



EHESP

Filière des Elèves Directeurs d'Hôpitaux

Promotion : **2008 - 2010**

Date du Jury : **décembre 2009**

**Implantation d'une Unité Hospitalière
Sécurisée Interrégionale (UHSI) dans
le futur site unique du Centre
Hospitalier Sud Francilien : repenser
les modalités de prise en charge pour
motif somatique des patients détenus**

Aurore NEMER

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à Madame Bénédicte SIMON, Directeur des Affaires Médicales et maître de stage, pour son accueil, sa disponibilité, ses précieux conseils, ses encouragements, sa pédagogie son soutien tant pour la réalisation de ce mémoire que pour le futur métier de Directeur d'Hôpital.

Je tiens également à remercier Monsieur Alain VERRET actuel Chef d'Etablissement du Centre Hospitalier Sud Francilien, Monsieur Michel PALLOT Directeur par intérim du CHSF et Monsieur Joël BOUFFIES ancien Chef d'Etablissement du CHSF pour leur accueil et leurs conseils avisés relatifs au métier de Directeur d'Hôpital.

Je remercie plus particulièrement Monsieur Laurent BURCKEL, Directeur Adjoint au CHSF pour son accompagnement dans ce travail. Je remercie Monsieur Samuel PRATMARTY, Directeur d'Hôpital, pour m'avoir orienté sur ce thème lequel m'a permis de découvrir des activités et des partenariats autres que ceux rencontrés le plus souvent.

Je remercie aussi l'ensemble de l'équipe de Direction du CHSF pour leur accueil, leur disponibilité et leurs conseils. Je remercie les équipes des Directions fonctionnelles et les secrétaires pour leurs encouragements et leur disponibilité. Je remercie également la communauté hospitalière, et plus particulièrement Monsieur le Docteur FIX, chef du pôle de Médecine en Milieu Pénitentiaire et Madame CHAIGNE, Cadre Supérieur de ce même pôle.

Je remercie l'équipe hospitalière et pénitentiaire de l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale du Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière qui m'a permis de découvrir les étapes d'implantation d'une telle unité et de visiter cette même unité.

Je remercie également les équipes de l'Etablissement Public de Santé National de FRESNES qui ont accepté la visite d'un Elève Directeur d'Hôpital dans leurs murs et se sont montrés très attentifs ; en particulier Monsieur Maurice ROZAIN, Directeur Hospitalier de l'EPSNF et Madame le Lieutenant Isabelle GERY.

Je remercie l'ensemble des acteurs des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales de province qui ont accepté de me recevoir lors d'entretiens téléphoniques et ont accepté de partager leur expérience et leur expertise.

Enfin, je remercie les équipes de l'EHESP que j'ai souvent sollicitées pour la réalisation du mémoire. J'adresse aussi mes remerciements à mon entourage, familial et amical, qui par ses soutiens m'a encouragée à suivre cette formation.

Sommaire

Introduction	1
1 Le contexte francilien de la prise en charge des patients détenus : une offre globale en devenir.....	7
1.1 L'organisation actuelle de la prise en charge hospitalière des détenus pour motif somatique en Ile de France.	7
1.1.1 L'hospitalisation dans l'Etablissement Public de Santé National de FRESNES	7
1.1.2 L'hospitalisation au Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière.....	11
1.2 Les modalités d'organisation de la prise en charge hospitalière des patients détenus au Centre Hospitalier Sud Francilien	13
1.2.1 Le CHSF, Etablissement de santé de référence et de recours	13
1.2.2 La prise en charge actuelle des patients détenus au CHSF	14
1.3 L'évolution de l'EPSNF et du CHSF	19
1.3.1 L'EPSNF : un établissement de santé en sursis	19
1.3.2 Le CHSF, un hôpital tourné vers le changement	20
2 La prise en charge des patients détenus hospitalisés dans les autres UHSI : vers une amélioration de l'organisation ?	24
2.1 Les motifs d'hospitalisation en UHSI des patients détenus.....	25
2.1.1 Les pathologies prises en charge dans l'UHSI	25
2.1.2 La filière de recrutement des patients détenus	27
2.1.3 Les taux d'occupation et les durées moyennes de séjour des UHSI.....	29
2.2 Le personnel dédié à la prise en charge des détenus	30
2.2.1 La mutualisation des équipes avec l'UCSA	30
2.2.2 Les effectifs hospitaliers des UHSI	32
2.2.3 L'organisation médicale dans les UHSI	33
2.3 Le financement des UHSI	34
2.3.1 Les recettes des UHSI.....	35
2.3.2 Les dépenses des UHSI.....	35
3 Les préconisations pour bien préparer l'implantation d'une unité hospitalière sécurisée interrégionale.....	37
3.1 L'organisation des soins de suite : les Décrets et la circulaire de 2008	37
3.2 Le Transfert des activités actuelles de l'EPSNF vers le CHSF.....	38

3.2.1	La maîtrise de l'activité de transfert par les expertises locales	38
3.2.2	Les équipes à mobiliser pour construire le projet de l'UHSI	39
3.3	Le financement de la future UHSI du CHSF	41
3.3.1	Le suivi de l'activité de l'hospitalisation des patients détenus par le contrôle de gestion.....	41
3.3.2	La prise en compte financière de la spécificité de l'UHSI du CHSF	43
3.4	La place du Directeur d'Hôpital dans la construction d'un partenariat visant à assurer une meilleure prise en charge des patients détenus hospitalisés	44
3.4.1	L'appréhension de la dimension humaine dans la définition de l'UHSI.....	45
3.4.2	La détermination des partenariats nécessaires au bon fonctionnement de l'UHSI	46
3.4.3	La conduite de projet, une technique indispensable pour une situation inédite ...	48
Conclusion		51
Bibliographie.....		53
Liste des annexes.....		I
Annexe n°1 : Carte des Directions interrégionales des services pénitentiaires		II
Annexe n°II : Carte des établissements et services pénitentiaires de la Direction interrégionale des services pénitentiaires de PARIS		III
Annexe n°III : arrêté du 24 août 2000 portant création des UHSI		IV
Annexe n°IV : arrêté du 6 juillet 2009 fixant le règlement intérieur du centre socio médico judiciaire de sûreté de FRESNES		XII
Annexe n°V Glossaire		XXX

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation aux Adultes Handicapés
AP-HP	Assistance Publique- Hôpitaux de PARIS
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide- Soignant
BEH	Bail Emphytéotique Hospitalier
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHSF	Centre Hospitalier Sud Francilien
CHU	Centre Hospitalier Sud Francilien
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMP	Centre Médico- Psychologique
CPP	Code de Procédure Pénale
CPPP	Contrat de Partenariat Public Privé
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico- Technique
CSP	Code de la Santé Publique
CSST	Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DAP	Direction de l'Administration Pénitentiaire
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DMS	Durée Moyenne de Séjour
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPS	Etablissement Public de Santé
EPSNF	Etablissement Public de Santé National de FRESNES
ETP	Equivalent Temps Plein
GHPS	Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière
GHS	Groupe Homogène de Séjour
HAS	Haute Autorité de Santé
HO	Hospitalisation d'Office

ICR	Indice de Coût Relatif
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
MAF	Maison d'Arrêt des Femmes
MAH	Maison d'Arrêt des Hommes
MCO	Médecine, Chirurgie et Obstétrique
MIG	Mission d'Intérêt Général
MIGAC	Mission d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
RPE	Règles Pénitentiaires Européennes
SIH	Syndicat Interhospitalier
SMPR	Service Médico Psychologique Régional
SNH	Schéma National d'Hospitalisation
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A	Tarification à l'Activité
UCSA	Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UHSA	Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
UHSI	Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
UMD	Unité pour Malades Difficiles
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

« La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale »

Nations Unies – Organisation mondiale de la santé, 7 avril 1948, Préambule

Introduction

« Les membres du personnel de santé, en particulier les médecins chargés de dispenser des soins médicaux aux prisonnier(e)s sont tenus d'assurer la protection de leur santé physique et mentale et, en cas de maladie, de leur dispenser un traitement de la même qualité et répondant aux mêmes normes que celui dont bénéficient les personnes qui ne sont pas emprisonnées ou incarcérées », Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Résolution 37/194 du 18 décembre 1982 – Principes d'éthique médicale, Principe Premier.

En janvier 1993, le Rapport CHODORGE¹ du Haut Comité de la Santé Publique a rendu public l'état désastreux de la prise en charge sanitaire des détenus. Afin de rendre plus humaine les conditions de la prise en charge sanitaire des détenus, la loi du 18 janvier 1994² a transféré la prise en charge sanitaire des détenus de l'administration pénitentiaire vers les établissements de santé.

L'administration pénitentiaire comprend 194 établissements répartis en **Maison d'Arrêt** qui reçoivent les prévenus (détenus en attente de jugement) ainsi que les condamnés dont le reliquat de peine n'excède pas un an lors de leur condamnation définitive et en **Etablissements pour peine** aux structures adaptées aux condamnations des détenus. Ainsi, les Maisons Centrales accueillent les détenus condamnés à de longues peines ; les détenus condamnés à de courtes peines ou dont les chances de réinsertion sont certaines sont dirigés vers des Centres de Détention ; les Centres de Semi- Liberté permettent aux détenus d'exercer une activité professionnelle ou de suivre une formation à l'extérieur de l'établissement qu'ils regagnent chaque soir ; quant aux centres pour peines aménagées ils sont réservés à des détenus volontaires faisant l'objet de placement à l'extérieur ou du régime de semi- liberté dans le but de concrétiser un projet de réinsertion. En outre, il arrive que certains de ces établissements soient appelés centres pénitentiaires, établissements mixtes, comprenant au moins deux quartiers différents, par exemple maison d'arrêt, et- ou centre de détention. Enfin, depuis juin 2007, il existe des Etablissements Pénitentiaires pour Mineurs.

¹ Haut Comité de la Santé Publique, Santé en milieu carcéral, Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus.

² Article 2 Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et la protection sociale : « Le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux prisonnier(e)s en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires. ».

L'échelon territorial de la direction de l'Administration Pénitentiaire, direction du Ministère de la Justice, est découpé en 9 régions appelées Directions Interrégionales :

- Paris,
- Bordeaux,
- Dijon- Centre,
- Lille,
- Lyon,
- Marseille,
- Rennes,
- Strasbourg- Grand Est,
- Toulouse,
- Ainsi que la Mission Outre Mer.

Au 1^{er} août 2009, la France compte 67 494 personnes écrouées, c'est-à-dire qui possèdent un numéro d'écrou permettant pour l'Administration Pénitentiaire de connaître à tout instant la position pénitentiaire de chaque détenu. Il y a 62 420 détenus, placés dans un établissement pénitentiaire répartis entre 15 384 prévenus et 47 036 condamnés. La population des prévenus est composée de 14 673 hommes et de 711 femmes ; et parmi la population des condamnés, il y a 45 628 hommes et 1 408 femmes. Ainsi, 60 301 hommes sont détenus et 2 119 femmes sont détenues soit 3, 5% de la population totale carcérale. En outre, 733 mineurs sont écroués, soit 1, 2% de la population totale carcérale, dont 391 prévenus et 342 condamnés.

Depuis la loi du 18 janvier 1994, les établissements de santé rentrent dans les établissements pénitentiaires à travers deux services spécifiques : les Unités de Consultation de Soins Ambulatoires (UCSA) et les Services Médico- Psychologiques Interrégionaux (SMPR) qui existaient déjà depuis 1986. Les UCSA dispensent des consultations de médecine générale, de médecine spécialisée dans la prise en charge somatique et des soins dentaires, tout en assurant également la permanence des soins. Se substituant aux anciennes infirmeries pénitentiaires, les UCSA sont placées sous la responsabilité d'une équipe médicale et paramédicale qui relève de l'établissement de santé de proximité avec lequel l'Établissement pénitentiaire a signé une Convention garantissant les modalités d'accès aux soins des personnes détenues. L'Établissement de santé fournit l'équipement et les prestations nécessaires au fonctionnement de cette unité ; tandis que l'Établissement pénitentiaire met à disposition les locaux adaptés aux équipes hospitalières. Il est également possible d'implanter dans l'Établissement

pénitentiaire une pharmacie à usage intérieur (PUI). Les soins psychiatriques sont dévolus aux SMPR placé sous l'autorité d'un praticien hospitalier psychiatre.

A l'instar de tout individu, les personnes incarcérées disposent d'un droit de protection de leur santé. Etant entendu qu'il y a intervention de deux autorités administratives, il y a également concourt de deux codes ; à savoir le Code de la Santé Publique (CSP) et le Code de Procédure Pénale (CPP). Dans sa partie réglementaire, le Code de Procédure Pénale définit aux articles D.368 à D.401-2 les conditions de la prise en charge sanitaire des détenus. Ces dispositions reconnaissent aux patients- détenus les droits fondamentaux suivants :

Le droit de bénéficier de conditions matérielles de détention adaptées à l'état de santé et si nécessaire le droit à un transfèrement³, à savoir le changement d'établissement pénitentiaire⁴.

Le droit à un régime alimentaire médicalement prescrit⁵,

Le droit à l'expression du consentement médical⁶,

Le droit à la recherche médicale s'il est attendu un bénéfice direct et majeur pour leur santé⁷.

S'agissant des femmes détenues, le Code de Procédure Pénale prévoit des dispositions tendant à protéger les mères et leur enfant⁸ qui bénéficient d'un suivi médical adapté et du principe de l'hospitalisation dans l'établissement de proximité lors de l'accouchement. Egalement, une note de la Direction de l'Administration Pénitentiaire précise les conditions de garde des jeunes enfants placé près de leur mère.

Le guide méthodologique⁹ relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale, élaboré conjointement par le Ministère de la Santé et le Ministère de la Justice énonce comme droit des patients détenus : l'information et l'expression de la volonté ; les articles L.1111 – 2 et L.1111 – 4 du Code de la Santé Publique s'appliquent. De plus, selon les dispositions de l'article 720-1-1 du Code de Procédure Pénale issu de la loi du 4 mars 2002¹⁰ il existe dorénavant des mesures d'aménagement de peine, voire des demandes de suspension de peine pour raison médicale pouvant être accordées à toute personne condamnée à une peine

³ Transfèrement : Translation d'une personne détenue d'un établissement pénitentiaire à un autre –lexique des termes juridiques, Dalloz, 10^{ème} édition.

⁴ Article D. 360 CPP.

⁵ Article D. 361 CPP.

⁶ Article D. 362 CPP, en application de l'article R.4127 – 36 CSP.

⁷ Article D. 363 CPP.

⁸ Article D.400 à D.401 – 2 CPP.

⁹ Septembre 2004 et actualisé par la circulaire n°27 DHOS / DGS / DSS / DGAS / DAP du 10 janvier 2005.

d'emprisonnement. La personne détenue doit soit être atteinte d'une pathologie engageant le pronostic vital ou soit son état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention. La suspension de peine pour raison médicale a pour effet d'interrompre l'exécution de la peine.

En outre, les Règles Pénitentiaires Européennes, signées en 2006 par 46 Etats membres du Conseil de l'Europe consacrent 21 règles au sein de la troisième partie dédiée à la santé des personnes détenues et à l'accès aux soins. La Règle Pénitentiaire Européenne 46.1 dispose que « *Les détenus malades nécessitant des soins médicaux particuliers doivent être transférés vers des établissements spécialisés ou vers des hôpitaux civils lorsque ces soins ne sont pas dispensés en prison.* » Plus largement ces règles visent à promouvoir la santé et le confort des personnes incarcérées.

Le Projet de loi pénitentiaire adopté en Première Lecture par le Sénat en février 2009, discuté par l'Assemblée Nationale depuis le 15 septembre 2009 et modifié en Première lecture par cette même Chambre le 22 septembre 2009, énonce dans la Section V intitulée « *De la santé* » les droits reconnus aux personnes détenues et notamment en matière de droit au secret médical, au droit à la qualité, la permanence et la continuité des soins.

La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » du 21 juillet 2009 dispose dans son article 1^{er}¹¹ « *Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer en tout ou partie une ou plusieurs missions de santé de service public suivantes [...] les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier dans des conditions définies par Décret*¹². »

Lorsqu'une personne incarcérée détenue nécessite une hospitalisation pour motif somatique, sa prise en charge s'effectue selon trois modalités :

- soit dans une chambre sécurisée dans l'établissement de santé de proximité signataire de la Convention entre l'Etablissement de Santé et l'Etablissement Pénitentiaire, s'il s'agit d'une hospitalisation qui relève de l'urgence ou qui est programmée pour une période de courte durée, c'est – à – dire inférieure à 48 heures,
- soit dans une unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) dont l'organisation est déterminée par l'article 5 de l'arrêté du 24 août 2000,
- soit dans l'Etablissement Public de Santé National de FRESNES (EPSNF).

¹⁰ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

¹¹ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 relative réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires _ Article L.61112 – 1 12° du Code de la Santé Publique.

¹² A ce jour, le Décret d'application n'est pas publié.

L'hospitalisation des patients détenus pour motif somatique obéit aux règles du schéma national d'hospitalisation (SNH) revu en 2006. Ce schéma reste dérogatoire aux schémas existants dans le domaine sanitaire.

