant de troubles psychiatriques à son hôpital de rattachement. Mis à part le fait que les données chiffrées en provenance des différents services de PGV ne correspondent pas, la question demeure : pourquoi si peu de détenus envoyés à PGV ?

Cela peut s'expliquer en partie par l'efficacité des prises en charge sur le terrain, notamment au sein de la maison d'arrêt de Fresnes où, nous l'avons vu, la multiplicité des structures permet des traitements spécifiques et adaptés aux caractéristiques des pathologies mentales rencontrées en détention. L'UPH joue un rôle central dans le dispositif, notamment en cas de crise. On y avoue que le critère du consentement aux soins est parfois flou en pratique.

La vraie raison, évoquée à mi-mots par du personnel soignant du SMPR mais aussi de l'UCSA de Fresnes, ne vient-elle pas d'une autolimitation du SMPR par rapport à son hôpital de rattachement, c'est-à-dire pour les médecins de SMPR, par rapport à leurs collègues de PGV dont ils connaissent trop bien les difficultés ? N'oublions pas que le personnel du SMPR est avant tout du personnel de PGV. Aussi le SMPR n'envoie que « les gros cas qui posent problème », « sinon on va faire exploser la maison », avoue-t-on au SMPR. « On fait des HO seulement quand on ne peut plus gérer ». « Il y a plusieurs cas de figure, explicite un médecin psychiatre du grand quartier de la maison d'arrêt de Fresnes : on procède à des HO pour le patient bizarre, qui a déjà fait une tentative d'homicide sur son père ou sa mère par exemple, qui ne fait pas parler de lui en prison mais qui peut pourtant récidiver. Pour ce profil, on privilégie l'UMD. Il s'agit souvent de personnes très malades. Il est impossible de les faire accéder aux soins en prison et la

peine n'a aucun sens pour ces personnes qui vivent dans un autre monde. Dans de nombreux autres cas, la personne ne fait pas parler d'elle mais nécessiterait une mesure de HO, seulement on ne le fait pas car les collègues sur l'hôpital disent que cette personne n'a rien fait et qu'on se moque d'eux. Donc le SMPR se censure. On se dit alors : "je fais quoi ?" De leur côté les services de secteur disent qu'ils n'ont pas de chambre d'isolement disponible, qu'il n'y a que des femmes dans l'équipe, qu'il n'y a pas de sécurité. Alors il n'y a aucun travail d'accompagnement pour ces personnes, pour ces fous qui se retrouvent à la rue ou dans un squatt et sont incarcérés pour un petit vol. A leur sortie, ces fous vont s'alcooliser et se brûler. Ils sont malades. Il n'y a aucune structure pour ces personnes qui pourtant nécessitent des soins ». Les médecins psychiatre du SMPR sont agacés par les réactions de leurs collègues des secteurs de PGV, mais pourtant se censurent. « PGV n'aime pas nos détenus », disent-ils.

Les conséquences de cette autocensure ne touchent pas les plus malades ni les plus dangereux, comme le schizophrène meurtrier. Pour cela l'indication en UMD s'impose. Ce sont en revanche toutes ces personnes malades, en état de grande précarité, qui se retrouvent en prison pour de courtes peines et qui n'auront pas accès aux soins dans les conditions que nécessite leur cas. « Les secteurs disent : notre file active est pleine et vous nous collez des SDF, des délinquants ».

Ces comportements révèlent un manque de communication et une incompréhension entre les secteurs et le SMPR.

## **2.3 Un partenariat perfectible dont la direction de PGV doit être le pivot**

La prise en charge des détenus, éclatée entre structures de soins et structure pénitentiaire, nécessite un partenariat efficace. Ce partenariat doit jouer à différents niveaux afin de permettre une bonne articulation et une bonne compréhension entre les structures. Il est nécessaire afin d'éviter les comportements décrits précédemment. Or ce partenariat, dont la direction de l'hôpital PAUL GUIRAUD doit être le pivot, n'est pas encore parfaitement assuré.

### **2.3.1 Le partenariat institutionnel**

Les relations entre PGV et ses partenaires institutionnels sont multiples autour de la prise en charge d'un patient détenu. Les acteurs institutionnels sont l'administration pénitentiaire, la DDASS et le préfet de département et les services de police. Ces relations sont toutefois à approfondir afin d'éviter les crispations et la situation explosive que connaît PGV dès lors que l'arrivée d'un détenu est annoncée sur l'hôpital. La direction de PGV pourrait ainsi tenter de faire comprendre aux partenaires institutionnels les difficultés de PGV. Ces derniers pourraient dès lors se trouver plus coopératifs.

A) avec les services de la DDASS et la préfecture

Les services de la DDASS font monter la pression sur l'hôpital lorsqu'ils laissent des délais courts à l'hôpital pour se préparer à accueillir un patient en provenance de détention. Or nous avons vu combien cette arrivée posait de difficultés à l'hôpital, notamment au service des admissions chargé de trouver un secteur d'accueil. Cette recherche peut parfois prendre une semaine, voire plus. Les services de la DDASS prenant l'arrêté d'hospitalisation d'office au nom du préfet sont parfois sourds aux difficultés d'organisation de l'hôpital et fixent autoritairement une date pour l'extraction du détenu hors de la prison. La DDASS est elle aussi confrontée à des impératifs et il est bien évident que garder le détenu trop longtemps en détention dans l'attente de son hospitalisation n'est pas sans poser des problèmes à l'administration pénitentiaire. Et que dire si le détenu faisait un passage à l'acte dans ce laps de temps ?

La situation n'est pas simple entre les services de admissions, interlocuteurs de la DDASS, ne trouvant pas de service d'accueil et cette dernière qui ne saurait attendre indéfiniment pour rendre effective la mesure d'hospitalisation d'office. Chacun s'abrite derrière ses raisons.

Si le fond du problème vient du blocage des services de secteur, la DDASS joue peut-être un rôle dans ce refus des services à admettre un détenu. Nous avons vu que l'une des premières choses que les services regardaient dans le dossier du détenu était sa date de levée d'écrou. Une fois libéré de la prison, le D398 devient un HO ordinaire au sens de la loi et sa sortie de l'hôpital dépend d'un arrêté préfectoral. Or, il arrive que les médecins chefs de secteur soient en conflit avec les services de la DDASS concernant le moment de la sortie d'un de ces patients. Il peut arriver en effet que le médecin psychiatre demande une levée de la mesure de HO pour raison médicale mais que le préfet n'accède pas à cette demande. Si la situation s'éternise, elle peut devenir problématique pour le service de soins. Outre le fait que la personne maintenue en HO par décision

préfecturale occupe un lit, sans que son état médical le justifie, dans un contexte de pénurie de lits sur l'hôpital, il est difficile pour les médecins d'expliquer au patient son maintien en HO. Le patient risque alors de faire des fugues répétées ou d'adopter un comportement difficile.

B) avec les services de police :

Le prévenu est dans une situation particulière que les services de soins ne comprennent pas toujours. L'arrivée de la police, dans le cadre d'une enquête, vient perturber le fonctionnement du service et marque les soignants. Que dire des policiers qui viennent chercher un patient un matin et l'emmènent en pyjama au tribunal ? Que faire lorsque les policiers viennent procéder à des interrogatoires dans un service de soins ? Comment répondre au questionnement des policiers sans porter atteinte au secret médical ?