Le présent mémoire ne porte pas sur la prise en charge psychiatrique des détenus laquelle s'effectue selon plusieurs modalités :

- SMPR en établissement pénitentiaire,
- Hospitalisation d'office dans un établissement de santé spécialisé et habilité dans la prise en charge psychiatrique selon les dispositions de l'article D.398 du CPP. Dans ce cas c'est l'autorité préfectorale qui est compétente pour faire admettre les patients détenus¹³,
- Hospitalisation dans une Unité pour Malades Difficiles (UMD),
- Hospitalisation dans une Unité Hospitalière spécialement aménagée, UHSA, nouvelle unité créée par la loi du 9 septembre 2002¹⁴, encore non ouverte à ce jour, et chargée d'améliorer la qualité des soins envers les détenus souffrant de troubles mentaux en prévoyant une offre de soins en hospitalisation libre ou sous contrainte à ces patients.

Egalement, ce mémoire ne traite pas de la question des individus placés en garde à vue ou en centre de rétention administrative, puisque selon leur situation ils ne sont pas placés sous main de justice.

Ce sujet paraît tout d'abord être d'actualité, suite aux lois récemment adoptées, mais aussi suite aux engagements du Président de la République¹⁵. J'ai choisi de traiter ce sujet qui est non seulement d'actualité nationale et locale mais qui renvoie aussi à des réflexions éthiques. Du point de vue plus opérationnel, ce sujet offre l'occasion de découvrir qu'un Directeur d'Hôpital peut être amené à connaître des partenariats différents des partenariats purement sanitaires. De fait, l'organisation de la prise en charge sanitaire des patients placés sous main de justice pensée collectivement et représentée au final par le Directeur d'Hôpital, conduit à affirmer que ce manager est aussi acteur majeur en matière de santé publique.

Quinze ans après la loi qui transfère au secteur hospitalier la prise en charge sanitaire des détenus et cinq ans après l'ouverture de la première UHSA, il apparaît pertinent de dresser un bilan tout en s'interrogeant sur l'avenir ; d'autant plus que les

¹³Article L.3214 – 1 CSP.

¹⁴Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice.

règles pénitentiaires européennes irriguent l'ensemble des facettes de la prise en charge des détenus dans leur quotidien.

L'établissement de santé, terrain de stage, le Centre Hospitalier Sud Francilien (CHSF) prend en charge les détenus placés dans l'un des plus grands établissements d'Europe, la Maison d'Arrêt de Fleury Mérogis, qui dépend de la Direction Interrégionale de PARIS. Cet établissement s'est engagé dans la construction d'un nouvel hôpital. A ce projet s'ajoute un projet supplémentaire dont la décision ne relève pas des acteurs du CHSF, l'intégration d'une Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale. Dès lors, la question de la prise en charge sanitaire de patients détenus s'imposait *de facto*.

En plus de réussir le transfert des activités dans le nouvel hôpital, le CHSF doit aussi relever un challenge de taille : réussir l'implantation de l'UHSI et répondre ainsi aux besoins de santé d'une population, tout en anticipant les contraintes qui peuvent apparaître et par la même impacter l'organisation des activités hospitalières.

S'il apparaît nécessaire de dresser un état des lieux de la situation de la prise en charge somatique des détenus en Ile de France (I) ; il est intéressant d'analyser le projet UHSI du CHSF à partir des UHSI déjà existantes (II) et enfin de formuler des préconisations tant pour le CHSF que pour un Directeur d'Hôpital, acteur de santé publique (III).

¹⁵ Déclaration de Monsieur le Président de la République devant le Parlement réuni en Congrès à Versailles, lundi 22 juin 2009.

1 Le contexte francilien de la prise en charge des patients détenus : une offre globale en devenir

L'Interrégion de Paris constitue le seul découpage pénitentiaire de la République Française calqué sur le découpage administratif régional francilien. Ainsi cette interrégion pénitentiaire traite exclusivement des questions relatives à une seule région. Les évolutions législatives et réglementaires conduisent à repenser la prise en charge hospitalière des détenus pour motif somatique particulièrement dans cette région qui comprend trois des plus grands établissements pénitentiaires du territoire national, ainsi que des maisons d'arrêt et des établissements pour peine répartis sur l'ensemble du territoire de la région.

Pour que le CHSF puisse bien appréhender l'organisation d'une UHSI, il convient tout d'abord de connaître les modalités actuelles de la prise en charge sanitaire, de la spécificité du CHSF et de l'évolution.

1.1 L'organisation actuelle de la prise en charge hospitalière des détenus pour motif somatique en Ile de France.

L'hospitalisation des patients détenus dans l'interrégion Île de France s'organise selon plusieurs aspects. Outre les chambres sécurisées pour les hospitalisations en urgence ou de courte durée, les patients détenus peuvent être admis pour hospitalisation à l'Etablissement Public de Santé National de FRESNES (EPSNF) ou à l'UHSI du Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière (GHPS).

1.1.1 L'hospitalisation dans l'Etablissement Public de Santé National de FRESNES

Les missions et l'organisation de l'Etablissement Public de Santé National de FRESNES (EPSNF) sont décrites aux articles R.6147-14 à R.6147-33 du Code de la Santé Publique. L'EPSNF est situé dans le Département du Val de Marne à une dizaine de kilomètres de Paris. Il a été créé par un Décret du 2 mars 1995¹⁶. Pour autant, les

¹⁶ Décret 95-236 du 2 mars 1995.

activités existent depuis près d'un siècle, puisque le bâtiment construit en 1898 abritait l'Infirmierie Centrale des prisons de la Seine. A l'époque, ce bâtiment ne comprenait qu'un seul étage qui comptait 110 lits. Selon les archives, il existait une activité chirurgicale dès 1904. Jusqu'au milieu du XX^e Siècle, la fonction soins était assurée par des religieuses aidées par des détenus, logés alors dans des baraquements. Dans les milieux des années 1960, le bâtiment s'élève de deux étages. La capacité d'accueil se trouve ainsi doublée.

La Loi du 3 janvier 1985¹⁷ autorise la création d'Etablissement d'Hospitalisation Public réservé à l'accueil des personnes incarcérées. Le Décret du 27 décembre 1985¹⁸ créé l'Etablissement Public National de FRESNES (EPNF). Dès 1987, soit sept ans avant 1994, le Décret du 21 décembre 1987¹⁹ permet aux personnels soignants, médico- techniques intervenant dans l'EPNF de bénéficier du statut de la fonction publique hospitalière²⁰.

Comme tous les Etablissements Publics de Santé, l'EPSNF est administré par un Conseil d'Administration et d'un Directeur, représentant légal de l'établissement. Par dérogation, ce dernier est choisi parmi les personnels de direction des services déconcentrés de l'Administration Pénitentiaire et nommé par arrêté. Il est assisté d'un Directeur Adjoint Pénitentiaire et d'un Directeur Adjoint Hospitalier, issu du corps des Directeur d'Hôpitaux. L'EPSNF possède les mêmes instances qu'un Etablissement Public de Santé.

Il convient de ne pas confondre l'EPSNF avec l'Etablissement Pénitentiaire de FRESNES. En effet, les détenus écroués à la Maison d'Arrêt de FRESNES sont pris en charge pour leurs consultations par l'UCSA de l'Hôpital de Bicêtre et aucunement par l'EPSNF, qui ne dispose pas d'UCSA.

En 2008, l'EPSNF comprenait trois pôles :

- Médecine et soins de suite,
- Médecine physique de réadaptation et chirurgie
- Administratif

L'originalité de l'EPSNF conduit à faire travailler de concert des professionnels issus de deux administrations différentes : l'administration hospitalière et l'administration pénitentiaire.

¹⁷ Article 102 alinéa 2 de la loi n°85-10 du 3 janvier 1985.

¹⁸ Décret n°85-1392 du 27 décembre 1985.

¹⁹ Décret n°87-1031 du 21 décembre 1987.

En 2008, 207 professionnels de santé ont assuré la prise en charge des patients détenus hospitalisés au sein de l'EPSNF. Ces personnels hospitaliers se répartissent de la manière suivante (en équivalent temps plein – ETP) :

Personnel médical :	22, 9 ETP
Personnel non médical : Administratif :	34, 6 ETP
Soignant et éducatif :	123 ETP
Technique :	11 ETP
Médico- technique :	17, 2 ETP

Cette même année, 127 personnels de l'administration pénitentiaire sont affectés à l'EPSNF et se répartissent de la manière suivante :

- 2 directeurs,
- 3 officiers,
- 7 gradés,
- 117 surveillants,
- 5 administratifs

En 2008, 1 074 patients détenus, dont 44 femmes, ont été accueillis à l'EPSNF ; ce qui représente en moyenne 90 admissions mensuelles. Cette même année, il y a eu dix demandes de suspension de peine pour raison médicale et 6 décès par mort naturelle. Il convient de mentionner que ces patients ont fait l'objet de mesures visant à garantir une fin de vie digne. Ainsi, l'accès aux parloirs, à des visites en chambre sans limitation de durée sont autorisés. De même, des dispositifs de soins palliatifs adaptés à l'état de santé de ces patients sont mis en œuvre.

D'ailleurs, l'un des axes de travail de l'EPSNF pour les années 2009-2010 consiste en l'accompagnement de la fin de vie et des relations avec les proches des patients.

En 2008, l'établissement a connu de profonds bouleversements puisque l'activité de chirurgie, l'activité d'hémodialyse et l'activité de l'unité de soins continus ont cessé à compter du 1^{er} août 2008. L'activité de chirurgie est transférée dans l'UHSI du Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière. L'évolution des activités fait suite notamment à la succession de rapports critiquant la prise en charge dans l'EPSNF. Dès 2006, le rapport de Guy NICOLAS visait la fermeture de la chirurgie. Le rapport de Vincent MARSALA en 2007 concluait par l'arrêt de l'activité d'hémodialyse et l'implantation de l'activité des

²⁰ Loi n°86-33 du 9 janvier 1986.

soins de suite et de réadaptation (SSR) dans un autre Etablissement Public de Santé (EPS). Dans ses préconisations qui prévoient la fermeture de l'EPSNF, le rapport de la Cour des Comptes en 2007 s'appuie sur le schéma national d'hospitalisation des détenus ; à savoir que l'ambulatoire et les consultations doivent être réalisées dans les établissements pénitentiaires et les hospitalisations effectuées dans les établissements publics de santé « civils », soit dans les chambres sécurisées, soit dans les UHSI. En 2008, une mission d'appui mandatée par la DHOS et comprenant des représentants de l'ARHIF rend comme conclusion la fermeture des activités actuelles et leur transfert vers un établissement public de santé à l'horizon 2012.

En 2008, l'EPSNF comprend 83 lits de court séjour, 19 lits de soins de suite et 40 lits de Médecine Physique et de Réadaptation. La distinction entre Soins de Suite et Médecine Physique et de Réadaptation se justifie ici puisqu'en matière de soins de suite, l'EPSNF partage la compétence avec l'UHSI de Marseille tandis qu'en matière de médecine physique et de réadaptation, la vocation de l'EPSNF reste nationale.

Cette même année, la durée moyenne de séjour s'élève à 11, 04 jours pour le court séjour, à savoir la chirurgie pour les sept premiers mois de l'année et la médecine pour l'ensemble de l'année ; et à 38, 98 jours pour le moyen séjour ; ce qui fait une moyenne de 17, 7 jours pour l'établissement. Le taux d'occupation s'élève à 86% pour le court séjour et à 91% pour le moyen séjour.

L'activité d'Hémodialyse a cessé courant novembre 2008. Ce service comprenait 4 postes. En 2006, ce Service a assuré 813 séances d'hémodialyse ; en 2007, 980 séances ont été assurées et en 2008, 646 séances.

En médecine, la majorité des patients détenus hospitalisés proviennent de la maison d'arrêt de FRESNES ; tandis qu'en soins de suite, la majorité des détenus admis proviennent d'autres services de l'EPSNF. Il est à noter aussi que des détenus écroués à la Maison d'arrêt de Fleury- Mérogis, établissement pénitentiaire avec lequel le Centre Hospitalier Sud Francilien a conclu une convention pour prendre en charge les patients, sont hospitalisés à l'EPSNF dans le Service de Médecine Physique et de Réadaptation.

Contrairement aux autres Etablissements Publics de Santé qui comprennent une activité de court séjour Médecine, Chirurgie, Obstétrique, l'EPSNF reste sous le régime de financement de la dotation globale et non soumis à la Tarification à l'Activité (T2A). Le budget a diminué entre 2007 et 2008. Cela s'explique par la mise en œuvre d'une politique de maîtrise des dépenses d'exploitation de tous les secteurs d'activité de l'établissement. En parallèle, l'EPSNF tend à maintenir un niveau d'investissement correct aussi bien sur l'informatique que sur le matériel médical.

De plus, du fait de la gestion par deux administrations, il existe en plus du budget hospitalier, le budget pénitentiaire. Outre les dépenses de personnel, le budget de fonctionnement pénitentiaire comprend les dépenses sécuritaires ainsi que les dépenses en matière de contrat de maintenance des dispositifs de sécurité.

En janvier 2009, l'EPSNF a reçu la visite de trois experts visiteurs de la Haute Autorité de Santé (HAS), dans le cadre de la visite de certification²¹. Si l'EPSNF a obtenu un score honorable de 62%, il doit poursuivre l'amélioration des pratiques portant sur l'anonymisation de l'identité des patients, la prise en charge de la douleur, la concertation autour du projet informatique, la formation du personnel dans l'accompagnement des patients en fin de vie et l'accompagnement des proches lors d'un décès. Parallèlement, l'administration pénitentiaire s'engage également sur un processus de démarche qualité à travers la labellisation de la procédure d'accueil par l'AFNOR²², dans le cadre de la déclinaison en droit interne des règles pénitentiaires européennes (RPE).

1.1.2 L'hospitalisation au Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière

L'arrêté du 24 août 2000 prévoit pour l'hospitalisation des patients détenus relevant de l'interrégion Ile de France, deux établissements de santé : l'EPSNF et l'UHSI du Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière. Le GHPS est un site hospitalier de l'Assistance Publique- Hôpitaux de Paris (AP- HP), situé dans le XIII^e arrondissement de Paris. L'établissement comprend 11 pôles médicaux, près de 1 800 lits. Ses effectifs médicaux s'élèvent à 1 677 ETP et ses effectifs non médicaux s'élèvent à plus de 6 300 ETP. Parmi ses spécialités chirurgicales, il convient de citer les spécialités suivantes :

- Chirurgie cardiaque et thoracique
- Chirurgie digestive et hepato- bilio- pancréatique
- Chirurgie et cancérologie gynécologique et mammaire
- Chirurgie générale à orientation viscérale, endocrinienne et gynécologique
- Chirurgie orthopédique et traumatologique
- Chirurgie vasculaire
- Neuro- chirurgie

²¹ Rapport en date de juin 2009, en ligne sur le site internet de la HAS depuis le 28 août 2009.

²² Association Française de Normalisation.

Le choix d'implanter l'UHSI francilienne dans cet établissement s'explique par les spécialités médicales et les plateaux techniques spécialisés qui permettent de répondre aux besoins de la population carcérale, tout en rationalisant les escortes pénitentiaires.

Pour autant, contrairement à d'autres sites hospitaliers de l'Assistance Publique-Hôpitaux de PARIS comme le Groupe Hospitalier Cochin- Saint Vincent de Paul qui prend en charge les patients détenus écroués à la Maison d'Arrêt de la Santé ou l'Hôpital de BICETRE qui prend en charge les détenus écroués à la Maison d'Arrêt de FRESNES, le GHPS ne dispose ni d'UCSA dans un établissement pénitentiaire francilien, ni de chambres sécurisées. Par conséquent, la prise en charge d'une telle population constitue un challenge pour un établissement qui est à la fois hôpital de proximité, hôpital de référence, hôpital de recours et établissement de recherche aux vocations multiples.

Si initialement, cette UHSI devait être ouverte fin 2005, sa mise en œuvre n'est effective que depuis la fin d'année 2008 avec une montée en charge progressive. C'est pourquoi, une équipe projet a été créée dès 2003. Cette équipe a souligné l'importance d'avoir une articulation nécessaire entre l'EPSNF et le GHPS qui permet de distinguer plusieurs niveaux de prise en charge :

- Les hospitalisations urgentes ou programmées pour une courte durée, inférieure à 48 heures effectuées dans l'établissement de santé de proximité dont dépend l'UCSA.
- Les hospitalisations programmées en chirurgie ou nécessitant un accès à des services spécialisés et / ou un plateau technique performant réalisées à l'UHSI du GHPS.
- Les hospitalisations programmées en médecine, en soins de suite et de rééducation, au sens des Décrets et de la Circulaire de 2008²³ à l'EPSNF.

Pour coordonner le tout, une cellule de régulation est mise en place. Elle permet de réguler les flux entre l'EPSNF et l'UHSI du GHPS.

Comprenant à terme 25 lits, l'UHSI du GHPS a tout d'abord ouvert 12 lits. Une de ses chambres, située à proximité du poste infirmier et du poste de surveillance, comprend 2 lits scopés. Six mois après son ouverture, sa capacité a augmenté de 3 lits. Sa capacité sera atteinte à la fin d'année 2009.

Située à proximité des plateaux techniques, l'UHSI du GHPS est spécialisée dans la prise en charge chirurgicale des patients détenus, dont la chirurgie digestive, la chirurgie orthopédique, la chirurgie vasculaire. Pour autant, il s'avère que le GHPS ne

traite pas exclusivement des pathologies relevant de la chirurgie, mais également des pathologies relevant de la médecine. Ainsi, l'UHSI du GHPS connaît une activité importante en matière de prise en charge vasculaire, du diabète de type II, de pathologies tumorales et des bilans dirigés tels que la coloscopie. Il n'existe pas de consultation spécialisée assurée au sein de l'UHSI. Les patients détenus doivent alors se déplacer dans l'hôpital, grâce aux véhicules dédiés aux escortes.

Dans cette unité, il existe une salle dédiée à l'éducation thérapeutique des patients et un local permettant de conserver en toute sécurité les effets personnels du patient détenu hospitalisé. Il arrive en effet qu'à la fin de son hospitalisation, le patient détenu soit transféré à l'EPSNF, en cas de poursuite de soins, ou dans un autre établissement de santé, si son état de santé le nécessite, ou encore dans un établissement pénitentiaire différent de celui dans lequel il était écroué avant son hospitalisation. Ce local affecté au rangement des effets des patients détenus doit être prévu dès la phase architecturale, afin d'éviter tout problème susceptible d'apparaître, notamment du mécontentement du patient détenu qui à la fin de son hospitalisation, intègre un autre établissement pénitentiaire ; à supposer par exemple que sa condamnation ait eu lieu pendant son hospitalisation et qu'il était écroué dans une maison d'arrêt ; sa détention se poursuivra alors dans un établissement pour peine.

1.2 Les modalités d'organisation de la prise en charge hospitalière des patients détenus au Centre Hospitalier Sud Francilien

1.2.1 Le CHSF, Etablissement de santé de référence et de recours

Le Centre Hospitalier Sud Francilien est un établissement public de santé, situé à 30 kilomètres au sud de Paris ; d'ailleurs considéré comme un établissement de proximité et un établissement de recours du département de l'Essonne et du sud du département de la Seine et Marne. Il dépend du territoire de santé 91-3 qui comprend près de 600 000 habitants. Né de la fusion opérée en 1999 entre le Centre Hospitalier Gilles de Corbeil, situé dans la commune de Corbeil Essonnes, d'une part et le Centre Hospitalier Louise Michel, situé sur la commune d'Evry, d'autre part, cet établissement de santé comprend 27 sites assurant une prise en charge adaptée de la population en

²³ Décrets n°2008-376 et n°2008-377 – Circulaire n°D HOS/O1/2008/305 du 3 octobre 2008.

matière de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, de soins de suite et de réadaptation, de psychiatrie et de soins de longue durée.

Parmi les autres structures appartenant au CHSF, il existe la Maison d'Accueil Galignani (MAG) située à Corbeil Essonnes comprenant une unité de soins de longue durée (USLD) ainsi qu'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et enfin l'établissement Albert Calmette dédié aux soins de suite et de réadaptation situé sur la commune de Yerres. Par ailleurs, le CHSF assure la prise en charge psychiatrique de patients relevant de 5 secteurs du département de l'Essonne dont un secteur infanto-juvénile. Ces secteurs psychiatriques disposent de structures d'hospitalisation complète, mais également de centres médico-psychologiques (CMP), de centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) et d'appartements thérapeutiques.

Le CHSF dispose de 947 lits et places qui se répartissent de la manière suivante : 623 lits et places dédiés au MCO, 50 lits en soins de suite et de réadaptation, 40 places en USLD et 73 places en EHPAD, 161 lits et places en psychiatrie. Depuis 2007, le CHSF dispose d'une unité de chirurgie ambulatoire d'une capacité de 10 places dédiées notamment à l'activité d'Oto-Rhino-Laryngologie.

Le CHSF dispose d'une maternité de niveau III qui chaque année réalise plus de 3 000 accouchements. Egalement, le CHSF dispose d'une filière en cardiologie allant des soins intensifs à la réadaptation cardiaque. Le CHSF possède deux accélérateurs de particules, deux gammas caméra, une salle de coronarographie, un IRM, deux scanners et plusieurs générateurs de dialyse. L'un des projets du CHSF est d'installer une Unité Neuro-Vasculaire, véritable maillon de la filière neuro vasculaire, cette unité est spécialisée dans la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux.

1.2.2 La prise en charge actuelle des patients détenus au CHSF

Conformément à l'article D.391 du Code de Procédure Pénale, le CHSF est l'établissement de santé de proximité pour la prise en charge des patients détenus relevant de la Maison d'Arrêt de Fleury-Mérogis. Le CHSF met à disposition trois unités de prise en charge adaptées au patient détenu : l'UCSA, le SMPR et la nursery. La Maison d'Arrêt de Fleury Mérogis a une capacité d'accueil de 3 600 détenus ; elle est considérée comme l'un des établissements pénitentiaires les plus importants d'Europe. La Maison d'Arrêt de Fleury Mérogis comprend 5 bâtiments ou quartiers pour les hommes, un bâtiment pour les jeunes détenus et les courtes peines et 1 quartier pour

les femmes, qui dispose aussi de 20 places au sein de la nursery. Cette unité est une application des articles D.400 et suivants du Code de Procédure Pénale : prise en charge des femmes enceintes et des jeunes mamans accompagnées de leur enfant âgé de moins de 18 mois. Chaque quartier dispose d'une unité UCSA et d'une unité SMPR.

En plus de ses missions de soins et consultation, l'UCSA de l'établissement pénitentiaire de Fleury Mérogis assure également des missions de prévention et d'éducation à la santé auprès des personnes détenues.

En 2008, l'UCSA a dispensé :

- 26 033 actes de consultations auprès de praticiens en médecine polyvalente,
- 4 257 actes de consultations auprès de praticiens spécialistes,
- 52 301 actes de soins infirmiers, dont soins, entretiens d'entrant, prélèvements sanguins de dépistage et de suivi,
- Suivi des pieds des diabétiques insulino-dépendants, dont la file active est de près de 180 patients, par un pédicure podologue,
- 3 768 actes de rééducation assurés par des masseurs kinésithérapeutes.

L'une de ses activités importantes reste le dépistage de la tuberculose effectué auprès des arrivants ainsi qu'auprès de tout détenu transféré qui n'a pas bénéficié de dépistage depuis plus d'un an en détention. Grâce à un partenariat conventionnel avec un opticien, 365 paires de lunettes à destination des patients détenus ont pu être réalisées. Il est à noter également que l'UCSA garantit une prise en charge dentaire à destination des patients détenus, sous réserve que leur durée d'incarcération excède six mois, compte tenu des délais de réalisation et d'adaptation des prothèses mobiles dont la moyenne s'élève à quatre mois. En outre, 393 patients détenus ont été hospitalisés pour motif somatique, dont 104 ont été admis à l'EPSNF. Enfin, courant 2008, plus de 1 600 extractions pour consultations dans un établissement de santé ont pu être réalisées.

Pour assurer cette prise en charge globale des patients détenus et assurer d'éventuelles hospitalisations dans les unités adaptées à la pathologie du patient, l'UCSA de la maison d'arrêt de Fleury Mérogis comprend un chef de Service, des praticiens médicaux généralistes et spécialistes, dont des praticiens odontologistes, des cadres de santé, des infirmiers diplômés d'Etat, des masseurs kinésithérapeutes, des manipulateurs en radiologie médicale, des préparateurs en pharmacie, des secrétaires et des agents administratifs, des agents des services hospitaliers qui assurent l'entretien et l'hygiène des locaux.

Le financement de l'UCSA est garanti par une enveloppe MIGAC²⁴ allouée sous forme de forfait, calculé à partir de la capacité d'accueil de l'établissement pénitentiaire pour laquelle sont attribués des postes en équivalent temps plein (ETP), auquel se rajoute 20 % de frais de structure.

Conformément à l'arrêté du 14 décembre 1986, le SMPR de l'établissement pénitentiaire de Fleury Mérogis assure les missions dévolues à un tel service, à savoir :

- L'accueil systématique des arrivants, plus de 6 200 entretiens réalisés en 2008
- Le suivi des personnes présentant des troubles psychologiques ou psychiatriques, à la demande des patients détenus ou de toute autre personne intervenant auprès de ces derniers,
- La mise en place du suivi post-pénal, réservé aux patients qui à la fin de leur détention résident dans le département de l'Essonne. Il convient de mentionner un particularisme tenant au suivi post pénal des détenus mineurs incarcérés dans l'établissement pénitentiaire de Fleury Mérogis, puisqu'il existe une convention entre le CHSF et l'Hôtel Dieu, site hospitalier de l'AP-HP, permettant d'assurer un suivi adapté à ces patients au sein de l'Espace Santé Jeunes, lieu de consultation gratuit, somatique ou psychique, et réservé aux jeunes âgés de 16 à 25 ans.
- La prise en charge des patients détenus présentant des problèmes d'alcool, dont l'incarcération est liée directement à un problème d'alcool ou lorsque les crimes ou délits, pour lesquels il y a motif d'incarcération, ont été commis sous l'emprise de l'alcool,
- La prise en charge des patients détenus toxicomanes, effectuée en collaboration avec l'UCSA. Le médicament substitutif « SUBUTEX » peut être prescrit à la fois par l'UCSA et par le SMPR ; tandis que le médicament substitutif « METHADONE » ne peut être prescrit et délivré que par le SMPR. Ainsi, les infirmiers diplômés d'Etat qui interviennent au SMPR effectuent en tant que soins infirmiers l'administration de « METHADONE »,
- Le SMPR participe à l'ensemble des actions concernant la prévention du suicide.

Le SMPR dispose de 29 lits d'hôpitaux de jour à destination des patients nécessitant des suivis plus importants, sous réserve de leur consentement aux soins. 20 lits sont dédiés aux patients détenus dans un bâtiment de la maison d'arrêt des hommes

²⁴ Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation.

(MAH) et 9 lits sont dédiés aux patientes détenues dans la maison d'arrêt des femmes (MAF). En 2008, 81 patients détenus ont été admis en hospitalisation de jour ; la durée moyenne de séjour de cette unité s'élève à 58 jours. 22 patientes ont été admises en 2008 en hospitalisation de jour du SMPR de la MAF ; la durée moyenne de séjour s'élève à 120 jours.

Si l'état de santé des patients rend impossible leur maintien en détention, il y a application de l'article D.398 du Code de Procédure Pénale, lequel prévoit une hospitalisation d'office (HO) dans un établissement de santé spécialisé en santé mentale. L'hospitalisation sous contrainte est prononcée par le préfet du département. En l'espèce, le patient est pris en charge dans l'une des unités d'hospitalisation des neufs secteurs du Centre Hospitalier Spécialisé Barthélémy DURAND situé dans la commune d'Etampes, au Sud du département de l'Essonne, ou bien dans l'une des unités d'hospitalisation des quatre secteurs du CHSF.

Pour assurer cette prise en charge adaptée à l'état de santé des patients détenus, le SMPR de la maison d'arrêt de Fleury Mérogis comprend un chef de Service, des médecins psychiatres, des infirmiers diplômés d'Etat, des psychologues, des assistants de service social, des secrétaires et des agents administratifs, des agents des services hospitaliers qui assurent l'entretien et l'hygiène des locaux.

Comme tout service psychiatrique, le financement du SMPR est garanti par une allocation au titre de la Dotation annuelle de Financement.

L'un des projets du pôle de Médecine en milieu pénitentiaire du CHSF est de développer un Centre de Soins et d'Accompagnement de Prévention en Addictologie (CSAPA), dont le financement est assuré par une enveloppe de la Direction départementale de l'Action Sanitaire et Sociale, qui résulte de la fusion du Centre de Soins Spécialisé en Toxicologie (CSST) et du Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA).

En application du schéma national d'hospitalisation de mars 2006, le CHSF possède quatre chambres sécurisées dans une unité d'hospitalisation et un box sécurisé au Service des Urgences, tous situés sur le site Louise MICHEL. Lorsqu'un patient détenu nécessite une prise en charge au titre des spécialités pratiquées sur le site de Gilles de CORBEIL, à savoir cardiologie, neurologie, pneumologie, diabéto-endocrinologie, hématologie, rhumatologie, dermatologie, radiothérapie, son hospitalisation s'effectue dans une chambre conventionnelle dont la surveillance est assurée par une garde statique policière. Il est à noter les difficultés d'organisation qui

surviennent et qui concernent les moyens dévolus aux escortes du fait de la complexité du CHSF dont les spécialités se répartissent dans plusieurs sites. En outre, selon l'état de santé du patient- détenu, il arrive que ce dernier se trouve hospitalisé en dehors de ces chambres sécurisées : réanimation, soins intensifs.

A l'instar de l'UCSA, le financement des chambres sécurisées est assuré par une dotation au titre des MIGAC, laquelle pour autant ne couvre pas l'intégralité des coûts de fonctionnement et du coût de prise en charge des patients détenus hospitalisés. La vocation de cette enveloppe est de compenser l'ensemble des surcoûts non pris en charge par les tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS). De plus, le CHSF facture à l'administration pénitentiaire le forfait journalier et le ticket modérateur pour les hospitalisations des patients détenus, ainsi que le ticket modérateur pour les consultations et les médicaments.

Le suivi de grossesse des femmes détenues est notamment garanti par des sage- femmes du CHSF qui assurent des vacations à la maison d'arrêt des femmes de Fleury Mérogis dans l'UCSA. Dès le quatrième mois de grossesse, ces femmes sont accueillies dans la nursery de cette maison d'arrêt. Après leur accouchement et leur suite de couches dans le Service de Gynécologie- Obstétrique du CHSF, elles restent jusqu'aux 18 mois de leur enfant ; lequel est également pris en charge par une équipe spécialisée de la petite enfance, qui comprend une éducatrice de jeunes enfants, chargée de mettre en place des actions de socialisation pour les enfants, de soutien à la parentalité pour les mères et de préparation à la séparation de la mère et de l'enfant.

Il est important de comprendre les difficultés rencontrées par les professionnels intervenant auprès des patients détenus. En effet, même si l'UCSA, le SMPR et le CSAPA sont des unités hospitalières, leur éloignement géographique peut conduire les équipes à éprouver un sentiment d'abandon ; qui peut s'exacerber par les conditions de vie et de travail en détention. Par ailleurs, les professionnels intervenant lors de l'hospitalisation des patients détenus se trouvent confrontés aux règles pénitentiaires ; ainsi lorsqu'un patient détenu signale à travers l'appel malade qu'il souffre, le professionnel hospitalier doit attendre que les représentants des forces de l'ordre ouvrent la porte de la chambre. Ces contraintes impactent l'organisation des soins de l'unité. Ces chambres sécurisées sont situées dans une unité de soins classique.

1.3 L'évolution de l'EPSNF et du CHSF

Le contexte francilien de la prise en charge sanitaire change, à travers notamment les évolutions de deux établissements de santé : l'EPSNF et le CHSF.

1.3.1 L'EPSNF : un établissement de santé en sursis

La loi relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental²⁵ instaure la rétention de sûreté et par là-même créé un nouveau type d'établissement : les centres de rétention de sûreté dont les modalités de mise en œuvre sont précisées par un décret²⁶. Il s'agit d'une nouvelle mesure de placement à destination de personnes condamnées à des peines de réclusion criminelle de 15 ans et plus, présentant une « particulière dangerosité » et souffrant d'un trouble grave de la personnalité. Ces personnes ne sont plus des détenus mais des retenus, nouvelle situation juridique, qui sont placés dans un centre socio- médico judiciaire de sûreté. Il est prévu que l'EPSNF soit, à titre expérimental, le premier centre de sûreté. D'ailleurs, l'EPSNF va prochainement accueillir le premier retenu. Le décret du 4 novembre 2008 précise le fonctionnement de ces centres, fonctionnement codifié dans le Code de Procédure Pénale aux articles R.53-8-55 à R.53-8-74. De plus, des dispositions du même code précisent l'organisation du Centre de FRESNES aux articles R.53-8-75 à R.53-8-78.

En Outre, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires²⁷ dispose dans son article 1^{er} IV 14°, qu'au titre des missions de service public, les établissements de santé doivent assurer la prise en charge sanitaire des retenus : « *Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico- judiciaire de sûreté* ».

Plus récemment, l'arrêté du 6 juillet 2009²⁸ fixant le règlement intérieur du Centre de FRESNES précise les missions dévolues à cette structure nouvelle, à savoir proposer de façon permanente aux personnes retenues une prise en charge médicale sociale et psychologique ; et retenir dans ses locaux ces mêmes personnes. Les articles

²⁵ Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour trouble mental.

²⁶ Décret n°2008-1129 du 4 novembre 2008 relatif à la surveillance de sûreté et à la rétention de sûreté.

²⁷ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009.

²⁸ Arrêté publié au Journal Officiel de la République Française le 12 août 2009.

18 à 20 de cet arrêté prévoient les modalités de prise en charge d'hospitalisation pour motif somatique en urgence ou pas de ces personnes retenues.

Le centre de FRESNES revêt un caractère expérimental. Il ne dispose pas de la personnalité juridique. L'offre de soins à destination de la personne retenue s'établit selon le principe de la liberté à consentir au suivi proposé. Néanmoins, la fin de la période de rétention est conditionnée à la réalisation des soins. Cette prise en charge se rapproche du modèle de l'Institut Philippe PINEL à MONTREAL, établissement hospitalier spécialisé dans le traitement des patients présentant un risque de comportement violent et spécialisé dans l'évaluation et le traitement des délinquants sexuels.

Lors du Conseil d'Administration de l'EPSNF qui s'est tenu en mars 2008, la Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP) et la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) ont annoncé la fermeture définitive de cet établissement. Le scénario qui proposait antérieurement la reconstruction d'un bâtiment sur le terrain de l'EPSNF n'a pas été retenu. Une mission de l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France a été mandatée afin de proposer des pistes de préparation et d'accompagnement des équipes de l'EPSNF dans la phase transitoire.