Autant de pratiques à clarifier pour les soignants afin de dissiper leur malaise résultant de leur incompréhension.

C) avec la tutelle sanitaire

Il s'agit d'alerter et de faire comprendre aux autorités sanitaires les difficultés que rencontre PGV lors de la prise en charge de ces patients détenus. Il faudrait peut-être pouvoir dresser un profil des patients détenus accueillis par les services de secteur, HO D398 et HO L.122-1, afin de pouvoir déterminer des mesures plus adaptées à leur hospitalisation et donner les moyens nécessaires à l'hôpital pour remplir sa mission de soins dans les meilleures conditions pour ces patients, tout en respectant la sécurité de tous. Ce type d'étude a été mené sur la population accueillie dans les SMPR mais PGV n'a jamais mené ce type d'étude sur sa propre population pénale soignée dans les secteurs.

Les personnes souffrant de troubles psychiatriques et placées en détention ne sont en effet ni des détenus, ni des patients comme les autres, comme tendent à la démontrer les études. Ainsi, ils se différencient du reste de la population pénale par la nature des délits commis. En 1999<sup>6</sup>, 46% des détenus suivis dans les SMPR pour troubles psychiatriques

---

<sup>6</sup> N. COLDEFY, P. FAURE et N. PRIETO, « la santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les SMPR » in *Etudes et résultats*, n°181, juillet 2002, DREES

étaient incarcérés pour crime contre 24% des détenus dans leur ensemble. Plus généralement, les détenus suivis pour troubles psychiatriques sont incarcérés pour atteinte aux personnes (65% contre seulement 18% dans l'ensemble de la population pénale). Ils se différencient également des autres patients soignés pour troubles psychiatriques. Dans la population suivie par les secteurs psychiatriques, la prévalence des troubles psychotiques et des troubles dépressifs est bien supérieure. Les détenus suivis par les SMPR auraient dû présenter cinq fois plus souvent des troubles psychotiques (schizophrénie et autres troubles délirants) et deux fois plus souvent des troubles d'humeur (dépression...) si leurs pathologies étaient identiques à celles des patients suivis par le secteur de psychiatrie générale. Or, chez les détenus suivis par les SMPR, les troubles de la personnalité (dont un tiers sont des troubles sexuels) sont trois fois plus importants et les dépendances (alcool dans 29% des cas) deux fois plus fréquentes que dans la population suivie par les secteurs de psychiatrie générale. 8% d'entre eux seulement souffrent d'une pathologie psychotique, et parmi eux, la moitié sont schizophrènes.

Il serait utile de faire une étude de ce type concernant la population pénale souffrant de troubles psychiatriques et accueillie dans les secteurs de PGV. Le problème est qu'il n'existe aucune base de données fiables sur PGV pour procéder à ce type de recherche. Il est par exemple impossible de savoir de façon immédiate et sûre combien de HO L122-1 sont actuellement présents dans les services de secteur et dans quels services ils se trouvent. Or, les L122-1 sont généralement très malades puisque la maladie psychiatrique a entraîné leur déresponsabilisation sur le plan pénal et les actes qui les avaient conduits en détention sont souvent de nature criminelle. Il serait intéressant pour les services administratifs et la direction notamment de pouvoir connaître le nombre et la répartition de ces patients afin d'éviter une trop grande concentration dans un même service de secteur de patients criminels. Pour les services administratifs, le seul moyen de recueillir des données fiables et fines sur ces patients est de consulter les dossiers administratifs un par un. L'expérience tentée sur 2003 a fait ressortir plus de 50 dossiers dans les fichiers informatisés alors que le comptage manuel du livre de la Loi n'avait relevé que 31 D398 présents sur cette année ! Il ne m'a été possible d'étudier que 10 dossiers ce qui est bien évidemment trop peu pour dresser un profil des patients détenus arrivant sur PGV. Mais sur ces 10 cas, il est à noter que 8 de ces personnes s'étaient rendues coupables d'une atteinte aux personnes. 5 faisaient l'objet d'une procédure criminelle, homicide et tentative d'homicide pour 4 d'entre eux. Sur ces 4 personnes impliquées dans un homicide, toutes étaient passées à un moment donné par l'UMD. Mais l'UMD n'étant qu'un passage dans le processus de soins, 2 de ces personnes étaient également passées par les services de secteur. Sur les 10 dossiers étudiés, 6 patients étaient passés par les services de secteur.



Les dossiers révèlent pour ces 6 patients que 2 patients sont venus à l'hôpital pour dépression, autoagressivité et automutilation. Sur ces 6 personnes, 1 a décompensé à la suite du choc de l'incarcération et a été renvoyé rapidement en détention. 1 autre est une déficiente mentale. Les 4 autres ont révélé des bouffées délirantes ou des psychoses hallucinatoires.

Dix cas étudiés ne sont pas significatifs. Mais l'étude de ces dossiers contribue à soulever des questions. Qui sont ces patients détenus envoyés à l'hôpital ? Quels sont les profils de ceux qui sont accueillis dans les secteurs ? Leurs particularités sont-elles comparables à la population suivie par les SMPR ? Retrouve-t-on les problématiques addictives dans une même proportion ? Ou s'agit-il pour la plupart de psychotiques ? Quel est leur profil pénal ? Sont-ils hospitalisés pour conduite auto ou hétéroagressive, c'est-à-dire sont-ils une menace pour eux-mêmes ou pour les autres ?

La prise en charge de ces patients particuliers implique des aménagements nécessaires pour lesquels les autorités de tutelles pourraient allouer des moyens spécifiques. Or, concernant les travaux de l'UMD, c'est PGV qui supporte la quasi-totalité des frais financiers.

Mais pour demander des aménagements et des moyens spécifiques, il faudrait connaître davantage les spécificités des patients détenus accueillis dans les secteurs. Le préalable serait d'améliorer le système de recueil de données et la fiabilité des données informatiques.

### **2.3.2 Le partenariat en interne**

La situation sur PGV est explosive dès lors que l'arrivée d'un HO D398 est annoncée. Le problème remonte jusqu'aux directeurs qui doivent parfois imposer, souvent dans des conditions difficiles, le détenu au secteur. Les relations entre les personnels sont exacerbées à tous les niveaux et ces tensions sont préjudiciables au sein de l'établissement.

La direction de PAUL GUIRAUD doit alors initier et impulser le dialogue entre les différents personnels de l'hôpital. Il s'agit d'assainir les relations entre les différents personnels qui interviennent autour du détenu. Nous y reviendrons dans la troisième partie du mémoire.

Le directeur de PAUL GUIRAUD est en première ligne dans la problématique de la prise en charge des détenus. Les difficultés remontent jusqu'à son arbitrage lors de l'admission du D398 dans un secteur. Sa responsabilité peut être mise en jeu en cas de problème durant l'hospitalisation du détenu. C'est également lui qui fait les choix budgétaires et répartit les crédits nécessaires à l'offre de soins de ces patients particuliers. Ces choix budgétaires influent sur l'organisation des soins destinés aux patients détenus et la qualité de leur prise en charge.