1.3.2 Le CHSF, un hôpital tourné vers le changement

Du fait de sa structure en multi site et du vieillissement de ses deux plus grands sites, Gilles de CORBEIL et Louise MICHEL ; mais aussi dans un souci de renforcer la cohésion de la communauté hospitalière qui a non seulement connu l'épisode de la fusion mais aussi celui du regroupement d'activités, il a été décidé de construire sur un site unique *ad hoc* un hôpital. L'envergure du projet est inédite. En effet, en application de l'Ordonnance du 4 septembre 2003²⁹, les établissements publics de santé peuvent désormais recourir au bail emphytéotique hospitalier (BEH)³⁰. L'objectif est de permettre aux établissements de mobiliser les financements privés nécessaires à la réalisation d'ouvrages sur le domaine public hospitalier dans des délais plus réduits par rapport aux opérations de construction engagées selon le dispositif de la loi MOP (Loi 12 juillet 1985). Le BEH est un contrat administratif de longue durée. Ce contrat doit d'ailleurs

²⁹ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé.

faire l'objet d'une délibération du Conseil d'Administration, de l'Etablissement Public de Santé.

Si au sein d'EPS, il existe déjà des bâtiments construits selon le régime juridique du BEH, la solution du CHSF est inédite puisqu'elle concerne la quasi-totalité des activités de l'établissement, à l'exclusion de la Maison d'Accueil Galignani spécialisée dans la prise en charge des personnes âgées ; ainsi que de deux secteurs psychiatriques.

Le projet du futur site unique s'inscrit dans la solution juridique du contrat de partenariat public privé (CPPP) introduit par l'ordonnance du 17 juin 2004³¹. Le contrat de partenariat public privé est un contrat administratif de longue durée signé entre une personne publique et un opérateur privé. Les clauses de ce contrat prévoient :

- Le financement des investissements nécessaires à l'opération,
- La construction d'ouvrages,
- L'entretien et la maintenance desdits ouvrages.

Les cocontractants sont libres de fixer la durée du CPPP. De plus, il existe un partage des risques entre la personne publique et l'opérateur privé. La rémunération de ce dernier s'étale sur la durée du contrat et dépend aussi d'objectifs de performance. Pour le CHSF, la durée du bail, qui correspond à la phase d'exploitation de l'ouvrage site unique, est fixée à 30 ans. Le loyer versé au cocontractant permet non seulement de rémunérer les capitaux qu'il a mobilisés pendant la phase de conception et de construction, c'est – à – dire jusqu'à la livraison de l'ouvrage, mais aussi d'assurer la maintenance et l'exploitation de l'ouvrage. En échange, l'opérateur privé, l'emphytéote EIFFAGE s'engage à maintenir l'ouvrage en parfait état de fonctionnement durant toute la durée du bail. La première mensualité de versement du loyer est fixée contractuellement.

Le bâtiment du futur site unique, imposant parallépipède rectangle d'une longueur approchant les 300 mètres, d'une largeur avoisinant les 150 mètres, et comprenant 6 niveaux d'activité, est implanté le long de la francilienne (route nationale n°104), non loin du GENOPOLE et de la gare RER du « BRAS DE FER », ligne D. Le programme capacitaire supérieur à 1 000 lits et places répartit les spécialités médicales dans quatre pôles architecturaux :

³⁰ Article L.6148-2 CSP.

³¹ Ordonnance n°2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariats.

- Pôle n°1 : « Femme, Mère et Enfant », regroupant les spécialités d'Obstétrique, de Néonatalogie (dont réanimation néonatale), de Gynécologie, de Pédiatrie et de Pédopsychiatrie,
- Pôle n°2 : « Chirurgie », regroupant les spécialités suivantes : Orthopédie, O.R.L., Stomatologie, Ophtalmologie, Chirurgie viscérale, Urologie et Hépatogastro-entérologie,
- Pôle n°3 : « Médecine », regroupant les spécialités médicales de Cardiologie, de Réadaptation cardio-vasculaire, de Néphrologie, de Neurologie, d'Endocrinodiabétologie et de Soins de suite,
- Pôle n°4 : « Médecine tumorale » regroupant les spécialités suivantes : Oncologie, Hématologie, Pneumologie, Médecine polyvalente, Rhumatologie, Dermatologie et Rééducation fonctionnelle.

Le plateau technique relie les quatre pôles architecturaux. Il se décompose d'un plateau médico- technique ambulatoire, prenant en charge les consultations externes et les hôpitaux de jour, et d'un plateau médico technique lourd. L'organisation des flux a été réfléchi afin de permettre la circulation de chariots automatisés appelés communément « tortues ».

Enfin, l'opportunité du site unique offre la possibilité de rapprocher le CHSF avec le GENOPOLE grâce à la création d'un centre de recherche clinique translationnelle, dont l'objectif est de garantir la continuité entre recherche fondamentale, recherche clinique et les entreprises. Cette forme de coopération originale pour un centre hospitalier non universitaire constitue un axe majeur du pôle de compétitivité de MEDICEN PARIS REGION. Il était prévu d'implanter ce centre dans l'enceinte du futur site unique.

Suite à la décision de fermeture de l'EPSNF, les autorités ont souhaité garantir une prise en charge adaptée aux patients détenus dans un EPS qui serait situé dans le ressort territorial relevant de la compétence de la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires de PARIS. Ainsi les activités assurées aujourd'hui par l'EPSNF seraient garanties par un EPS disposant d'un plateau technique performant et assurant la prise en charge des patients nécessitant des soins de suite et de rééducation. Le projet du site unique du CHSF répond à ces postulats ; d'autant plus que le CHSF est l'établissement de santé de proximité qui assure la prise en charge sanitaire des détenus écroués dans l'un des plus grands établissements pénitentiaires d'Europe, la Maison d'Arrêt de FLEURY MEROGIS. C'est pourquoi il a été demandé à la Direction du CHSF de réfléchir sur les modalités d'implantation d'une UHSI dans le futur site unique à l'horizon 2012. Pour autant, compte tenu de l'état d'avancement de l'opération de construction du nouvel hôpital, notamment fin de construction du gros œuvre et programme capacitaire du futur site unique arrêté par les instances depuis plusieurs

mois, la Direction a dû réfléchir à plusieurs scénarii d'implantation de l'UHSI et par là même de revoir le programme capacitaire des Services d'Hospitalisation. Fin 2008, les instances ont été informées des modifications tenant à ce projet. Egalement, le CHSF a rédigé un cahier des charges conforme aux dispositions architecturales de l'arrêté du 24 août 2000, en partenariat avec la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires de PARIS. Le cocontractant du CHSF, l'emphytéote, informé du projet doit répondre à ce cahier des charges. Le CHSF devra normalement assurer l'activité de l'EPSNF sur le site unique à l'horizon 2012, soit un an après le déménagement des actuels services du CHSF. Après avoir retenu un scénario, il est décidé d'implanter la future UHSI dans le pôle architectural numéro 4, ce qui amène à conduire une réflexion en matière de redéploiement des activités médicales prévues initialement dans ce pôle architectural. Ainsi, d'autres Services voient leurs capacités et la superficie dédiée diminuées, ce qui suscite des réticences de la part de la communauté hospitalière à adhérer au projet d'implantation d'une nouvelle UHSI au CHSF.

Pourtant, les avantages de cette implantation favorisent une meilleure organisation des flux, un meilleur accès au plateau technique et une sécurisation des biens et des personnes optimale.

La question du maintien des chambres sécurisées à destination exclusive des patients détenus écroués à la Maison d'Arrêt de Fleury Mérogis est tranchée. Ces chambres prévues dans le programmé initial restent dans les locaux où elles étaient prévues, au Service des Urgences. De même, le Pôle architectural numéro 1 devra veiller à assurer la prise en charge hospitalière des parturientes détenues et de leur nouveau-né.

Une question reste en suspend. En effet, l'implantation de l'UHSI entraîne une augmentation du loyer. Si en application de l'arrêté du 24 août 2000, il est convenu que les investissements sont supportés par les Directions ministérielles concernées ; pour autant la question du financement du loyer est nouvelle et impose de nombreux échanges, discussions entre les directions ministérielles, l'opérateur privé et le CHSF.

Si la réflexion architecturale a bien avancé, la question de la prise en charge des patients détenus hospitalisés au CHSF n'est pas résolue. Afin de bien saisir cette problématique, il convient de s'intéresser aux modalités de prise en charge des patients détenus au sein des autres UHSI.

2 La prise en charge des patients détenus hospitalisés dans les autres UHSI : vers une amélioration de l'organisation ?

L'hospitalisation des patients détenus programmée, pour une durée supérieure à 48 heures, ou pour toute suite d'hospitalisation urgente, garantit que l'administration pénitentiaire réponde à ses obligations selon quatre axes :

- Renforcer la sécurité des personnels pénitentiaires, des personnels hospitaliers et de leurs patients,
- Elargir les missions des personnels pénitentiaires affectés à la surveillance des détenus malades, qui ont en charge d'une part la surveillance des personnes détenues et d'autre part la sécurité des personnes et des biens,
- Assurer un meilleur signalement des personnes susceptibles de bénéficier d'une suspension de peine pour raison médicale,
- Améliorer les conditions de vie des détenus hospitalisés grâce à une meilleure coopération entre les personnels hospitaliers et pénitentiaires, et une meilleure coordination avec l'établissement pénitentiaire

L'admission en UHSI doit obéir à certaines règles :

- Demande d'hospitalisation par le médecin de l'UCSA de l'établissement pénitentiaire où le détenu est écroué,
- Accord du patient détenu et de l'établissement pénitentiaire,

Comme tout Service hospitalier, l'UHSI est placée sous l'autorité d'un praticien hospitalier. En vertu du principe d'égalité des droits, chaque patient détenu hospitalisé en UHSI doit bénéficier de la même qualité des soins que tout autre patient pris en charge dans une autre unité hospitalière. Toutefois, afin d'éviter tant les déplacements trop fréquents dans l'hôpital que la multiplicité des escortes, l'UHSI doit être en mesure d'assurer la plupart des actes médicaux et d'éviter autant que faire se peut de quitter l'UHSI. La capacité générale des UHSI est comprise entre 15 et 20 lits. Il est à noter que l'UHSI implantée dans l'hôpital Nord de l'Assistance Publique de Marseille comprend 6 lits de soins de suite et de réadaptation. La plupart des UHSI sont rattachées au pôle d'activité médicale qui dispose soit du Service de Médecine Légale ou soit du Service des Urgences.

L'arrêté du 24 août 2000 fixe de manière limitative les établissements de santé, centres hospitaliers universitaires (CHU), devant mettre en place une UHSI :

- Bordeaux,

- Lille,
- Lyon,
- Marseille,
- Nancy,
- Paris et Fresnes,
- Rennes,
- Toulouse

2.1 Les motifs d'hospitalisation en UHSI des patients détenus

D'une manière générale, l'âge moyen des patients détenus accueillis au sein des UHSI s'élève entre 40 et 45 ans. S'il est fait une corrélation entre la démographie carcérale et l'hospitalisation en UHSI des patients détenus, il est constaté que l'hospitalisation concerne quasi- exclusivement des hommes. Compte tenu de l'allongement des peines et d'une population carcérale pour laquelle l'âge d'entrée en établissement pénitentiaire s'accroît, les UHSI sont capables d'accueillir autant des patients détenus âgés de 20 ans que des patients détenus âgés de plus de 65 ans. Afin de bien cerner les motifs d'hospitalisation des patients détenus, il faut s'intéresser aux pathologies prises en charge, aux filières de recrutement des patients détenus et à l'occupation de l'UHSI.

2.1.1 Les pathologies prises en charge dans l'UHSI

Dès lors, la vocation d'une UHSI n'est pas une prise en charge spécifique pour une pathologie déterminée. Par conséquent, et selon les données du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) des établissements ayant déjà une UHSI, dont les renseignements en matière de GHS, montrent qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une hyperspécialisation médicale dans l'UHSI, mais plutôt une spécialisation en Médecine Générale. Néanmoins, s'il faut retenir deux grandes catégories d'affections prises en charge dans les UHSI, les affections de l'appareil circulatoire et les affections et traumatismes de l'appareil musculo- squelettique constituent ces deux catégories. Les causes de ces affections trouvent principalement leur origine par les conditions de vie carcérale ; lesquelles ne permettent guère les déplacements, puisque la promenade ne dure chaque jour que quelques minutes et qu'elle se limite dans l'espace d'une cour exigüe.

Les conditions de détention expliquent également les motifs d'hospitalisation pour diabète. Les détenus pouvant « cantiner »³² préfèrent se nourrir d'aliments à forte teneur glycémique et lipidique hypercaloriques. De même, le tabagisme constitue aussi un motif d'hospitalisation dans l'UHSI. Comme pour le reste de la population, certains détenus souffrent de carcinome ou de sarcomes. C'est pourquoi les UHSI développent de plus en plus une prise en charge adaptée à la carcinologie. Enfin, il est important de souligner le nombre d'autolyses en établissement pénitentiaire, qui supposent une hospitalisation en réanimation puis en UHSI. Dans ce cas, les équipes hospitalières de ces unités doivent s'attacher à établir un lien régulier avec des équipes hospitalières spécialisées dans la prise en charge psychiatrique, dans la mesure où à l'issue du séjour en UHSI, il peut arriver que le patient détenu nécessite des soins adaptés à son état de santé mentale.

Selon l'enquête, la plupart des actes réalisés auprès des patients détenus hospitalisés dans une UHSI concernent des actes d'imagerie : échographie, radiographie du thorax, écho- doppler trans thoracique du cœur et des vaisseaux intra thoraciques, scanographie du thorax avec injection intraveineuse du produit de contraste, séances d'irradiation, ainsi que des actes de laboratoire et d'endoscopies. Bien entendu, ces unités ne disposent pas de l'ensemble des équipements médicaux nécessaires à une prise en charge globale. Pour les actes qui nécessitent un accès au plateau médico- technique, le patient détenu doit quitter l'UHSI accompagné d'une escorte. Dans un souci évident de sécurité, le patient détenu ne doit connaître ni la date ni l'heure de son examen. Cette précaution porte donc atteinte au principe du droit à l'information du patient.

Depuis la fermeture de l'unité de dialyse à l'EPSNF, les patients détenus souffrant d'insuffisance rénale chronique et nécessitant des séances d'hémodialyse ne sont pas pris en charge par les UHSI, s'il s'agit de leur unique pathologie. Les UCSA doivent donc se rapprocher de leur hôpital de proximité afin de garantir des séances d'hémodialyse à la fréquence nécessaire au patient. Si un patient détenu hospitalisé dans l'UHSI doit recourir à des séances d'hémodialyse, l'équipe médicale doit alors se rapprocher non seulement du Service de Néphrologie, mais également de l'équipe pénitentiaire qui doit organiser l'escorte nécessaire. Il est à noter ici que les équipes hospitalières relevant de l'UHSI ne veulent pas voir leur rôle se résumer à une prestation

³² « la cantine » consiste à acheter dans la « boutique » de l'établissement pénitentiaire, grâce à des bons de cantine, des denrées alimentaires, des produits d'hygiène, des journaux, du tabac,

hôtelière. Comme toutes les équipes hospitalières, les équipes participent activement à la guérison des patients.

2.1.2 La filière de recrutement des patients détenus

Hormis le GHPS qui ne dispose pas d'UCSA, tous les centres hospitaliers disposant d'une UHSI sont également les établissements de santé de proximité prenant en charge les patients détenus dans les établissements pénitentiaires. Par conséquent, la filière de recrutement des patients détenus s'en trouve grandement facilitée. En effet, les équipes de l'UHSI et de l'UCSA sont amenées à se rencontrer lors des moments d'échanges institutionnels : instances ou journées de formation par exemple. Grâce aux échanges existants entre ces unités pourtant éloignées, la programmation de l'hospitalisation des patients détenus apparaît dès lors plus simple à mettre en œuvre. Ainsi, lorsqu'un patient détenu doit être hospitalisé, la consultation anesthésie, le bilan sanguin peuvent déjà se réaliser dans l'UCSA, sous réserve bien entendu de disposer de temps de praticien d'anesthésiste dans l'UCSA.

Cependant, la filière de recrutement générée par le lien entre l'établissement de santé et l'établissement pénitentiaire qu'est l'UCSA semble s'arrêter ici et ne s'étend guère sur l'ensemble des UCSA relevant d'une même Direction Interrégionale des services pénitentiaires. L'éloignement géographique peut expliquer cette filière de recrutement incomplète. Le défaut de communication entre UCSA et UHSI, la méconnaissance des activités exercées dans les UHSI et le manque d'escortes illustrent les limites d'une filière de recrutement qui a vocation à être complète. En outre, le découpage spécifique des autorités déconcentrées : Direction Interrégionale pour l'Administration Pénitentiaire et Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH), future Agence Régionale de Santé (ARS) pour l'hospitalisation, conduit à des difficultés de coordination. Ainsi, des patients détenus qui nécessitent une hospitalisation ne peuvent pas être hospitalisés, ce qui conduit inévitablement à une aggravation de leur état de santé.