Pour mettre fin aux tensions préjudiciables, que nous avons décrites, au sein de l'établissement, la direction de PAUL GUIRAUD joue un rôle primordial. Il s'agit d'assainir les relations entre les différents personnels qui interviennent autour du détenu, en renforçant le partenariat. La direction peut initier et impulser les rencontres et le dialogue entre les différents acteurs, tant en interne qu'à l'extérieur de l'hôpital.

Mais la direction doit aussi se fixer d'autres objectifs comme celui de fluidifier les admissions, d'assurer la sécurité des personnels et des patients, de soutenir les projets et les personnels qui se consacrent à ces patients particuliers... autant d'objectifs opérationnels à court et moyen terme dans l'attente de la mise en œuvre d'une réforme de fond.

### **3 LES OBJECTIFS OPERATIONNELS A DEVELOPPER A PGV EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE DES DETENUS**

La prise en charge des troubles psychiatriques des patients incarcérés s'inscrit dans le projet d'établissement de PAUL GUIRAUD qui prévoit de « répondre aux besoins spécifiques » pour les patients incarcérés. Un groupe de travail initié dans le cadre de la préparation d'un Contrat d'objectifs et de moyens à négocier avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation est venu confirmer la volonté de PGV en la matière. Ce groupe de travail s'est donné pour objectif de réfléchir sur « l'optimisation de l'offre de soins de l'établissement dans la prise en charge des patients qui présentent une co-occurrence d'une pathologie psychiatrique avec un facteur aggravant, conduites addictives, précarité ou détention ».

Ces actions témoignent de l'implication de la direction de PAUL GUIRAUD dans la problématique de la prise en charge des patients détenus. La direction de l'hôpital se trouve en effet au premier plan, eu égard à tous les problèmes, évoqués dans ce mémoire, que pose à l'hôpital psychiatrique une telle prise en charge, notamment dans les services de soins de secteur. La direction de PAUL GUIRAUD doit toutefois se fixer des objectifs à court et moyen terme pour remédier à la situation tendue qu'engendre l'arrivée d'un D398 dans les secteurs et le sentiment de malaise que cela pose au SMPR. Mais à plus long terme, PAUL GUIRAUD étant l'hôpital de rattachement du SMPR, la direction doit s'engager dans le projet de mise en place d'une U.H.S.A, unité d'hospitalisation spécialement aménagée, créée par la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002.

#### **3.1 les objectifs opérationnels de prise en charge des patients détenus à moyen et court terme**

Dans l'attente de la mise en place d'une réforme de fond, il importe de se donner à PGV des objectifs à court et moyen terme pour remédier à la tension actuelle, résultant de la prise en charge dans les services de secteur de patients détenus.

##### **3.1.1 mieux coordonner le SMPR et les services de secteur**

Le savoir-faire existe et est reconnu au sein de PGV. L'établissement a déjà démontré sa capacité d'investissement quant à la prise en charge problématique des patients détenus. PGV a su s'adapter aux besoins spécifiques de ces patients et les équipes soignantes ont su faire évoluer leurs pratiques professionnelles et se montrer innovantes, comme l'équipe de l'UPH spécialisée dans la prise en charge des pédophiles par exemple.

Toutefois, comme nous l'avons vu, des tensions se font jour entre le SMPR qui ne peut pas garder les patients les plus lourds et les secteurs qui ne veulent pas recevoir ce patient particulier qu'est le détenu. Pour toutes les raisons évoquées précédemment, il semble important de permettre au SMPR de se rapprocher des secteurs.

A) par de la communication, de l'information et de la formation

Il s'agit de lutter contre les représentations du détenu que se font les services de secteur. Ce ne sont certes pas des patients comme les autres. Ils sont en effet déjà passés à l'acte, ils sont souvent très malades, l'hôpital est responsable en cas d'évasion, leur liberté de communication avec l'extérieur doit être limitée, aucune présence policière ne vient en renfort à l'hôpital et leur situation sociale est très difficile. Mais sont-ils tous si dangereux que cela ? Les détenus les plus dangereux sont envoyés à l'UMD. Mais les D398 sont-ils tous, comme on l'entend dire parfois, des manipulateurs qui parviendraient à défier les diagnostics des médecins psychiatres pour se faire envoyer à l'hôpital, programmant ainsi leur évasion ? Ou sont-ils de pauvres déprimés, sous le choc de leur incarcération, prêts à mettre fin à leurs jours ?

Le SMPR doit développer une politique de communication en direction des secteurs, visant à mieux faire connaître son environnement et ses pratiques à l'ensemble des personnels de PGV. Il s'agit d'expliquer d'abord qui sont ces patients détenus, quel est leur profil et quelles sont dès lors les éventuelles précautions à prendre lors de leur hospitalisation. Il serait bon également d'expliquer les points du règlement pénitentiaire qui s'appliquent au détenu hospitalisé à l'hôpital. Puis, détaillant ses méthodes, le SMPR expliquerait ses propres difficultés et pourquoi certains patients ne peuvent pas être gardés en détention.

Les entretiens et les conversations au fil du stage m'ont montré que les discours et les représentations variaient selon la proximité de l'interlocuteur avec le détenu. On a peur de ce qu'on connaît mal. Les soignants de l'UMD ou du SMPR n'ont ainsi pas le même regard que les secteurs sur les patients détenus. Ils en accueillent un plus grand nombre et ont dès lors l'habitude. Ils démystifient en quelque sorte le « détenu ». Les discours les

plus virulents proviennent la plupart du temps de personnes qui ont rarement, voire jamais, affaire à ces patients particuliers. Il ne s'agit pas ici de minimiser les particularités des patients détenus mais de dire qu'elles seraient mieux appréhendées par les soignants si elles étaient mieux connues et mieux comprises. Les secteurs seraient moins réticents à accueillir le patient venant de détention si l'équipe du SMPR les accompagnait davantage, les soutenait dans leur prise en charge et leur expliquait le profil du patient autrement que par une fiche de dangerosité.

Le SMPR est déjà engagé dans une démarche d'ouverture. Le cadre supérieur de santé commence à organiser des visites de l'UPH pour les personnels de l'hôpital. Il faudrait institutionnaliser cette initiative encore peu connue de l'hôpital et encourager les secteurs à s'y intéresser. Le SMPR organise également des sessions de formation interprofessionnelle. En 2003-2004, le thème a été « la prévention du suicide en prison ». Ces journées, alternant exposés et exercices pratiques, sont l'occasion d'échanges entre personnels pénitentiaires (surveillants, conseillers d'insertion et de probation, directeurs de prison), personnels de l'hôpital (médecins psychiatres et soignants) et bénévoles (visiteurs de prison, enseignants en prison). Ces échanges sont fructueux, permettent de se connaître et de partager des préoccupations et des interrogations communes tournant autour des détenus. La direction de PAUL GUIRAUD doit par conséquent encourager et soutenir de telles actions. Il ne s'agit pas seulement de financer ou de mettre des locaux à disposition, mais d'y être peut-être plus visible. Les directeurs adjoints de la maison d'arrêt de Fresnes sont intervenus par des discours de présentation de la maison d'arrêt par exemple. Ces actions de formation ne sont peut-être pas non plus suffisamment connues sur l'hôpital et restent limitées au public plus restreint du SMPR. Y ayant participé, je ne me souviens pas par exemple, y avoir rencontré des infirmiers des secteurs ou de l'UMD. Seuls les médecins psychiatres venaient y faire des exposés. Or, les comportements de blocage lors de l'arrivée d'un D398 viennent d'abord des infirmiers. Ce sont eux en effet qui sont en première ligne, avec les autres patients, en cas d'actes hétéroagressifs dans les unités de soins. Il s'agirait de former un large public de l'hôpital aux problématiques de la détention, à ce qu'implique le statut de détenu, aux spécificités des détenus souffrant de troubles mentaux et aux particularités comportementales auxquelles les soignants risquent d'être confrontés au sein des services de secteur