Selon les dispositions de l'arrêté du 24 août 2000, les UHSI n'accueillent des patients détenus que si leur hospitalisation respecte les deux conditions cumulatives suivantes : une hospitalisation programmée et une hospitalisation supérieure à 48 heures. L'enquête tendait à savoir si les établissements de santé disposant d'UHSI

selon une liste où sont affichés les prix de chaque article. La livraison est assurée selon un planning précis).

avaient également des chambres sécurisées. La majorité des réponses mentionnent que ces établissements n'ont pas de chambres sécurisées dans un autre Service de l'hôpital, comme le Service des Urgences au sein de son Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD). De même, il est apparu que les UHSI accueillent des patients détenus pour une hospitalisation dont la durée est inférieure à 48 heures. Cette activité représente 10% des activités totales des UHSI. En outre, les UHSI accueillent aussi des hospitalisations non programmées pour 10% des hospitalisations totales supérieures à 48 heures. Ainsi, les UHSI connaissent près de 20% d'hospitalisations effectuées hors du cadre normatif de l'arrêté du 24 août 2000. S'il peut être facile de considérer ces hospitalisations non-conformes au cadre juridique, elles ont pourtant le mérite de répondre aux besoins d'une population pénitentiaire pour laquelle la prise en charge peut vite s'avérer complexe.

Les UHSI n'ont pas vocation à accueillir des patients scopés, c'est – à – dire des patients dont l'état de santé nécessite une surveillance constante. Par conséquent, les patients détenus pour lesquels le pronostic vital est en jeu ou qui nécessitent des soins avec une surveillance spécifique sont dirigés vers des unités spécialisées : Réanimation, Soins continus, Soins intensifs. Comme cela a déjà été évoqué, la vocation « généraliste » de l'UHSI ne garantit pas une prise en charge spécialisée avec des soins considérés comme techniques. Dans ce cas, il revient à l'Administration Pénitentiaire d'organiser des escortes suffisantes assurant ainsi la surveillance du patient détenu dans le Service équipé pour son état de santé. Comme n'importe quel patient, lorsque son état de santé permet le transfert hors de l'unité spécialisée, le patient détenu est accueilli dans l'UHSI.

En outre, depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients, le patient détenu hospitalisé peut demander une suspension de peine pour raison médicale, si son pronostic vital est engagé. Pour confirmer cette demande, il est indispensable d'avoir deux expertises médicales distinctes qui établissent de manière concordante les situations relatives à l'état de santé. De plus, il ne doit pas exister de risque grave de renouvellement de l'infraction. Si la plupart du temps, ces suspensions sont acceptées soit par le juge d'application des peines pour un détenu condamné, soit par le juge d'instruction pour un prévenu, elles nécessitent une forte mobilisation de la part des équipes puisque le patient doit pouvoir être transféré le jour de la décision du juge et avant minuit dans un Service adapté à son état de santé.

Toutefois, si le juge rejette la demande de suspension de peine, ou si le patient n'a pas formulé de telle demande, les équipes hospitalières et pénitentiaires adaptent les règles énoncées dans le règlement intérieur ou règlement de fonctionnement de

l'UHSI. Ainsi le dispositif des parloirs, à savoir les visites des proches qui ont obtenu un permis de visite par le Procureur de la République, est aménagé. Il est donc toléré que les proches qui bénéficient d'un permis de visite se rendent au chevet du patient. Dans ce cas, ces individus sont systématiquement accompagnés d'un personnel pénitentiaire ou hospitalier de l'UHSI.

2.1.3 Les taux d'occupation et les durées moyennes de séjour des UHSI

Mis à part les lits dédiés aux soins de suite de l'UHSI de l'Assistance Publique de Marseille, la durée moyenne de séjour (DMS) des UHSI est comprise entre 8 et 10 jours. Cette durée supérieure aux DMS rencontrées en général dans les Services de médecine, chirurgie et obstétrique, (MCO), s'explique par les contraintes sécuritaires imposées aux UHSI. Contrairement aux autres patients, lorsqu'un patient détenu hospitalisé est médicalement « sortant », il doit attendre qu'une escorte adaptée à son état de santé soit disponible. Il n'est pas rare que le séjour hospitalier augmente donc d'une à deux journées, pour des raisons organisationnelles.

Le taux d'occupation des lits dans les UHSI est compris entre 65 et 70%. Ces taux peuvent sous-entendre une occupation en deçà des prévisions d'occupation, lorsqu'il a été décidé de « calibrer » la capacité des lits de toutes les UHSI.

L'écart entre la prévision et la réalisation s'explique notamment par des différés dans l'hospitalisation programmée :

- refus du patient détenu d'être hospitalisé compte tenu de l'accès restreint aux parloirs, de l'absence de promenade, de l'interdiction de fumer dans l'UHSI conformément au Décret³³ portant interdiction de fumer dans tous les lieux affectés à un usage collectif, des périodes de l'année plus difficiles (période estivale, fêtes religieuses, fin d'année),
- refus de l'administration pénitentiaire tenant aux disponibilités d'escortes.

S'agissant du tabagisme, l'initiative de l'UHSI du GHPS mérite d'être soulignée puisqu'il existe un protocole infirmier de sevrage tabagique.

Les structures d'aval à l'hospitalisation dans l'UHSI se classent dans six catégories :

³³ Décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006.

- Sortie et retour vers l'établissement pénitentiaire dans lequel le patient détenu est écroué,
- Sortie suite à une demande de suspension de peine accordée par le juge avec transfert dans un service d'hospitalisation adapté si l'hospitalisation est nécessaire,
- Sortie vers un autre établissement pénitentiaire adapté à l'état de santé,
- Transfert vers une unité hospitalière autre : Réanimation, soins intensifs, EPSNF ou Soins de suite dans l'UHSI de l'Assistance Publique de Marseille,
- Libération durant la période d'hospitalisation, et transfert vers une autre unité si l'état de santé impose la poursuite de l'hospitalisation,
- Décès du patient détenu.

Etant entendu que rien ne doit être laissé au hasard, les modalités de sortie sont toutes prévues dans le Règlement Intérieur ou de Fonctionnement de l'UHSI, qui prévoient les modalités d'action des acteurs hospitaliers et pénitentiaires.

2.2 Le personnel dédié à la prise en charge des détenus

Lors des entretiens menés, la question du personnel dédié à la prise en charge des détenus dans l'UHSI est apparue et trois pistes de réflexion ont pu être dégagées : la mutualisation des équipes, les effectifs hospitaliers dans l'UHSI et l'organisation médicale.

2.2.1 La mutualisation des équipes avec l'UCSA

Afin de mieux comprendre l'organisation existante dans les UHSI, il est apparu nécessaire de connaître les aspects concernant les ressources humaines : recrutement, formation, effectifs, volet médical.

Tout d'abord, il apparaît que les équipes intervenant en UCSA ne sont pas mutualisées avec les équipes hospitalières des UHSI. Cette volonté s'explique par les vocations respectives de chaque unité : l'une ambulatoire et l'autre hospitalière. Néanmoins, les équipes des UHSI sont fortement encouragées à connaître le milieu carcéral. Les règles pénitentiaires continuant à s'appliquer, il faut respecter les modalités d'accès, passage à travers le portique de détection, effets personnels dont sac à main

passés aux rayons X. De même, s'il est convenu que l'espace d'hébergement où sont installés les patients détenus hospitalisés soit appelé une chambre et non une cellule, son ouverture et sa fermeture ne peuvent être effectuées que par un personnel pénitentiaire, surveillant pénitentiaire le jour et gradé la nuit. Ces éléments peuvent surprendre les personnels hospitaliers habitués à circuler librement dans l'hôpital excepté les accès au plateau technique limité pour des raisons évidentes d'hygiène, et devant faire preuve de réactivité pour intervenir auprès de patients dont l'état de santé nécessite une intervention urgente des professionnels de santé.

S'agissant d'une prise en charge différente des équipes des autres unités de soins hospitaliers, les entretiens font apparaître un accompagnement particulier dans le suivi de ces équipes. Ainsi, la possibilité de recourir à un psychologue spécialisé non seulement sur les questions pénales, mais aussi sur les conditions de travail peut s'avérer positif et favoriser la pérennisation de l'équipe hospitalière. Dans certaines UHSI, il arrive que des professionnels travaillent une partie de l'année dans l'UCSA et l'autre partie de l'année dans l'UHSI.

Le recrutement des professionnels dans l'UHSI se trouve attractif à plusieurs points de vue. Premièrement, à l'instar des agents en place dans les UCSA, les professionnels des UHSI perçoivent en plus de leur traitement et autres primes une indemnité forfaitaire de risque³⁴ dite « prime de risque », d'un montant mensuel s'élevant à 97, 69 Euros³⁵. Deuxièmement, la médecine en milieu pénitentiaire figure dans les programmes de la formation initiale des médecins et des modules des élèves infirmiers. D'ailleurs, comme les UCSA, les UHSI deviennent de plus en plus des vecteurs de recrutement, puisqu'elles sont terrain d'accueil tant pour les internes que pour les étudiants infirmiers. Néanmoins, une attention particulière mérite d'être portée. Ces terrains de stage contraignent à des démarches administratives supplémentaires : demande par l'autorité administrative de consulter l'extrait de casier judiciaire de l'élève ou de l'interne, obligation pour l'élève ou l'étudiant de fournir sa pièce d'identité, de ne pas pénétrer dans l'UHSI avec des objets interdits par le règlement intérieur ou de fonctionnement de l'unité : téléphone portable, clé USB.

Outre les formations réglementaires traditionnelles telles que la formation au risque incendie et la formation des gestes et soins d'urgence, l'UHSI propose aux équipes hospitalières des formations spécifiques à la situation carcérale, aux relations

³⁴ Décret n°92-6 du 2 janvier 1992, modifié par le Décret n°2004-754 du 27 janvier 2004, portant attribution d'une indemnité forfaitaire de risque à certains agents de la fonction publique hospitalière.

³⁵ Arrêté du 21 décembre 2000 fixant le montant mensuel de l'indemnité forfaitaire de risque allouée à certains fonctionnaires hospitaliers.

hôpital, police, justice. Dans la plupart des UHSI interrogées, avant d'intégrer l'Unité, les futurs recrutés hospitaliers sont invités à effectuer un stage dans une UCSA et dans une UHSI afin de mieux connaître le fonctionnement de ces unités dans lesquelles deux administrations travaillent ensemble pour des finalités différentes. Il est important de souligner que les UHSI veillent à organiser des formations communes à destination des équipes hospitalières et des équipes pénitentiaires. De même, avant l'ouverture de chaque UHSI, les autorités ont veillé à organiser un séminaire d'intégration commun aux professionnels hospitaliers et pénitentiaire. La vocation de ces séminaires est de mieux se connaître entre professionnels de cultures différentes devant travaillé ensemble.

Le temps du séminaire d'intégration est important et garantit les modalités d'organisation du travail pour la suite. Puisque les hospitalisations dans les UHSI doivent être programmées, il est utile que les encadrements hospitaliers et pénitentiaires préparent chaque semaine les hospitalisations prévues pour la semaine suivante. C'est pourquoi, une réunion hebdomadaire, qui pourrait être considérée comme pluridisciplinaire, doit être prévue et réalisée. Secret professionnel oblige, ce temps ne doit pas être l'occasion d'échanger sur les motifs d'incarcération ou sur le dossier médical des patients détenus, mais plutôt de faciliter les relations de travail entre professionnels, qui ne disposent pas d'un système commun d'information.

Par delà cette réunion hebdomadaire, des groupes de travail ou séminaires organisés régulièrement sont l'occasion de surmonter les clivages culturels. Il est proposé de réfléchir ensemble sur des thèmes comme la rationalisation des escortes, la possibilité d'octroyer un petit pécule pour les patients détenus qui peuvent demander aux professionnels intervenant dans l'UHSI de leur acheter des revues ou des produits d'hygiène, les espaces communs dans l'UHSI, les espaces affectés au rangement des effets personnels des patients détenus. Ces temps de rencontre doivent faciliter la communication entre professionnels.

2.2.2 Les effectifs hospitaliers des UHSI

Etant entendu la vocation « généraliste » des UHSI, les praticiens affectés dans ces unités sont quasi- exclusivement tous des généralistes de formation. Il y a en moyenne 2, 5 équivalent temps plein, de personnel médical pour 15 à 20 lits. A cela s'ajoute chaque semestre, des internes en formation. D'autres praticiens médicaux interviennent dans l'UHSI, les spécialistes d'organes qui sont exercent leur art dans un autre Service de l'établissement de santé.

Les effectifs paramédicaux relevant de l'UHSI sont composés à majorité d'aides-soignants (AS) et d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE), respectivement 12 ETP en moyenne et 13 ETP en moyenne pour 15 à 20 lits. Au titre des tâches qui leurs sont confiées, les agents des services hospitaliers, dont l'effectif moyen s'élève à 4, 5 ETP, ont pour mission non seulement d'assurer l'entretien des locaux hospitaliers de l'UHSI, mais aussi des locaux de l'Administration Pénitentiaire. A cela s'ajoute 1 ETP de cadre de santé et des temps moindres pour les personnels de rééducation, kinésithérapeutes compris, les personnels médico- techniques, dont les manipulateurs en électroradiologie médicale qui interviennent ponctuellement, lorsque les UHSI sont équipés d'appareil radio portatifs.

A côté de ces professionnels, interviennent ponctuellement d'autres professionnels hospitaliers issus des filières administrative, ouvrière et technique, ou encore des psychologues. Les secrétaires médicales assurent dans des délais raisonnables la rédaction des comptes rendus d'hospitalisation qui sont ensuite transmis au chef de Service de l'UCSA dès la sortie d'hospitalisation du patient détenu. Selon la situation du patient détenu, il arrive qu'un assistant des services sociaux de l'hôpital se déplace dans l'UHSI ne serait-ce que pour préparer une demande d'allocation d'adulte handicapé, AAH.

Comme toutes les unités d'hospitalisation, l'UHSI peut nécessiter un entretien courant ou une maintenance des bâtiments ou équipements, comme une intervention électrique ou du Service biomédical. Les équipes des services concernés se déplacent après avoir reçu la demande d'intervention rédigée par l'encadrement de l'UHSI. Il est recommandé que les équipes qui n'interviennent que ponctuellement dans l'UHSI, se rapprochent de l'équipe pénitentiaire avant de se rendre dans l'unité. Chaque intervenant ponctuel bénéficie d'une autorisation temporaire et doit être porteur de sa carte professionnelle ou de sa carte d'identité qui doivent être présentées au poste de contrôle d'entrée de l'UHSI.

2.2.3 L'organisation médicale dans les UHSI

L'organisation médicale de l'UHSI suppose la définition et l'élaboration d'un projet médical. Ce même projet médical figure dans les documents stratégiques de l'établissement : projet d'établissement, contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclus avec la tutelle sanitaire. Le temps médical est à mettre en perspective avec la journée pénitentiaire qui s'achève chaque jour vers 17-18 heures. La garde nocturne

peut rapidement se complexifier puisque la nuit, seuls les personnels pénitentiaires gradés peuvent ouvrir les portes des chambres des patients détenus hospitalisés.

Afin de mieux comprendre comment s'organisent les soins des patients détenus, la question des consultations des médecins spécialistes affectés aux Services de spécialité de l'établissement siège de l'UHSI est apparue. Il convient de préciser qu'il existe une distinction entre les consultations et le temps éventuel de spécialiste dédié dans l'UHSI. Etant entendu les contraintes sécuritaires afférentes à l'UHSI, il est évident de constater que le temps de déplacement d'un praticien vers l'UHSI est forcément rallongé. C'est pourquoi, dans la plupart des établissements de santé disposant d'une UHSI, il s'avère que peu de médecins spécialistes se rendent dans l'UHSI pour une consultation ou un avis. Ces difficultés d'organisations conduisent alors l'Administration Pénitentiaire à prévoir des escortes en lien avec les équipes des autres unités hospitalières, dont les secrétariats pour les prises de rendez-vous. Il s'agit de préciser ici que les patients détenus ne connaissent jamais d'avance les dates et les horaires de leurs examens.

En outre, comme pour les UCSA, les patients détenus doivent attendre avant leur visite dans le Service de Consultation dans une salle d'attente borgne, différente des salles d'attente communes.

Les déplacements de praticiens spécialistes vers l'UHSI peuvent faciliter les organisations. Cependant, il s'avère très difficile de valoriser au titre du temps de travail « perdu » la quotité de temps incompressible nécessaire au passage des points de contrôle dont portiques.

Une solution pour simplifier l'organisation du temps médical se trouve dans le déploiement de la télémedecine, qui est utilisée déjà dans certaines UCSA pour les spécialités de Pneumologie et de Dermatologie, soit au titre de la téléexpertise, avis médical, soit au titre du télédiagnostic, téléconsultation ou aide au pilotage. Toutefois, les prouesses technologiques supposent un coût en investissement lié à l'achat de logiciel et d'appareil de photographie.

2.3 Le financement des UHSI

Compte tenu de la volatilité de l'activité, le financement des UHSI s'anticipe tant sur les recettes que sur les dépenses d'exploitation.

2.3.1 Les recettes des UHSI

Lorsqu'il s'agit de mettre en place une nouvelle unité d'hospitalisation, le problème du financement de cette unité survient en même temps que la question des effectifs. Pour suivre l'activité, les recettes et les dépenses de l'UHSI, les établissements de santé ont opté pour la mise en place de comptes de résultats et ont créé une unité fonctionnelle permettant de répartir les charges directes et indirectes ainsi que les coûts de structure.

La détermination des recettes n'est pas évidente. En effet, l'UHSI fait appel à un double financement : financement au titre des missions d'intérêt général (MIG) et financement à l'activité. Avant de prétendre aux financements, les Directions des établissements ayant une UHSI déjà en fonctionnement ont veillé à ce que les équipes hospitalières soient constituées.