- B) par des procédures pour faciliter l'accueil et la prise en charge du détenu lors de son arrivée dans un service de secteur

Pour accompagner le travail de communication, une réunion de travail pourrait être organisée entre les soignants et les médecins psychiatres du SMPR d'une part et les équipes des services de secteur d'autre part afin d'élaborer une procédure destinée à faciliter l'accueil et la prise en charge lors de l'arrivée du D398 dans le service de secteur. Ce protocole permettrait de faciliter la prise en charge à l'arrivée du détenu. La qualité de cette prise en charge reste aujourd'hui fortement dépendante à PGV du nombre de lits disponibles, de la disponibilité et de la conformité des chambres d'isolement et des moyens humains dont dispose le secteur d'accueil. La tension se cristallise sur les chambres d'isolement à PGV. La quasi-totalité des patients-détenus vont en chambre d'isolement dès leur entrée dans le service et si le service n'a pas de chambre d'isolement libre, il ne prend pas le patient. Un protocole d'évaluation pourrait préciser si le patient est dangereux, s'il requiert une mise en chambre d'isolement ou non, s'il nécessite des mesures de contention et si oui lesquelles. Il s'agit de préciser aux équipes des secteurs ce qui risque de leur poser des difficultés à l'arrivée du patient. Le problème est celui de la dangerosité hétéro-agressive, or cela n'arrive qu'une fois sur 25, précise le médecin chef de service du SMPR. Généralement, le patient envoyé est un déprimé qui tente de se suicider, ajoute-t-il.

C) Par la prise en compte simultanée des thématiques : détention, précarité et addiction

Pour bien prendre en compte les particularités du patient détenu, il convient de travailler en commun sur les problématiques liées de la détention, de la précarité et de l'addiction. Le parcours des patients les amène en effet fréquemment à rencontrer au cours de leur vie, soit simultanément, soit de façon successive, les trois facteurs intercurrents que sont la consommation de substances psychoactives, la précarité et la détention. Au cœur des réponses à apporter se trouve la question du lien au sein de l'établissement, notamment entre les secteurs, le SMPR, les centres de soins de PGV spécialisés en alcoologie et toxicomanie et la consultation de tabacologie. La question du lien entre l'établissement et ses partenaires, acteurs du champ social, administration pénitentiaire et réseau Addiction du Val de Marne Ouest (RAVMO) est également centrale.

Concernant les addictions, PGV a de nombreuses ressources et un grand savoir-faire à mobiliser en interne pour venir en appui aux secteurs lors de prise en charge présentant, en facteur aggravant à la pathologie psychiatrique et la détention, des conduites addictives. Il manque encore aux services de secteur le réflexe de faire appel aux unités

spécialisées en cas de prise en charge présentant une co-occurrence d'une pathologie psychiatrique avec un facteur aggravant comme la détention et l'addiction.

Pour la prise en charge de la précarité sociale, des partenariats sont à approfondir concernant les détenus dont la levée d'écrou a lieu lors de l'hospitalisation (fin de peine ou application de l'article L.122-1 du *CP*). Nous avons vu que la situation sociale de ces détenus était particulièrement difficile à traiter pour les services sociaux des secteurs. Tout en effet est à reconstruire pour ces personnes et les services peuvent se trouver démunis devant l'ampleur de la tâche.

Tant sur le plan des conduites addictives que sur le plan social, ces personnes, lors de leur sortie de détention et d'hospitalisation nécessitent un accompagnement global. Le but est aussi de prévenir les rechutes et les récidives sur le plan pénal, celles-ci pouvant entraîner celles-là et vice-versa. Pour cela le rapprochement entre le SMPR, les services d'addictologie et les secteurs doit concerner tant l'intra-hospitalier que l'extra-hospitalier. C'est l'extra-hospitalier en effet qui prendra le relais après la sortie de détention. Les CMP doivent donc également être formés pour le suivi de ces patients au profil particulier.

### **3.1.2 Ouvrir l'UMD Henri Colin sur l'hôpital**

#### **A) Communication et formation**

Nous avons vu que l'UMD Henri Colin avait tendance à fonctionner en vase clos et que le manque de communication sur l'extérieur était la porte ouverte aux rumeurs dans les autres services de l'hôpital. L'UMD s'ouvre sur l'extérieur mais dans le cadre de journées officielles et de rencontres internationales. Or, il faudrait également rapprocher l'UMD des équipes soignantes des divers services ainsi que de la direction de PGV. Il faudrait mieux expliquer son projet médical et sa politique de soins, faire comprendre les critères d'admission des malades, les méthodes spécifiques, les contraintes propres au traitement des malades dangereux. Former les soignants des secteurs à la prise en charge de la dangerosité les aiderait à mieux affronter eux-mêmes certaines situations. L'UMD pourrait par exemple ouvrir les enseignements sur la prise en charge de la dangerosité également aux soignants de l'hôpital et non seulement à des étudiants en médecine.

#### **B) Définition de la politique de soins**

La direction de PGV devrait soutenir ses directeurs des soins dans une tâche de définition de la politique de soins sur l'UMD. Il serait bon par exemple de clarifier avec les personnels de l'UMD les missions entre soins et sécurité, décrire et de protocoliser certains gestes en cas d'hétéroagressivité des patients. Ainsi, les protocoles de mise en chambre d'isolement ou de contention pourraient être précisés et mieux connus. Une formation sur certains gestes nécessaires en cas de débordement violent d'un patient pourrait être envisagée.

Il faudrait également aborder rationnellement les questions de sécurité du personnel. Le jeu des tensions sociales a en effet abouti, sur revendication du personnel de l'UMD relayée par les syndicats, à mettre en place un portique de détection de métaux à l'entrée des visiteurs de l'UMD. Il s'agissait de prévenir l'introduction d'armes. La direction de l'hôpital a accédé à cette demande. Mais une fois installé, le portique n'a jamais été activé, les personnels soignants estimant qu'il n'était pas dans leur rôle d'exercer une telle surveillance... Il faudrait par conséquent définir, préalablement à toute prise de décision, jusqu'où aller en terme de sécurité et comment.

### C) Une politique de ressources humaines plus ouverte

Au sein de l'UMD, les tensions sociales sont parfois vives et renforcées par le sentiment communautaire qui lie un personnel qui a fait parfois toute sa carrière à «Colin ». Le personnel de l'UMD peut se transformer en force de pression difficile à gérer pour le chef de service et la direction de PGV. Ce problème ne peut être traité que conjointement par le médecin psychiatre chef de service, le cadre supérieur de santé et la direction de l'hôpital.

La première chose, afin de fluidifier les relations avec le personnel, serait d'instaurer un « turn over » au sein de l'UMD et d'éviter qu'on puisse y effectuer la totalité de sa carrière sans passage dans un autre service de l'hôpital. Les soignants de PGV pourraient ainsi tourner entre les services de secteur et l'UMD. Cela contribuerait à décroiser l'UMD, à mieux faire connaître ses pratiques aux autres services et à diffuser un savoir-faire en terme de prise en charge de la dangerosité. Et savoir que la prime spécifique n'est pas un privilège à vie désamorcerait peut-être les jalousies des autres services.

Si, à la différence des services de secteur, tous les effectifs en terme de personnel sont pourvus à l'UMD, le point noir y est l'absentéisme. La mission d'enquête sur le climat social dans les UMD l'a évalué à 10%. La direction de l'hôpital devrait s'attaquer à ce



problème, source de tension lorsque les équipes sont contraintes à fonctionner en deçà des effectifs de sécurité. Un moyen de lutter contre l'absentéisme pourrait être de lier le versement de la prime spécifique aux jours de travail réalisés...

Il faudrait également que le sentiment d'appartenance à l'hôpital PGV prenne le pas sur le sentiment identitaire et communautaire « Henri Colin ». Travailler à Colin, c'est peut-être d'abord travailler à PGV, et non l'inverse.

### **3.1.3 Résoudre les problèmes de fonctionnement interne sur PGV**

Afin d'assainir les relations entre les divers acteurs et de renforcer le partenariat, PGV doit se pencher sur ses problèmes de fonctionnement interne. La prise en charge des détenus est un véritable défi pour un hôpital non équipé pour ce genre de tâche. Mais si la tension est à ce point exacerbée sur PGV, c'est parce qu'elle est le reflet de difficultés plus profondes. L'arrivée problématique d'un HO D398 vient en réalité cristalliser les problèmes internes de PGV. Le manque de personnels, le manque de lits, des locaux inadaptés et parfois vétustes, la violence au quotidien des patients difficile à canaliser avec des équipes essentiellement féminines et intérimaires sont autant de difficultés quotidiennes qui pèsent sur l'ambiance générale de PGV. La tension vient alors se focaliser sur certaines catégories de malades à la prise en charge particulièrement lourde comme les SDF ou les D 398.

#### **A) Par une politique de ressources humaines active**

Le contexte de PGV est celui de la pénurie de personnel infirmier, notamment masculin. Il s'agit d'inscrire PGV dans une politique active de ressources humaines, tant au niveau du recrutement que de la formation continue. Le recrutement peut se dynamiser par une plus grande communication sur les atouts de PGV, ses points forts en matière de prise en charge, comme ses départements de pointe en matière d'addiction. Il existe un véritable savoir-faire à PGV qu'il faut mettre en avant et valoriser. C'est l'image de PGV qu'il faut dynamiser.

#### **B) Par une politique de travaux**

Les conditions de travail sont rendues difficiles par l'état de certains locaux. Certains pavillons de soins sont véritablement vétustes et inadaptés aux missions de l'hôpital. Comment surveiller un patient détenu dans le labyrinthe des couloirs de certains

pavillons, sans aucune visibilité entre les différents points de l'unité des soins, principalement quand il n'y a que trois soignants pour vingt patients ?

Réhabiliter les services de secteur et les mettre en conformité avec les normes en vigueur en matière de soins et de sécurité permettrait d'atténuer un motif de jalousie à l'égard de l'UMD, en cours de rénovation complète.

### **3.2 A plus long terme, la mise en place d'une U.H.S.A (ou USA)**

Il s'agit d'inscrire PAUL GUIRAUD dans 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, modifiant le Code de la Santé Publique, et portant création des U.S.A, « unité spécialement aménagée ». Ces U.S.A (dites également U.H.SA, unités d'hospitalisation spécialement aménagées) seront destinées à l'hospitalisation pour troubles mentaux des personnes détenues.

#### **3.2.1 la réforme de 2002**

Cette réforme prévoit de créer une unité d'hospitalisation qui accueillerait l'ensemble des hospitalisations pour troubles mentaux des détenus, avec ou sans leur consentement. Ainsi prendrait fin le paradoxe actuel qui veut que les détenus consentants aux soins soient traités au sein de l'enceinte de la prison, tandis que ceux qui les refusent sont envoyés dans les services de psychiatrie générale des hôpitaux.

La loi d'orientation et de programmation pour la justice introduit dans le Code de la Santé Publique un nouveau chapitre IV et crée les articles L. 3214-1 à L.3214-5.

L'article L. 3214.1 crée les USA : « *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* ». Ces nouvelles unités spécialement aménagées seront donc destinées à des personnes détenues atteintes de troubles mentaux. Elles seront créées dans des établissements de santé. Il leur sera appliqué un régime hybride : hospitalier et pénitentiaire.

- A) application restreinte dans les U.S.A des « droits des personnes hospitalisées » pour troubles mentaux

L'article L. 3214-2 précise : « sous réserve des restrictions rendues nécessaires par leur qualité de détenu ou, s'agissant des personnes hospitalisées sans leur consentement, par leur état de santé, les articles L.3211-3, L.3211-4, L.3211-6, L.3211-8, L.3211-9 et L. 3211-12 sont applicables aux détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux ». Cet article rend applicables, dans les unités spécialement aménagées (USA), certaines des dispositions<sup>7</sup> du chapitre premier relatif aux droits des personnes hospitalisées. Il est intéressant d'observer qu'une double limitation apparaît : si les articles énoncés à l'article L.3214-2 sont applicables aux détenus, ils ne le seront que sous la réserve de restrictions liées à la condition pénitentiaire (« leur qualité de détenu ») ainsi que sous la réserve des sujétions liées à l'éventuelle hospitalisation sous contrainte. D'autre part, seuls certains articles du chapitre premier leur sont applicables. Il est donc intéressant de voir également les articles non applicables<sup>8</sup> dans les USA.

Parmi les articles rendus applicables ou non dans les USA, on peut noter les éléments principaux suivants :

**- L'article L3211-3** (Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 120 I Journal Officiel du 11 août 2004) :

*« Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de cette hospitalisation, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée. Elle doit être informée dès l'admission et par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits. En tout état de cause, elle dispose du droit :*

*1° De communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4 ;*

*2° De saisir la commission prévue à l'article L. 3222-5 ;*

*3° De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;*

*4° D'émettre ou de recevoir des courriers*

---

<sup>7</sup> voir en annexe les textes des articles du CSP, applicables et non applicables aux U.S.A

<sup>8</sup> voir également en annexe

5° De consulter le règlement intérieur de l'établissement tel que défini à l'article L. 3222-3 et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;

6° D'exercer son droit de vote ;

7° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 4°, 6° et 7°, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade ».

Cet article expose les restrictions à la limitation des libertés individuelles consécutives à l'hospitalisation. Il est rendu applicable dans les USA, mais « sous réserve des restrictions rendues nécessaires par leur qualité de détenu ou, s'agissant des personnes hospitalisées sans leur consentement, par leur état de santé ». Les restrictions désignent ici principalement la liberté d'émettre et de recevoir du courrier. Mais cet article énonce que, même détenu et hospitalisé d'office, le patient peut continuer à exercer ses droits politiques, religieux, consulter le règlement intérieur et saisir les commissions et les autorités compétentes afin de contester s'il le désire sa mesure d'hospitalisation.