L'intérêt d'obtenir une allocation issue de l'enveloppe MIG réside dans le fait que l'enveloppe MIG est réputée assurer un équilibre entre les charges et les produits. Selon la troisième version du guide méthodologique des MIGAC, le financement par les MIG constitue le complément des GHS et vise à couvrir les surcoûts liés à l'organisation spécifique de l'UHSI. Le financement par MIG de l'UHSI s'effectue grâce à un forfait par lit qui tient compte des surcoûts de personnel et des surcoûts en exploitation courante, qui représente 31 200€ par lit et par an. La part du financement par la tarification à l'activité (T2A) représente 25% des recettes de titre 1 de l'UHSI. Les GHS permettent de connaître les principales pathologies prises en charge dans l'UHSI.

Le forfait journalier et le ticket modérateur, composants des recettes de titre 2, sont versés par l'Administration Pénitentiaire. Il arrive que l'Administration Pénitentiaire ne règle pas les montants exigés dans les délais légaux. Ce retard impacte en partie l'état de la trésorerie des établissements. La possibilité de recourir à un recouvrement des recettes dans un délai raisonnable suppose des rencontres, des négociations avec l'Administration Pénitentiaire et de confronter les obligations respectives en matière de paiement et de perception.

2.3.2 Les dépenses des UHSI

En matière de dépenses, il y a répartition des charges entre l'administration pénitentiaire, chargée de financer les travaux de sécurisation des locaux, et l'administration sanitaire qui d'une part construit l'ouvrage destiné à l'activité de l'UHSI et d'autre part installe les équipements médicaux et hôteliers indispensables pour toute

unité d'hospitalisation : lits, tables de nuit, fluides médicaux, chariots d'urgence, bloc sanitaire. Il y a souvent discussion lors des petits travaux d'entretien ou lors de l'achat de petits équipements hospitaliers pour savoir qui finance quel équipement nouveau ou quelle nouvelle mise aux normes.

A côté de cela, les dépenses d'exploitation, dites de classe 6, hors titre 1, c'est – à – dire les charges de personnel, semblent peser exclusivement sur l'établissement de santé. S'il est juste d'affirmer que les dépenses de titre 2, dépenses à caractère médical, sont réglées par l'établissement de santé, les dépenses à caractère hôtelier, dépenses de titre 3, en matière de restauration, de blanchisserie ne devraient peut être pas prises en charge exclusivement par l'établissement de santé. Pourtant une partie des dépenses de titre 3 est aussi directement liée à l'activité pénitentiaire, notamment l'entretien des locaux, les consommables d'hygiène, les dépenses d'énergie. Les dépenses de titre 2 portent essentiellement sur le financement des traitements lourds, par exemple en carcinologie.

L'étude a permis de mieux cerner les modalités de prise en charge des patients détenus dans les UHSI. La file active est mieux cernée, les caractéristiques en matière de personnel dans les autres UHSI sont appréhendées et le financement de la prise en charge dans l'UHSI suppose l'élaboration d'un partenariat complexe.

Dès lors, l'état des lieux de l'offre francilienne, la connaissance des activités effectuées dans les UHSI permettent d'établir des préconisations pour la future UHSI du CHSF.

3 Les préconisations pour bien préparer l'implantation d'une unité hospitalière sécurisée interrégionale

L'implantation de l'UHSI dans le futur site unique impose de réfléchir à l'organisation des soins, au transfert de l'activité de l'EPSNF, au financement de cette future UHSI. Un tel projet nécessite des préconisations pour un Directeur d'Hôpital

3.1 L'organisation des soins de suite : les Décrets et la circulaire de 2008

Le CHSF, établissement de référence pour le sud de l'Île de France dans plusieurs disciplines médicales, dispose d'une expertise en matière de soins de suite et de réadaptation ; puisqu'il prend en charge sur le site Albert CALMETTE situé à YERRES des patients dont l'état de santé nécessite des soins adaptés en rééducation cardiaque ou en réadaptation fonctionnelle. De plus, le CHSF développe actuellement une filière neuro- vasculaire, spécialisée dans la prise en charge accidents vasculaires cérébraux. Lorsqu'en 2008, les décrets relatifs aux soins de suite et de réadaptation³⁶ (SSR) définissent l'autorisation et les activités du ressort des unités des soins de suite, il est apparu que le CHSF disposait d'un savoir- faire reconnu sur le territoire de santé.

D'ailleurs la circulaire du 3 octobre 2008³⁷ précise l'une des missions clés des activités SSR : « la participation à l'animation des filières de prise en charge ». Cette même prise en charge répond aux besoins du patient dans les domaines suivants :

- Soins,
- Rééducation et réadaptation,
- Prévention et éducation thérapeutique,
- Accompagnement à la réinsertion

Selon ces textes, il existe plusieurs catégories de prise en charge spécialisée :

- Affections de l'appareil locomoteur,
- Affections du système nerveux,

³⁶ Décrets n°2008-376 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation et n°2008-377 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.

³⁷ Circulaire n°DHOS/O1/2008/305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets n°2008-376 et n°2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation.

- Affections bilio- pancréatique vasculaires,
- Affections respiratoires,
- Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien,
- Affections onco- hématologiques,
- Affections des brûlés,
- Affections liées aux conduites addictives,
- Affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance

Selon les éléments précisés par les textes officiels et compte tenu des pathologies prises en charge par les UHSI, le CHSF peut aisément répondre aux besoins de la population carcérale en matière de SSR. Son savoir- faire dans ces domaines, son accessibilité au plateau technique et la perspective du nouvel hôpital constituent des gages de réussite. Néanmoins, comme tout projet, il s'agit à un moment donné de réfléchir sur ces composantes et de les adapter à la réalité.

3.2 Le Transfert des activités actuelles de l'EPSNF vers le CHSF

3.2.1 La maîtrise de l'activité de transfert par les expertises locales

Comme il a déjà été expliqué, le CHSF est né de la fusion de plusieurs établissements de santé à la fin des années 1990. Progressivement, il s'est avéré que les spécialités médicales devaient être regroupées pour éviter tout doublon inutile. Selon le schéma de l'acculturation, cet épisode a conduit des équipes hospitalières qui ne se connaissaient pas à confronter leurs pratiques, à apprendre à se connaître, à travailler ensemble. C'est ainsi que depuis 2005, les activités relevant de la Médecine sont assurées sur le site de Gilles de CORBEIL et les activités relatives à la Chirurgie et l'Obstétrique sont assurées sur le site de Louise MICHEL.

En avril 2009, les autorités ont décidé de fermer les activités de Chirurgie et d'Obstétrique du Syndicat InterHospitalier (SIH) de Juvisy sur ORGE. Il y a eu transfert des activités avec un financement du recrutement dans deux établissements de santé du département de l'Essonne : le CHSF et l'hôpital de LONGJUMEAU.

Le CHSF dispose donc d'une réelle expérience en matière de reprise d'activité et de personnels issus d'autres structures de santé pour lesquels des entretiens avec la

Direction des Ressources Humaines, la Direction des Affaires Médicales et la Direction des Soins leur assurent la consolidation de leur projet professionnel. Par conséquent, les équipes en place aujourd'hui à l'EPSNF peuvent préparer leur mutation au CHSF ou choisir de ne pas être recrutées par le CHSF.

Il faut bien comprendre que les équipes de l'EPSNF vont avoir à connaître un épisode qui peut être perçu comme douloureux dans la vie professionnelle, celui de la fermeture de leur lieu de travail et la découverte d'un nouvel environnement. Par conséquent, s'il y a financement via transfert des ressources de l'EPSNF notamment³⁸ via le CHSF. Cet établissement devra veiller à accueillir les agents et les médecins de l'EPSNF qui souhaitent intégrer l'UHSI, dans les meilleures conditions et à assurer une écoute active de ces équipes, qu'il s'agisse de celles du CHSF déjà en place ou de celles de l'EPSNF.

3.2.2 Les équipes à mobiliser pour construire le projet de l'UHSI

C'est pourquoi, il est important de réfléchir sur les modalités de préparation de la phase transitoire qui démarre dès 2009 pour s'achever lors de l'ouverture de l'UHSI, avec entre temps le déménagement sur le site unique. La Direction des Ressources Humaines et la Direction des Affaires Médicales ont été destinataires des vœux des équipes de l'EPSNF et de la situation des effectifs en 2009. Après avoir recensé ces éléments, il faudrait par la suite élaborer une stratégie de recrutement³⁹ qui traiterait à part des cas particuliers comme les congés pour longue durée ou les congés pour longue maladie, les demandes de mutation, de détachement et de disponibilité. Cette stratégie pourrait consister aussi dans un pré-recrutement de professionnels du CHSF ou de futurs professionnels en formation initiale qui souhaiteraient intégrer l'UHSI du CHSF, dès son ouverture ; sous réserve encore une fois que le CHSF obtienne le financement par les tutelles.

Ces réflexions amènent à s'interroger sur la gestion des ressources humaines durant la phase transitoire qui doit conduire dans le nouvel hôpital. Le projet UHSI ne doit pas être déconnecté du projet Nouvel Hôpital. La spécificité d'une UHSI est telle qu'il faut préparer et accompagner les équipes suffisamment en amont. Ainsi, pourquoi ne pas proposer aux membres du Conseil Exécutif, , accompagnés d'un représentant, de la

³⁸ A ce jour, il n'existe aucune décision dans ce domaine.

³⁹ Une disposition introduite dans le Code de la Santé Publique, article L.1224-3, par la loi n°2009-972 du 3 août 2009 prévoit que s'il y a reprise d'activité d'une entreprise privée qui employait des salariés de droit privé par une personne publique, cette dernière doit proposer à ces employés un contrat de droit public.

Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico- techniques (CSIRMT), de la Commission d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), d'un représentant du Comité Technique d'Etablissement (CTE) de visiter une UHSI afin de bien comprendre les dimensions, les objectifs, et de situer les acteurs de l'unité en fonction de leurs obligations professionnelles et de leur culture liée à leur administration d'origine.

Il est important de déterminer les effectifs nécessaires à la prise en charge des patients détenus dans l'UHSI qui aura comme activité des lits de médecine et des lits de SSR. L'encadrement soignant de ces activités est différent. Cette réflexion doit se conduire entre la Direction des Ressources Humaines, la Direction des Soins et la Direction des Affaires Médicales. En plus des ETP soignants classiques des unités de soins, cadres de santé, infirmier diplômé d'Etat, aide- soignants, agent des services hospitaliers, L'UHSI devra comprendre des ETP de rééducateurs, masseur kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute, suffisants. Là encore, en fonction des capacités de recrutement, il s'agira de s'interroger sur l'existence d'un pool de professionnels rééducateurs qui interviendra également dans les autres unités SSR du futur site unique ou bien de dédier des professionnels exclusivement dans l'UHSI. Cette réflexion s'imbrique dans les travaux actuellement engagés dans le cadre de la définition des nouvelles organisations qui seront mises en place dans le nouvel hôpital. Contrairement aux autres UHSI, la vocation de la future UHSI du CHSF sera moins généraliste et plus orientée soins de suite et de réadaptation, puisqu'elle comprendra 60 lits dédiés aux activités de soins de suite et de réadaptation.

Ces temps de rencontre doivent constituer un temps fort nécessaire à la préparation des équipes hospitalières à voir leur outil de travail évoluer, suite à une décision des tutelles, et à connaître d'autres professionnels pour lesquels l'activité en milieu pénitentiaire, en UCSA, en UHSI, à l'EPSNF, demeure un choix. Il est à noter que la conduite du changement doit prendre en considération les étapes du changement, nécessaires pour chaque acteur :

Etapes du changement	La perception	L'application au CHSF
Première étape : le déni	Aucun changement dans les habitudes	Les équipes hospitalières ne se projettent pas avec cette nouvelle unité dans le nouvel hôpital.
Deuxième étape : la protestation	Réaction de colère, d'agressivité	Lors des informations aux instances sur ce projet, les représentants de la communauté hospitalière émettent des avis défavorables.
Troisième étape : la tristesse	Nostalgie	Les équipes regrettent les premières étapes du projet Nouvel Hôpital dans lesquelles avait été arrêté le programme capacitaire.

Etapes du changement	La perception	L'application au CHSF
Quatrième étape : la peur	Crainte de perdre, de l'abandon	Les équipes craignent l'apparition d'un climat d'insécurité dans l'Hôpital. Elles redoutent de perdre leur liberté de mouvement et la liberté d'accès des usagers dans l'hôpital.
Cinquième étape : la rationalisation ou la négociation	Quel bénéfice en tirer	Le processus étant engagé, les équipes concèdent au projet d'implantation et préparent le projet médical de l'Unité en concertation avec la Direction.
Sixième étape : l'acceptation		Les équipes impliquées adhèrent au projet et deviennent force de proposition.
Septième étape : le réajustement	Création d'un nouveau lien	Suite à l'étape précédente, les équipes attendent une adaptation dans la définition de l'implantation, tenant essentiellement à leur organisation.
Huitième étape : le lâcher prise	Tourner la page en prenant le côté positif	L'adhésion est entière, le consensus est admis. Les équipes dressent un bilan du projet avant sa mise en fonctionnement.

Sources : travaux du Docteur KÜBLER-ROSS, de G.KOHLREISER

Enfin, avant d'inventer des modalités de recrutement, d'accompagnement au changement, les managers que sont les Directeurs d'Hôpitaux doivent piloter le changement selon un plan d'action qui comprend 6 axes :

- Définir de façon claire un cadre structurant,
- Donner suffisamment d'information (dont contexte, risques, contraintes),
- Confier des missions valorisantes,
- Déplacer l'énergie sur le moyen terme,
- Saluer chaque initiative qui va surgir,
- Valoriser et reconnaître les individus.

Non loin du CHSF, le GHPS s'est déjà interrogé sur les mêmes thèmes afférents au transfert des équipes de l'EPSNF. Etant entendu que la communication peut être la condition de tout succès, il peut s'avérer opportun que le CHSF rencontre les équipes du GHPS qui ont vécu le transfert afin qu'un bilan en soit dressé.

3.3 Le financement de la future UHSI du CHSF

3.3.1 Le suivi de l'activité de l'hospitalisation des patients détenus par le contrôle de gestion

Comme pour toute activité d'un établissement de santé, il s'avère indispensable de mettre en place pour l'UHSI des outils de gestion, comme les comptes de résultat. La comptabilité analytique isole les charges directes des charges indirectes. Les éléments à

prendre ici en compte ne sont pas les seuls éléments tenant à la prise en charge sanitaire. Ainsi, les surcoûts de personnel, expliqués par la présence des personnels surveillants, gradés et officiers de l'Administration Pénitentiaire doivent être mis en perspective.

Mais s'agissant de l'activité d'hospitalisation des patients détenus, il n'y a pas seulement l'activité de l'UHSI qui doit être mise en valeur ; il faut prendre également en compte l'activité des chambres sécurisées. Ces chambres sont destinées exclusivement aux patients détenus écroués à la Maison d'Arrêt de Fleury Mérogis. Comme les UHSI, les chambres sécurisées bénéficient d'un financement mixte d'une part lié à la tarification d'activité et d'autre part à une enveloppe MIG différente de l'enveloppe consacrée aux UHSI. La vocation de cette enveloppe est de compenser les surcoûts non pris en charge par les tarifs GHS. Comme pour le financement des UHSI, il existe un forfait par chambre sécurisée, à savoir 45 600€ par lit par an. Si le CHSF souhaite maintenir l'activité déjà reconnue, en matière de chambre sécurisée à lit constant, c'est – à – dire quatre, l'enveloppe annuelle allouée au titre de la MIG devrait s'élever à 182 400€. Ainsi il peut être proposé de créer trois UF. La première servirait à analyser l'activité en médecine de l'UHSI, la deuxième, l'activité en SSR de l'UHSI et la troisième l'activité des chambres sécurisées.

A titre d'information, le forfait MIG par lit dans l'UHSI s'élève à 31 200€. La réflexion mérite ici d'être poussée par rapport à la réalité du CHSF. Etant entendu que les activités de l'EPNSF ont vocation à être transférées au CHSF ; que ces activités relèvent pour 60 lits des soins de suite et de rééducation ; qu'actuellement le financement du SSR reste une enveloppe DAF et non une tarification à l'activité, la mesure du financement de l'UHSI du CHSF regroupe trois modalités : la tarification à l'activité, l'enveloppe MIG et l'enveloppe DAF spécifique au SSR. A cela, il convient de rajouter le forfait journalier et le ticket modérateur dont la charge pèse sur l'Administration pénitentiaire.

Du point de vue des charges, il pourrait être pertinent d'intégrer en plus des coûts moyens de personnel hospitalier, les charges du personnel pénitentiaire, même si cette charge ne pèse pas directement sur l'hôpital. Cette prise en compte se justifie dans la mesure où chaque UHSI comporte des surcoûts de fonctionnements liés à l'encadrement en surnuméraire de chaque lit. Les charges à caractère médical (titre 2) et hôtelier (titre 3) ainsi que les charges financières (titre 4) ne posent pas de difficultés dans leur répartition.