- Les articles concernant les tutelle, curatelle et sauvegarde de justice sont applicables dans les USA, (L.3211-6, L.3211-8 et L.3211-9) comme pour n'importe quel patient, à l'exception de la conservation du domicile (L.3211-7). En revanche, les articles concernant les autorisations de sortie propres au régime des hospitalisations sous contrainte ne s'appliquent pas aux détenus. Ainsi, ils n'ont droit ni aux sorties d'essai à visée thérapeutique (L.3211-11), ni aux sorties de courte durée encadrée par du personnel hospitalier (L.3211-11-1). Ces sorties sont exclues en raison du régime pénitentiaire. Le régime pénitentiaire des permissions devrait alors s'appliquer et la réinsertion sociale devrait relever de la compétence des services pénitentiaires d'insertion et de probation. Des questions restent toutefois en suspens concernant les mineurs. Des mineurs sont incarcérés et peuvent souffrir de troubles mentaux. Or, l'article L.3211-10 concernant l'hospitalisation d'un mineur et les personnes habilitées par la loi à demander une telle hospitalisation, puis la sortie du mineur, ne s'applique pas. Qu'en est-il de l'hospitalisation du mineur détenu ? Est-ce à dire qu'il pourra être hospitalisé dans une USA sans que l'autorité parentale ou le représentant légal ne puisse s'exprimer ? Y aura-t-il des USA pour les mineurs, des USA en pédopsychiatrie ou plutôt des psychiatres dans les centres fermés pour les mineurs ?

B) procédure d'admission en USA, contrôles périodiques et sortie :

L'article L.3214-3 détermine la procédure d'admission dans les U.S.A :

*« Lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le préfet de police à Paris ou le représentant de l'Etat du département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son hospitalisation dans une unité spécialement aménagée d'un établissement de santé visée à l'article L. 3214-1.*

*Le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.*

*Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire.*

*Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, au préfet de police, ainsi qu'à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5, un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement.*

*Ces arrêtés sont inscrits sur le registre prévu au dernier alinéa de l'article L. 3213-1. »*

Le mode d'hospitalisation retenu est celui de l'hospitalisation d'office. Les contrôles périodiques qui s'appliquent sont bien ceux en vigueur pour les hospitalisations d'office. Pour la sortie de l'USA, la procédure est également celle d'une levée de HO.

### **3.2.2 Mise en place de la réforme à PAUL GUIRAUD**

#### **A) Création d'une U.H.S.A par PGV**

- *disparition de l'U.P.H de la maison d'arrêt de Fresnes*

Concernant PGV, la création des U.H.S.A va de fait entraîner la disparition de l'U.P.H de la maison d'arrêt de Fresnes dans sa configuration actuelle. Cependant l'expérience clinique et thérapeutique de l'équipe soignante de l'U.P.H, son professionnalisme relatif à la prise en charge psychiatrique des détenus, permettent d'envisager que cette même équipe intervienne dans le cadre d'une U.H.S.A, créée comme unité fonctionnelle du SMPR.

La sécurisation des nouvelles unités devrait être périphérique, à l'instar de ce qui est développé aujourd'hui dans les U.H.S.I (unité pour les soins somatiques) et à l'EPSNF. Cela signifie que, à la différence de l'UPH, les soignants auraient accès directement aux

patients et que la surveillance pénitentiaire s'exercerait à l'extérieur des locaux. Cela représenterait alors un grand progrès en terme de soins psychiatriques pour les détenus.

- *Quelle localisation pour l'U.H.S.A ?*

La question du lieu d'implantation de cette U.H.S.A est aujourd'hui l'enjeu de débats à PAUL GUIRAUD. Le texte de loi est pourtant clair, énonçant « 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 ». Il est prévu par la loi que les U.H.S.A soient ainsi implantées dans les établissements de santé. Or ce point est loin de soulever l'unanimité à PGV. Le personnel de PGV a peur en effet d'une stigmatisation de l'hôpital. PGV a déjà une image lourde en raison de la présence de l'UMD dans ses murs. Entre l'UMD et l'UHSA, la spécialisation de PGV ne serait ainsi pas du goût de tout le monde. Il faudrait apprendre à travailler avec des personnels pénitentiaires ou policiers à proximité, avec le risque d'évasions spectaculaires. Cela aurait peut-être des conséquences sociales, entraînant une désaffection du personnel et des difficultés accrues de recrutement sur PGV. Mais implanter l'U.H.S.A sur le site de PGV serait conforme à l'idée humaniste, qui sous-tend le choix d'envoyer à l'hôpital les malades détenus non consentants aux soins ou incapables d'exprimer un tel consentement, selon laquelle les détenus les plus malades ne peuvent accéder aux soins en détention. La peine n'a aucun sens pour eux, rappelait un médecin psychiatre du SMPR.

L'alternative est alors d'implanter l'UHSA sur le site de la maison d'arrêt de Fresnes, éventuellement au sein de l'EPSNF. Sur le plan médical, être localisé dans l'EPSNF permettrait d'offrir aux détenus souffrant de troubles mentaux un véritable plateau technique et, ainsi, de mieux traiter les pathologies somatiques concomitantes. Sur le site de la maison d'arrêt, la sécurité serait mieux assurée et le personnel pénitentiaire serait sur place. L'image de l'hôpital de PGV ne serait pas dégradée et cela éviterait de construire une prison dans l'hôpital. Mais il faudra aussi se poser la question de savoir comment attirer du personnel soignant dans une unité de soins sur le site de la maison d'arrêt, sachant que les effectifs infirmiers de l'U.P.H ne sont déjà pas tous pourvus.

Mais en implantant l'UHSA dans le site de l'EPSNF, PGV court le risque de voir la gestion de l'UHSA confiée exclusivement à l'EPSNF. Quand bien même PGV serait responsable d'une UHSA dans l'enceinte de l'EPSNF, PGV devrait travailler en étroite collaboration avec l'EPSNF. Ce qui signifie que l'équipe de soins psychiatrique ne serait pas totalement indépendante.

- *quelle place pour l'UMD ?*

La question du maintien de l'UMD se pose. Les détenus constituent en effet une forte proportion des patients traités dans les UMD. Où seront alors traités les patients détenus dangereux ? Seront-ils pris en charge à l'U.H.S.A qui sera mieux sécurisée que les UMD actuelles ? Rien ne semble s'opposer à un transfert des patients détenus dangereux vers les U.H.S.A dès lors que celles-ci seront équipées sur le plan médical et sécuritaire. Faudra-t-il recréer une UMD au sein des U.H.S.A ? Le savoir-faire des UMD devra dès lors être partagé avec les équipes des U.H.S.A.

Les UMD conservent leur raison d'être pour les patients dangereux non détenus ou déresponsabilisés en application de l'article L.122-1 du Code pénal. Mais faudra-t-il conserver le même nombre de lits alors qu'une partie des patients sera traitée hors de ces murs ?

Que penser de Henri Colin qui est en train de rénover entièrement ses locaux et d'accroître ses capacités au moment où l'on doit mettre en place les U.H.S.A, possibles remplaçantes, en partie, des UMD ?

La mise en place d'une U.H.S.A remettant, même partiellement, en cause Henri Colin sera un point bien difficile à négocier pour la direction de PGV.

Au stade actuel, les instances représentatives de PAUL GUIRAUD doivent se positionner sur la création ou non d'une U.H.S.A, ce qui n'a pas encore été le cas. Il est nécessaire que CA, CME et CTE participent au débat. Mais pour cela la direction de PGV doit adopter une position claire et préparer l'argumentaire, car il faudra savoir convaincre. S'il semble naturel que PGV, en tant qu'hôpital de rattachement du SMPR, se voit confier la gestion d'une U.H.S.A, rien n'est pour le moment gagné en l'absence d'un débat et d'un accord interne. Les résistances sur PGV risquent d'être nombreuses. Il faudra ensuite, également, communiquer la résolution de PGV à l'A.R.H afin d'obtenir l'accord et les moyens nécessaires.

Et puis, la direction de PGV devra lancer de lourds chantiers qui seront un véritable défi à l'architecture hospitalière : soit il faudra construire un hôpital –prison sur le site de l'hôpital PGV et dès lors rendre l'hôpital psychiatrique compatible avec des normes de sécurité comparables à une prison, voire travailler avec du personnel policier ou pénitentiaire dans

l'enceinte de l'hôpital. Soit il faudra rendre une prison compatible avec un lieu de soins psychiatrique, sachant que désormais, si l'optique de construire sur le site de la maison d'arrêt de Fresnes est retenue, même les détenus les plus malades devront demeurer en prison...



## **CONCLUSION : L'HEURE DU CHOIX POUR PAUL GUIRAUD**

PAUL GUIRAUD doit aujourd'hui faire un choix important qui est de s'engager ou non à contribuer au futur schéma d'hospitalisation des détenus pour troubles mentaux. Si PGV fait ce choix, la direction de l'hôpital devra travailler à mettre en place une Unité d'hospitalisation spécialement aménagée, destinée à accueillir en hospitalisation tous les détenus souffrant de troubles mentaux, qu'ils soient consentants ou non aux soins.

Mettre en place une U.H.S.A permettrait à la direction de PAUL GUIRAUD de résoudre les tensions engendrées par l'arrivée d'un patient détenu dans les services de secteur de l'hôpital. Car si l'hôpital PGV a su faire des efforts d'adaptation de son offre de soins en direction des détenus souffrant de troubles psychiatriques, grâce notamment au dynamisme et à l'engagement de son équipe du SMPR, le système actuel conduisant à envoyer les détenus les plus malade, les plus ingérables et les plus dangereux en hospitalisation dans un hôpital dépourvu des moyens nécessaires n'est pas satisfaisant. Les services de secteur sont en effet inadaptés et désarmés face à ces patients particuliers.

Si à court et moyen terme la direction de PAUL GUIRAUD peut par une série d'actions assainir la situation résultant de l'accueil d'un patient détenu dans les services de secteur, en rapprochant les différents acteurs, en renforçant le partenariat et en agissant contre les problèmes de fonctionnement internes à l'hôpital, l'objectif le plus satisfaisant à terme semble bien être le choix d'une U.H.S.A. Cette unité qui dépendrait de PGV permettrait de soulager les services de secteur et pourrait venir en renfort à l'UMD.

Du choix de la localisation de cette U.H.S.A, sur le site de l'hôpital ou sur le site de la maison d'arrêt, dépendra le sens donné à l'hospitalisation en soins psychiatriques des détenus. Le but de la réforme en effet est de venir en aide à l'hôpital mais aussi de traiter au mieux des personnes détenues souvent très malades et qui, tôt ou tard, recouvreront la liberté. Il est par conséquent crucial de travailler à leur réinsertion qui, pour eux, passe notamment par un véritable suivi psychiatrique au long cours, afin d'éviter les risques de rechutes entraînant des récidives. Si la prison est devenue pour beaucoup leur premier lieu de soins, il s'agit d'éviter qu'elle demeure leur unique lieu de soins.

---

## Bibliographie

---

- BARON-LAFORET S et BRAHMY B. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37-953-A-10. Elsevier. Paris : 1998, 9 p.
- BUSCH J-P, PLICHART P, FOURSANS S et PIDOLLE A. *Rapport de mission sur le climat social dans les Unités pour malades difficiles (UMD)*. Septembre 2003
- COLDEFY M, FAURE P. et PRIETO N. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus. *Etudes et Résultats*. n°181, juillet 2002, DREES
- GUERIN G (coordination). dossier « la santé en prison ». *adsp*. N°44, septembre 2003
- KOTTLER C, GOUYON J, SENNINGER J-L, ROBBE G. Unités pour malades difficiles. In *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37-952-A-10, Elsevier. Paris : 1998, 5 p.
- rapports d'activité des services de PGV

---

## Liste des annexes

---

- extraits du *Code de la Santé Publique* :

chapitre 1 : droits des personnes hospitalisés (mentions des articles qui seront applicables dans les U.S.A)

chapitre 4 : hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux

**CODE DE LA SANTE PUBLIQUE**  
**(Nouvelle partie Législative)**

**Chapitre 1 : Droits des personnes hospitalisées**

**Article L3211-1 non applicable dans les USA**

Une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, être hospitalisée ou maintenue en hospitalisation dans un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux, hormis les cas prévus par la loi et notamment par les chapitres II et III du présent titre. Toute personne hospitalisée ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence.

**Article L3211-2 non applicable dans les USA**

Une personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause.

**Article L3211-3 applicable dans les USA**

*(Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 120 | Journal Officiel du 11 août 2004)*

Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de cette hospitalisation, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée. Elle doit être informée dès l'admission et par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits. En tout état de cause, elle dispose du droit :

- 1° De communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4 ;
- 2° De saisir la commission prévue à l'article L. 3222-5 ;
- 3° De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- 4° D'émettre ou de recevoir des courriers
- 5° De consulter le règlement intérieur de l'établissement tel que défini à l'article L. 3222-3 et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
- 6° D'exercer son droit de vote ;

7° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 4° , 6° et 7°, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.

#### **Article L3211-4 applicable dans les USA**

Un protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en œuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur.

#### **Article L3211-5 non applicable dans les USA**

A sa sortie de l'établissement, une personne hospitalisée en raison de troubles mentaux conserve la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, sous réserve des dispositions des articles 492 et 508 du code civil, sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés.

#### **Article L3211-6 non applicable dans les USA**

Le médecin qui constate que la personne à laquelle il donne ses soins a besoin, pour l'une des causes prévues à l'article 490 du code civil, d'être protégée dans les actes de la vie civile peut en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice si elle est accompagnée de l'avis conforme d'un psychiatre.

Lorsqu'une personne est soignée dans l'un des établissements mentionnés aux articles L. 3222-1 et L. 3222-2, le médecin est tenu, s'il constate que cette personne se trouve dans la situation prévue à l'alinéa précédent, d'en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice. Le représentant de l'Etat dans le département doit être informé par le procureur de la mise sous sauvegarde.

#### **Article L3211-7 non applicable dans les USA**

La personne hospitalisée sans son consentement dans un établissement de soins conserve le domicile qui était le sien avant l'hospitalisation aussi longtemps que ce domicile reste à sa disposition. Néanmoins, les significations qui y auront été faites pourront, suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux. Si une tutelle a été constituée, les significations sont faites au tuteur ; s'il y a curatelle, elles doivent être faites à la fois à la personne protégée et à son curateur. Les fonctions de juge des tutelles peuvent être exercées par un juge appartenant au tribunal d'instance dans le ressort duquel la personne sous tutelle ou curatelle est hospitalisée, alors même que celle-ci a conservé son domicile dans un ressort différent de celui du lieu de traitement.