La discussion peut porter plus longuement sur les investissements. S'il est convenu que les coûts liés aux travaux sont répartis entre l'Administration Pénitentiaire et

l'administration hospitalière, la question des équipements mérite d'être posée. En plus, des lits, bureaux, postes de soins, il faut savoir quels équipements biomédicaux peuvent être installés dans l'UHSI : des petits équipements d'imagerie tels qu'un échographe portable ou un appareil de radiographie mobile, des appareils de rééducation comme une rampe de marche ou une table de verticalisation ; lesquels permettent de limiter les extractions et autres escortes. Le montant des achats à prévoir en matière d'équipements biomédicaux pour l'UHSI s'approche des 100 000 Euros.

Plus largement, la connaissance des coûts de la prise en charge hospitalière des patients détenus a le mérite de lever le voile sur un sujet méconnu.

3.3.2 La prise en compte financière de la spécificité de l'UHSI du CHSF

Un aspect du financement mérite une analyse plus avancée puisqu'aucune UHSI n'a été construite sous ce régime. Il s'agit du BEH. Inévitablement, l'UHSI conduit à un surplus du loyer déjà décidé par les cocontractants, puisque l'implantation de l'UHSI a été décidée lorsque l'ouvrage était déjà bien sorti de terre. La décision des autorités a imposé des frais d'étude supplémentaires, des temps de rencontre entre les Directions ministérielles concernées, l'établissement de santé et l'opérateur privé. A ce jour, les directions ministérielles ont accepté de financer les investissements liés aux travaux. En revanche, rien n'est précisé quant au financement du surloyer. En l'état actuel du financement des UHSI et compte tenu du taux d'occupation moyen, le CHSF rencontrera certainement des difficultés dans le paiement des loyers tenant exclusivement à l'UHSI, qui comportera un risque pour la trésorerie. Cependant, la pérennité de l'unité trouvera tout sens si et seulement si les recettes de l'UHSI gageront à la fois les dépenses de personnel, de titre 2 et de titre 3, mais aussi une quote-part du loyer négocié dans le cadre du BEH.

Etant entendu que la vocation de l'UHSI est « généraliste », il peut arriver que des praticiens spécialistes soient sollicités par leur confrère de l'UHSI pour une consultation ou un avis. La plupart des UHSI ne sont pas en mesure de valoriser le temps de déplacement. Pour suivre le coût réel de l'activité de l'UHSI et éviter une analyse faussée de la productivité des spécialistes, il peut être proposé au CHSF de prendre en compte ce temps dans la détermination des indices de coûts relatifs (ICR), sous réserve de respecter la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Connaître les temps de déplacement des praticiens se rendant en consultation dans

l'UHSI ou pour simple avis médical a le mérite d'expliquer des faibles valorisations d'activité des Services de spécialités autres que l'UHSI. Pour répondre en partie à ces difficultés de valorisation, il est proposé d'implanter dans l'UHSI des espaces de consultations. Comme pour l'UCSA, les praticiens spécialistes se verraient assurer des consultations dans une plage horaire dédiée. Les modalités seront à préciser lors de la définition du projet médical.

La télémédecine qui grâce à la loi HPST peut constituer une alternative au déplacement des praticiens, sous réserve d'une part que le système d'information permette d'instaurer une nouvelle forme de consultation et d'autre part que l'Administration pénitentiaire estime que les dispositifs déployés ne portent pas atteinte au principe de sécurité. Toutefois, il est important de souligner que la télémédecine ne règle pas intégralement la question du temps médical. En l'espèce, le CHSF pourrait recourir en partie pour l'UHSI au télédiagnostic, qui supposerait une informatisation. Dès lors, à partir d'une ressource déjà existante, le réseau intranet du CHSF, peuvent se rajouter deux équipements informatiques : un logiciel et un appareil photo. Cet investissement reste modeste, puisqu'il ne mobilise que 1 000€ en classe 2.

3.4 La place du Directeur d'Hôpital dans la construction d'un partenariat visant à assurer une meilleure prise en charge des patients détenus hospitalisés

Fonctionnaire d'autorité, le Directeur d'Hôpital doit respecter les mesures qui sont décidées par la tutelle. Ainsi, l'implantation d'une telle unité de soins ne répond pas directement aux besoins de la population du territoire de santé ; mais s'inscrit dans un schéma plus large de prise en charge d'une population spécifique, dont la stratégie échappe pour partie aux acteurs de terrain. Si le Directeur d'Hôpital prend acte de ces mesures, il lui reste une marge de manœuvre dans la définition du projet médical qui prendra tout son sens grâce à l'art de la négociation. Pour réussir l'implantation de l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale dans le nouvel hôpital, il est important de réfléchir aux aspects suivants, tout en gardant bien en perspective les objectifs de qualité portés par la certification et par la labellisation : la dimension humaine, l'organisation des partenariats, la conduite de projet.

3.4.1 L'appréhension de la dimension humaine dans la définition de l'UHSI

Tout d'abord, la dimension humaine s'entend non seulement du point de vue des patients détenus, mais aussi du point de vue des professionnels. S'agissant des patients détenus, le Directeur d'Hôpital doit s'attacher à leur garantir les mêmes conditions d'accès aux soins dispensés dans l'établissement de santé que pour tout autre usager. Il convient cependant de nuancer cette acceptation liée aux conditions de la détention. Ainsi, le patient détenu ne peut sortir de l'UHSI que s'il est sous escorte ou s'il bénéficie d'une mesure de suspension de peine, ou encore si la fin de sa période de détention arrive à son terme. C'est pourquoi, le Directeur d'Hôpital doit assurer au patient détenu l'information sur les conditions de l'hospitalisation grâce à la remise du livret d'accueil qui reprend les dispositions générales de l'établissement de santé, mais aussi les dispositions spécifiques de l'UHSI transcrites dans un document qui pourrait s'intituler Règlement de fonctionnement. Le patient détenu doit être informé de la possibilité d'écrire au Directeur d'Hôpital, sans que ce courrier ne soit communiqué en amont à l'Administration Pénitentiaire. Egalement, le Directeur d'Hôpital doit prévoir des locaux de rangements des effets personnels des patients détenus. Ce point est important, puisque les patients détenus hospitalisés au CHSF pour des motifs de soins de suite et de rééducation resteront dans l'UHSI plusieurs semaines. En outre, afin d'éviter des refus d'hospitalisation qui seraient pourtant nécessaires, eu égard à l'état de santé de cette population ; et de maintenir un taux d'occupation correct dans l'unité, il appartient au Directeur d'Hôpital de prévoir les conditions de la mise en place d'un pécule.

La réflexion autour de la dimension humaine est à conduire aussi devant et pour les équipes. Pour les équipes travaillant dans l'UHSI, il est indispensable que ces dernières soient non seulement informées sur les conditions de vie en détention, sur les facteurs de co morbidité associés, mais aussi formées à travers des stages en établissement pénitentiaire ou dans d'autres UHSI. Il faut également s'interroger sur la possibilité ou la nécessité de mutualiser les équipes de l'UCSA et de l'UHSI ; même si la vocation de chaque unité est différente. Pour l'ensemble des équipes hospitalières, il faut informer et communiquer sur cette nouvelle activité. Il apparaît indispensable de bien expliquer à la communauté hospitalière les différentes modalités de prise en charge sanitaire des patients détenus et les contraintes qui découlent de l'organisation même d'une UHSI dont l'accès doit rester strictement limité. C'est pourquoi, il faut apporter une information et une sensibilisation particulières aux agents des secteurs techniques et logistiques, y compris aux employés du cocontractant selon l'exécution du BEH, qui contrairement aux autres unités hospitalières du CHSF ne pourront pas accéder de la même manière dans l'UHSI.

De plus, du fait de son organisation en qui impose un partenariat d'équipes issues de deux administrations différentes, le Directeur d'Hôpital doit appréhender les différences de cultures qui peuvent comporter rapidement le risque de déboucher sur une rupture de dialogue entre ces professionnels. Ainsi, il peut être conseillé au Directeur d'Hôpital d'organiser en amont des réunions de travail tout du moins dans un premier temps entre directions, médecins, cadres hospitaliers et officiers de l'Administration Pénitentiaire ; puis dans un second temps un élargissement en fonction des domaines d'expertises des professionnels, notamment rééducateurs, selon l'état d'avancement du projet médical.

Enfin, l'UHSI n'échappe pas aux règles de la Nouvelle Gouvernance. Par conséquent, le Directeur d'Hôpital doit décider du pôle de rattachement de cette unité. Ce choix sera déterminé par les compétences nécessaires au bon fonctionnement de l'unité, par les formations à proposer aux équipes. L'UHSI pourra être rattachée soit au pôle de médecine en milieu pénitentiaire, si le projet de ce pôle propose une prise en charge plus large que la seule prise en charge en établissement pénitentiaire, soit au pôle de soins de suite et de réadaptation compte tenu de la spécificité de l'activité, soit à un pôle de médecine, puisque l'UHSI du CHSF comprendra aussi des lits de médecine.

3.4.2 La détermination des partenariats nécessaires au bon fonctionnement de l'UHSI

Ensuite, compte tenu des multiples acteurs intervenant dans ou autour de l'UHSI, le Directeur d'Hôpital doit mettre en place les modalités d'organisation des partenariats, qui seront officialisés à travers la signature de conventions, de protocoles et de procédures. En premier lieu, il s'agit d'organiser le partenariat avec l'Administration Pénitentiaire. Le partenariat visé ici est autre que celui imposé pour la définition architecturale de l'UHSI. En l'espèce, ce partenariat doit prévoir la répartition des tâches entre professionnels intervenant dans une même unité, mais issus d'administrations différentes, notamment prévoir les modalités d'organisation, d'échange, d'occupation des locaux. Cela suppose de préparer suffisamment en amont un planning précis de préparation avec l'Administration Pénitentiaire.

Dans ses travaux préparatoires, le Directeur d'Hôpital peut se faire accompagner de professionnels qui connaissent les questions pénitentiaires, soit parce qu'ils ont travaillé en UCSA ou en SMPR, soit parce qu'ils ont déjà travaillé dans une UHSI ou à l'EPSNF. D'autres professionnels peuvent participer à l'élaboration du partenariat du fait de leur expérience en matière de partenariat.

Un autre partenariat doit être pensé en amont : celui à élaborer avec le Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière, qui a une UHSI. Le GHPS a vécu le transfert d'équipes venant de l'EPSNF. De plus, il va certainement se produire un événement non anticipé : celui la concurrence pour des activités similaires. En effet, l'UHSI du GHPS ne prend pas en charge exclusivement les patients détenus hospitalisés qui nécessitent une intervention chirurgicale ; mais prend aussi en charge des patients détenus hospitalisés pour motif médical.

Afin d'éviter toute concurrence inutile et tout risque de non hospitalisation, il peut être suggéré que le CHSF et le GHPS trouve un moyen de se coordonner, notamment pour ce qui relève des activités médicales ou des conditions de la prise en charge en structure d'aval. Ainsi, le Directeur d'Hôpital pourrait s'inspirer de la cellule de régulation qui existe déjà à l'EPSNF. Etant entendu que la structure de coordination ne pourra pas s'appeler cellule de régulation, intitulé réservé aux Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU). Il faudra aussi déterminer sa localisation soit au CHSF, soit au GHPS.

Un troisième partenariat doit être réfléchi : celui organisé entre le CHSF et l'EPSNF. Ce partenariat ne doit pas être négligé, puisqu'il implique un changement pour les équipes. Cette démarche a déjà été entamée du côté des équipes de l'EPSNF. Néanmoins, la réflexion doit s'élargir au niveau du CHSF. Ainsi, comme le CHSF l'a construit pour les équipes des services techniques, il peut être envisagé de développer des outils en matière de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) à destination des équipes ; sous réserve qu'ils soient adaptés. Cette GPMC doit être pensée collectivement entre la Direction, la Direction des Ressources Humaines, la Direction des Soins, et des représentants de l'encadrement de proximité. Ce partenariat symbolise le transfert de l'activité et des équipes. Il implique de profonds changements. Il doit être bien anticipé et bien accepté par l'ensemble de la communauté hospitalière.

Plus largement, il existe un autre partenariat à construire avec les UCSA des établissements pénitentiaires. Etant entendu la vocation nationale de l'UHSI du CHSF pour la médecine physique et de réadaptation, il apparaît judicieux de construire un partenariat dynamique tendant à déterminer la file active des patients qui seront hospitalisés dans l'UHSI du CHSF.

Enfin, le dernier partenariat à construire réside dans les relations déjà existantes entre le CHSF et la tutelle. Le but recherché est d'obtenir les meilleurs financements liés à l'activité de l'UHSI. Ainsi le partenariat doit permettre aux deux parties de s'engager sur les modalités d'élaboration de tableaux de bord dont les indicateurs permettront de mesurer l'activité d'une unité inédite dans un centre hospitalier à orientation générale.

3.4.3 La conduite de projet, une technique indispensable pour une situation inédite

Comme pour toute création d'une nouvelle activité, l'implantation de l'UHSI doit comporter plusieurs phases. Parmi ces phases, la conduite de projet constitue l'élément pivot. De par son expérience, le CHSF possède un savoir faire dans ce domaine.

Afin de bien préparer l'activité qui sera assurée dans l'UHSI et de garantir une prise en charge équivalente des patients détenus, la réflexion conduite par le CHSF doit comporter une démarche de conduite de projet. Le projet se définit comme un ensemble des actions à entreprendre afin de répondre à un besoin défini dans des délais fixés. Ces actions sont temporaires et comprennent un début et une fin qui mobilisent des ressources identifiées et dont leur réalisation suppose un coût qui nécessite une budgétisation des moyens et un bilan spécifique. Le processus du projet est complexe et est notamment lié aux évolutions environnementales, à la réorganisation des structures susceptibles d'être considérées comme obsolètes, à l'anticipation de besoins futurs. Le projet implique un objectif et des actions à entreprendre avec des ressources données.

Le management de projet conduit à la mise en place d'une organisation spécifique, distincte de l'organisation de l'établissement, organisation tournée vers l'objectif à atteindre tout en s'adaptant aux modifications et en proposant des solutions prenant en compte la technique, les délais et les coûts. La conduite de projet doit contenir dix étapes qui s'enchaînent les unes à la suite des autres :

Phases	Intitulé des phases	Application à l'UHSI du CHSF
Phase 1	Définir l' objet du projet	En l'espèce le projet porte sur l'implantation d'une UHSI suite à la fermeture de l'EPSNF et du transfert des activités de cet établissement vers le CHSF.
Phase 2	Exposer les motifs , les arguments convaincants	Suite à une décision de la tutelle et compte tenu du positionnement du CHSF comme établissement hospitalier prenant en charge les détenus écroués à la Maison d'Arrêt de Fleury Mérogis, le CHSF peut répondre aux besoins d'une population spécifique.
Phase 3	Enoncer les objectifs , précis et clairs	L'objectif principal est de réussir cette implantation, après le déménagement dans le Nouvel Hôpital, et de répondre aux décisions de la tutelle tout en proposant une prise en charge adaptée.

Phases	Intitulé des phases	Application à l'UHSI du CHSF
Phase 4	Déterminer les ressources nécessaires : humaines, matérielles et financières	Les ressources supposent qu'il y ait d'abord élaboration du projet médical de l'UHSI, puis constitution d'une équipe projet comprenant un Directeur d'Hôpital, un praticien, un cadre de santé, un cadre administratif, un représentant de l'équipe logistique ou technique, voire un représentant de l'Administration Pénitentiaire.
Phase 5	Fixer un échancier raisonnable, détaillant les étapes successives	A l'aide d'outils de résolution de problèmes, comme le diagramme de GANTT ou de PERT, l'équipe projet, définie lors de la phase 4, proposera un échancier qui devra comprendre notamment comme étapes : la détermination des locaux, l'information des équipes, la préparation en vue de l'entrée dans l'UHSI, les circuits. L'échancier ne doit pas être inférieur à 12 mois et doit tenir compte des retards d'ouverture de toutes les UHSI.
Phase 6	Distribuer les rôles des acteurs	Cette distribution sera établie en fonction des compétences et des appétences des acteurs impliqués dans ce projet et dans celui du Nouvel Hôpital.
Phase 7	Repérer les résistances	Les résistances du CHSF à dépasser sont essentiellement liées à la détermination d'un nouveau programme capacitaire des unités d'hospitalisation. De plus, la contrainte sécuritaire imposée peut déranger des équipes hospitalières peu habituées à ces modalités.
Phase 8	Prévoir les ajustements nécessaires par une souplesse d'adaptation	Ces ajustements sont liés à la participation au financement par les tutelles. Si elle est faible, le projet sera revu à la baisse sur son niveau d'investissement.
Phase 9	Décider de la communication du projet	L'équipe projet doit veiller à informer régulièrement la communauté hospitalière par un point d'information devant les instances, garantissant ainsi une adhésion progressive des équipes à ce projet. En plus de cette communication interne, il faudra veiller à informer les UCSA de la Direction de l'Interrégion de Paris
Phase 10	Elaborer les dispositifs d'évaluation	Avec l'aide de la Cellule Qualité du CHSF, l'équipe projet pourra construire des tableaux de bord comprenant des indicateurs de contrôle et de suivi du projet ; lesquels pourront être en partie pérennisés lors du déploiement de l'activité.

La conduite de projet devra prendre en compte les évolutions réglementaires qui pourront se produire, nouvelles modalités de prise en charge des patients détenus, par exemple. Le savoir faire du CHSF dans la démarche projet en général demeure un atout pour ce projet inédit, qui n'a pas à ce jour de fondement juridique.