**Article L3211-8, applicable dans les USA**

Il peut être constitué, suivant les cas, et conformément aux articles 492 et 508 du code civil, une tutelle ou une curatelle pour la personne hospitalisée sans son consentement dans un des établissements mentionnés au chapitre II du titre II du présent livre.

**Article L3211-9, applicable dans les USA**

Sur la demande de l'intéressé, de son conjoint, de l'un de ses parents ou d'une personne agissant dans l'intérêt du malade, ou à l'initiative du procureur de la République du lieu du traitement, le tribunal peut nommer en chambre du conseil, par jugement exécutoire malgré appel, un curateur à la personne du malade n'ayant pas fait l'objet d'une mesure de protection et hospitalisé sans son consentement dans un des établissements mentionnés à l'article L. 3222-1.

Ce curateur veille :

1° A ce que les revenus disponibles du malade soient employés à adoucir son sort, à accélérer sa guérison et à favoriser sa réinsertion ;

2° A ce que ce malade soit rendu au libre exercice de la totalité de ses droits aussitôt que son état le permettra.

Hormis le conjoint, ce curateur ne peut pas être choisi parmi les héritiers présomptifs de la personne hospitalisée.

,

**Article L3211-10, non applicable dans les USA**

Hormis les cas prévus au chapitre III du présent titre, l'hospitalisation ou la sortie d'un mineur sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, par le conseil de famille ou, en l'absence du conseil de famille, par le tuteur avec l'autorisation du juge des tutelles qui se prononce sans délai. En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge aux affaires familiales statue.

**Article L3211-11, non applicable dans les USA**

Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale, les personnes qui ont fait l'objet d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office peuvent bénéficier d'aménagements de leurs conditions de traitement sous forme de sorties d'essai, éventuellement au sein d'équipements et services ne comportant pas d'hospitalisation à temps complet mentionnés à l'article L. 6121-2.

La sortie d'essai comporte une surveillance médicale. Sa durée ne peut dépasser trois mois ; elle est renouvelable. Le suivi de la sortie d'essai est assuré par le secteur psychiatrique compétent.

La sortie d'essai, son renouvellement éventuel ou sa cessation sont décidés :

1° Dans le cas d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, par un psychiatre de l'établissement d'accueil ; le bulletin de sortie d'essai est mentionné par le directeur de l'établissement et transmis sans délai au représentant de l'Etat dans le département ; le tiers ayant fait la demande d'hospitalisation est informé ;

2° Dans le cas d'une hospitalisation d'office, par le représentant de l'Etat dans le département, sur proposition écrite et motivée d'un psychiatre de l'établissement d'accueil.

#### **Article L3211-11-1, non applicable dans les USA**

*(inséré par Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 19 I 1° Journal Officiel du 5 mars 2002)*

Pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires, les personnes hospitalisées sans leur consentement peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de l'établissement de courte durée n'excédant pas douze heures. La personne malade est accompagnée par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement pendant toute la durée de la sortie.

L'autorisation d'absence de courte durée est accordée par le directeur de l'établissement de santé après avis favorable du psychiatre responsable de la structure médicale concernée.

Dans le cas d'une hospitalisation d'office, le directeur de l'établissement transmet au représentant de l'Etat dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis du psychiatre, quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie accompagnée. Sauf opposition du représentant de l'Etat dans le département, la sortie accompagnée peut avoir lieu au terme de ce délai.

#### **Article L3211-12, applicable dans les USA**

Une personne hospitalisée sans son consentement ou retenue dans quelque établissement que ce soit, public ou privé, qui accueille des malades soignés pour troubles mentaux, son tuteur si elle est mineure, son tuteur ou curateur si, majeure, elle a été mise sous tutelle ou en curatelle, son conjoint, son concubin, un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade et éventuellement le curateur à la personne peuvent, à quelque époque que ce soit, se pourvoir par simple requête devant le président du tribunal de grande instance du lieu de la situation de l'établissement qui,

statuant en la forme des référés après débat contradictoire et après les vérifications nécessaires, ordonne, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

Une personne qui a demandé l'hospitalisation ou le procureur de la République, d'office, peut se pourvoir aux mêmes fins.

Le président du tribunal de grande instance peut également se saisir d'office, à tout moment, pour ordonner qu'il soit mis fin à l'hospitalisation sans consentement. A cette fin, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'un malade hospitalisé.

Nota : Loi 2000-516 2000-06-15 art. 49 XI : modifie l'article L351 du code de la santé publique : Dans le premier alinéa, le mot "président" est remplacé par les mots "juge des libertés et de la détention" ; au début du dernier alinéa, les mots "Le président du tribunal de grande instance" sont remplacés par les mots "Le juge des libertés et de la détention". Cette modification n'a pas été insérée dans la rédaction du nouvel article L3211-12 du code de la santé publique (ancien L351), issu de l'ordonnance 2000-548 du 15 juin 2000.

#### **Article L3211-13, non applicable dans les USA**

Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées en tant que de besoin par décret en Conseil d'Etat.

\*\*\*

### **Chapitre 4 : Hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux**

#### **Article L3214-1**

*(Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 art. 48 I 2° Journal Officiel du 10 septembre 2002)*

*(Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 art. 48 I 1°, 3° 10 septembre 2002))*

L'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée.

#### **Article L3214-2**

*(Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 art. 48 I 2° Journal Officiel du 10 septembre 2002)*

*(Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 art. 48 I 1°, 3° 10 septembre 2002))*



Sous réserve des restrictions rendues nécessaires par leur qualité de détenu ou, s'agissant des personnes hospitalisées sans leur consentement, par leur état de santé, les articles L. 3211-3, L. 3211-4, L. 3211-6, L. 3211-8, L. 3211-9 et L. 3211-12 sont applicables aux détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux.

Lorsque le juge des libertés et de la détention ordonne, en application de l'article L. 3211-12, une sortie immédiate d'une personne détenue hospitalisée sans son consentement, cette sortie est notifiée sans délai à l'établissement pénitentiaire par le procureur de la République. Le retour en détention est organisé dans les conditions prévues par le décret en Conseil d'Etat visé à l'article L. 3214-5.

### **Article L3214-3**

*(Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 art. 48 I 2° Journal Officiel du 10 septembre 2002)*

*(Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 art. 48 I 1°, 3° 10 septembre 2002))*

Lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le préfet de police à Paris ou le représentant de l'Etat du département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son hospitalisation dans une unité spécialement aménagée d'un établissement de santé visée à l'article L. 3214-1.

Le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.

Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire.

Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, au préfet de police, ainsi qu'à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5, un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement.

Ces arrêtés sont inscrits sur le registre prévu au dernier alinéa de l'article L. 3213-1.

### **Article L3214-4**

*(Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 art. 48 I 2° Journal Officiel du 10 septembre 2002)*

*(Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 art. 48 I 1°, 3° 10 septembre 2002))*

La prolongation de l'hospitalisation sans son consentement d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans les conditions prévues aux articles L. 3213-3, L. 3213-4 et L. 3213-5.

**Article L3214-5**

*(inséré par Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 art. 48 I 1°, 3° 10 septembre 2002))*

Les modalités de garde, d'escorte et de transport des détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux sont fixées par décret en Conseil