Conclusion

Quinze ans après le transfert de la prise en charge sanitaire des détenus de l'administration hospitalière vers les établissements de santé et cinq ans après l'ouverture de l'UHSI, il est nécessaire de réfléchir sur les modalités de la prise en charge pour motif somatique des patients détenus. D'ailleurs les évolutions législatives et réglementaires traduisent cette volonté de réflexion.

Le choix d'implanter une UHSI dans un centre hospitalier général peut laisser penser à une préfiguration d'une nouvelle modalité d'hospitalisation, qui se voudrait plus proche du détenu et permettrait une rationalisation des escortes. Pourtant cette décision doit s'analyser d'une part en fonction des impératifs d'efficience poursuivis par les établissements publics et d'autre part à la lumière de la judiciarisation de la vie sociale. S'il est normal qu'un individu paie pour les infractions commises envers la société, il n'en demeure pas moins indispensable que cette même société réfléchisse aux mesures favorisant l'humanisation des établissements pénitentiaires. Ainsi de plus en plus de détenus âgés restent en détention, du fait du vieillissement de la population pénale, de l'allongement des peines privatives de liberté ; pour autant les conditions de détention s'avèrent n'être que guère compatibles avec l'état de santé de ces individus. C'est pourquoi, il peut être proposé de réfléchir sur la création de structures médico- sociales de type « EHPAD » dans un établissement pénitentiaire qui permettrait de concilier la nécessaire prise en charge adaptée à un public fragilisé avec l'impératif de sécurité, qui viendrait en complément des équipements des cellules adaptées à l'accueil des personnes handicapées des nouveaux établissements pénitentiaires.

S'agissant du CHSF, si le projet est maintenu en l'état, cet établissement devra s'attacher à préparer le projet par des rencontres avec l'EPSNF, par la détermination du budget et par l'anticipation de la crainte des équipes. Ce projet s'inscrit dans la dimension plus importante du Nouvel Hôpital et dans la décision imposée par les tutelles aux communautés hospitalières.

En outre, le barreaudage imposé pour chaque UHSI peut susciter une appréhension de la part des équipes hospitalières. En effet cela peut être perçu comme un retour aux anciens hospices ou établissements pour indigents, contrairement aux établissements de santé actuels. La contrainte d'enfermement peut porter atteinte aux principes d'éthiques de certains professionnels hostiles à toute forme de contention. De même, beaucoup de professionnels ont vécu les évolutions de la prise en charge de la santé mentale, tournée dorénavant sur l'ouverture à la ville.

Néanmoins, dans un souci de protection des usagers des établissements de santé, y compris protection des patients détenus hospitalisés, la sécurisation de l'Unité trouve toute sa justification.

Enfin, à ce jour il est permis de se demander si l'UHSI prévue pour être implantée au sein du futur site unique du CHSF, est maintenue, compte tenu des contraintes liées au contrat de partenariat public privé.

D'une manière générale, étant entendu le taux d'occupation relativement modeste des UHSI et du développement des UHSA, il convient de s'interroger sur la pérennisation des UHSI, qui pourraient être remplacées par des chambres sécurisées au dispositif sécuritaire plus simple, qui respecteraient d'avantage le principe d'égal accès aux soins pour l'ensemble de la population.

Pour finir, la prise en charge somatique des patients détenus hospitalisés amène les acteurs de santé publique à réfléchir sur cette citation de Michel FOUCAULT, extraite de l'ouvrage *Surveiller et punir* : « *Quoi d'étonnant si la prison ressemble aux usines, aux écoles, aux casernes, aux hôpitaux, qui tous ressemblent aux prisons ?* ».

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

Lois et ordonnances :

Loi n°2009- 879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel, n°167 du 22 juillet 2009, 12 184.

Loi n° 2008- 174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour trouble mental. Journal officiel du 26 février 2008, 3 266.

Ordonnance n°2004- 559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat. Journal officiel du 19 juin 2004, 10 994.

Ordonnance n°2003- 850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé. Journal officiel du 6 septembre 2003, 15 391.

Loi n°2002- 1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice. Journal officiel du 10 septembre 2002, 14 934.

Loi n°2002- 303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel du 5 mars 2002, 4118.

Loi n°94- 43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Journal officiel, n°15 du 19 janvier 1994, 960.

Loi n°86- 33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Journal officiel du 11 janvier 1986, 535.

Décrets :

Décret n°2008- 1129 du 4 novembre 2008 relatif à la surveillance de sûreté et à la rétention de sûreté. Journal officiel du 5 novembre 2008, 16 867.

Décret n°2008- 376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. Journal officiel du 20 avril 2008, 6 606.

Décret n°2008- 377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite. Journal officiel du 20 avril 2008, 6 609.

Décret n°95- 236 du 2 mars 1995 relatif à l'établissement public de santé national de FRESNES spécifiquement destiné à l'accueil des détenus. Journal officiel du 4 mars 1995, 3451.

Arrêtés

Arrêté du 6 juillet 2009 fixant le règlement intérieur du centre socio médico judiciaire de sûreté de FRESNES. Journal officiel du 12 août 2009, 13 390.

Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées. Journal officiel du 31 août 2000, 13 471.

Circulaires :

Circulaire n°DHOS/O1/2008/305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets n°2008-376 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation et n°2008-377 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite.

Circulaire JUS/K/O6/40033C du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création des chambres sécurisées. B.O. Ministère de la Justice, n°101.

Circulaire interministérielle DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP/2005/27 n°2005-27 du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, MINISTERE DE LA JUSTICE, septembre 2004, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*.

Ouvrages

Coordination D.BERTRAND et G.NIVEAU, 2006, *Médecine, Santé et Prison*, Préface de R.BADINTER, éditions Médecine et Hygiène, pp. 237-246.

Articles

ESPER-BERGOIGNAN C., *Revue de Droit Sanitaire et Social*, « La santé en prison : quelle législation ? », 2009, P.497.

BOUGEARD N., février 2009, *Lien Social*, « Naître en prison. Reportage à la nursery de Fleury- Mérogis. Dossier », n°915, pp10-16.

CHEVALIER- LINDOULSI C., février 2009, *Gestions hospitalières*, « Durée de séjour en UHSI, les conséquences des contraintes médico- judiciaires », pp101-104.

LANGLOIS G., mai 2006, *L'infirmière Magazine*, « UHSI de Lille- Enquête – Au chevet des patients privés de liberté », n°216, pp32-34.

Mémoires

Module Interprofessionnel de Santé Publique Groupe 15, *Peut on soigner en prison ?* , EHESP 2009.

BESSION Marie, *L'implantation d'un centre pénitentiaire dans le département des Landes : quelle organisation sanitaire pour répondre aux besoins des détenus ?* , EHESP 2009.

JEHANNO Anaïs, *Création et mise en place d'une Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) : vers une nouvelle organisation dans la prise en charge des détenus souffrant de troubles mentaux à travers l'exemple du Centre Hospitalier Guillaume Régnier de RENNES*, EHESP 2008.

MOLLARD Aurélien, *Dynamique d'une intégration*, ENSP 2007.

PATY Artus, *Implantation d'une UHSA, enjeux et perspectives dans le cadre de la politique d'amélioration des soins aux détenus* (Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière), ENSP 2003.

Rapports

Cour des Comptes, 2008, « *Rapport public annuel – L'Etablissement Public de Santé National de FRESNES* » p537-547.

Agence Régionale d'Hospitalisation de l'Île de France, décembre 2008, « *Rapport de la mission d'appui sur la réorganisation de l'Etablissement Public de Santé National de FRESNES* ».

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES / INSPECTION GENERALE DES SERVICES JUDICIAIRES, 2001, « *Rapport d'évaluation. L'organisation des soins aux détenus* », 146p.

Divers

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE, août 2009, *Statistiques mensuelles de la population écrouée et détenue en France au 1^{er} août 2009* [visité le 7 septembre 2009], disponible sur internet : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_inTERnet_aout09.pdf

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE, *Les règles pénitentiaires européennes une charte d'action pour l'AP* [visité le 24 juillet 2009], disponible sur internet : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/BrochureRPE-07.pdf

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS, juin 2008, *Contractualisation sur les Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, Guide méthodologique*.

Sites internet

MINISTERE DE LA JUSTICE. [Visité à plusieurs reprises], disponible sur internet : <http://justice.gouv.fr>.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. [Visité à plusieurs reprises], disponible sur internet : <http://sante-sports.gouv.fr>.

Liste des annexes

Annexe I : Carte des Directions Interrégionales de l'Administration Pénitentiaire

Annexe II : Carte francilienne de la direction interrégionale d'Île de France.

Annexe III : Arrêté du 24 août 2000 portant création des UHSI

Annexe IV : Arrêté du 6 juillet 2000

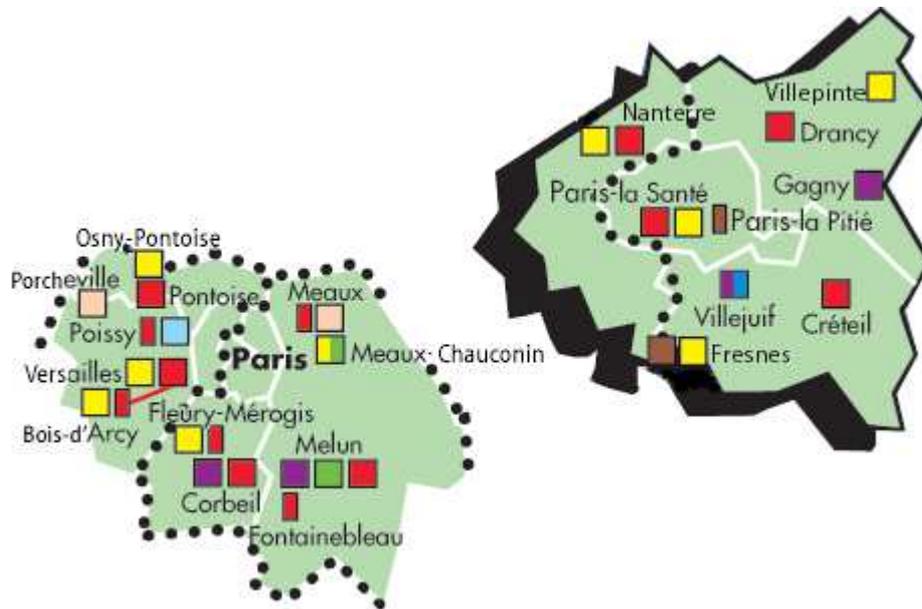
Annexe V : Glossaire

Annexe n°1: Carte des Directions interrégionales des services pénitentiaires



- Direction interrégionale de Paris
- Direction interrégionale de Bordeaux
- Direction interrégionale Dijon-Centre
- Direction interrégionale de Lille
- Direction interrégionale de Lyon
- Direction interrégionale de Marseille
- Direction interrégionale de Rennes
- Direction interrégionale de Strasbourg Grand-Est
- Direction interrégionale de Toulouse
- Mission outre-mer

Annexe n°1 : Carte des établissements et services pénitentiaires de la Direction interrégionale des services pénitentiaires de PARIS



	Limite de direction interrégionale des services pénitentiaires		Limite de ressort de cour d'appel
	Limite départementale administrative		
	Maison d'arrêt (MA)		Centre de détention (CD)
	Centre pénitentiaire (ici un quartier MA et un quartier SL)		
	Maison centrale (MC)		Centre de semi-liberté (CSL)
	Centre pour peines aménagées (CPA)		
	Établissement pénitentiaire pour mineurs (EPM)		
	Siège de service pénitentiaire d'insertion et de probation		
	Antenne de service pénitentiaire d'insertion et de probation		

Annexe n°III : arrêté du 24 août 2000 portant création des UHSI

JORF n°201 du 31 août 2000

ARRETE

Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées

NOR: MESH0022669A

La ministre de l'emploi et de la solidarité, le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de l'intérieur, le ministre de la défense, la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés et la secrétaire d'Etat au budget,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 6112-1 et R. 711-19 ;

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment l'article L. 381-30-6 ;

Vu le code de procédure pénale, et notamment les articles D. 391 à D. 397 et D. 399 ;

Vu le décret no 99-1060 du 16 décembre 1999 relatif aux subventions de l'Etat pour des projets d'investissement,

Arrêtent :

Art. 1er. - La liste des établissements de santé prévue à l'article R. 711-19 (2o, b) du code de la santé publique est établie comme suit :

Centre hospitalier universitaire de Bordeaux pour les détenus des régions Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes ;

Centre hospitalier universitaire de Lille pour les détenus de la région Nord - Pas-de-Calais;

Hospices civils de Lyon pour les détenus des régions Auvergne, Franche-Comté et Rhône-Alpes, et des départements de la Côte-d'Or et de Saône-et-Loire ;

Assistance publique de Marseille pour les détenus des régions Corse et Provence-Alpes-Côte d'Azur ;

Centre hospitalier universitaire de Nancy pour les détenus des régions Alsace et Lorraine et du département de la Haute-Marne ;

Centre hospitalier universitaire de Rennes pour les détenus des régions Bretagne, Basse-Normandie et Pays de la Loire ;

Centre hospitalier universitaire de Toulouse pour les détenus des régions Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées ;

Etablissement public de santé national de Fresnes, en complémentarité avec l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, pour les détenus des régions Centre, Champagne-Ardenne, à l'exception du département de la Haute-Marne, Ile-de-France, Haute-Normandie et Picardie et des départements de la Nièvre et de l'Yonne.

Art. 2. - Dans chacun des établissements de santé mentionnés à l'article 1er ci-dessus, y compris l'AP-HP et à l'exception de l'établissement public de santé national de Fresnes, est créée une unité spécifiquement destinée à l'accueil des personnes incarcérées, dénommée « unité hospitalière sécurisée interrégionale » et placée sous l'autorité d'un praticien hospitalier.

Art. 3. - I. - Les dépenses d'aménagement des locaux spécialement prévus pour l'hospitalisation des détenus dans les établissements de santé mentionnés au 2o de l'article R. 711-19 du code de la santé publique sont prises en charge par l'Etat selon les modalités suivantes :

➤ 1o Travaux de construction ou d'aménagement, équipement médical et mobilier des locaux à usage de soins et connexes (dépenses relevant de l'établissement de santé) :

Ils bénéficient de subventions de l'Etat inscrites au chapitre 66-11 (Subventions d'équipement sanitaire) et versées dans les conditions définies par le décret du 16 décembre 1999 susvisé ;

➤ 2o Travaux et équipements supplémentaires rendus nécessaires du fait de la prise en charge de personnes détenues, y compris les aménagements et les installations spécifiques concernant les accès (dépenses relevant de l'administration pénitentiaire) :

Ils sont financés par une subvention de l'Etat inscrite au chapitre 66-20 (Subventions d'équipement pour établissements post-pénaux et sanitaires). Cette subvention couvre la totalité de la dépense et est accordée dans les conditions définies par le décret du 16 décembre 1999 susvisé.

II. - La maîtrise d'ouvrage est assurée par chacun des établissements de santé mentionnés à l'article 1er ci-dessus. L'avant-projet sommaire (APS) de chaque opération sera soumis à l'approbation conjointe du ministre chargé de la justice et du ministre chargé de la santé. Avant la mise en service, chaque unité d'hospitalisation interrégionale sécurisée fera l'objet, par les services déconcentrés de ces deux ministères et par ceux du ministère de l'intérieur, d'une visite de conformité aux dispositions prévues par le cahier des charges visé à l'article 4 du présent arrêté.

Art. 4. - Les aménagements visés à l'article 3 sont réalisés conformément au cahier des charges, défini conjointement par les ministres de l'emploi et de la solidarité, de la justice, de l'intérieur, de la défense, la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés, et annexé au présent arrêté.

Art. 5. - Pour chaque unité hospitalière sécurisée interrégionale, un protocole détermine les effectifs attribués, d'une part, par l'administration pénitentiaire pour assurer la garde des détenus au sein de ces unités et, d'autre part, par les forces de police ou de gendarmerie, pour assurer la sécurité extérieure de l'unité et le contrôle de l'accès de celle-ci. En ce qui concerne l'escorte aller et retour des détenus de l'établissement pénitentiaire à l'établissement de santé et celle des détenus à l'intérieur de l'établissement de santé lorsqu'ils doivent accéder à un autre service, charge variable selon les jours, le protocole pose le principe d'un effectif de police ou de gendarmerie proportionnel aux besoins du moment. Il fixe également les modalités de gestion de la situation administrative et pénale des détenus pendant la durée de leur hospitalisation.

Ce protocole est établi par référence à un protocole type déterminé conjointement par les ministres de l'emploi et de la solidarité, de la justice, de l'intérieur, de la défense et la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés.

Il est signé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, le préfet de la région et du département et le directeur régional des services pénitentiaires, du lieu d'implantation de l'unité, et le directeur de l'établissement de santé. Il prend effet à la date d'ouverture de chaque unité hospitalière sécurisée interrégionale.

Art. 6. - L'ouverture des unités hospitalières sécurisées interrégionales devra intervenir dans les meilleurs délais et, au plus tard, avant le 31 décembre 2003, sous réserve des arbitrages qui seront faits, chaque année, dans le cadre du budget de l'Etat et de la loi de financement de la sécurité sociale.

Art. 7. - Le directeur des hôpitaux et le directeur de la sécurité sociale au ministère de l'emploi et de la solidarité, le directeur de l'administration pénitentiaire au ministère de la justice, le directeur général de la police nationale au ministère de l'intérieur, le directeur général de la gendarmerie nationale au ministère de la défense et le directeur du budget au ministère de l'économie, des finances et de l'industrie sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

A N N E X E

CAHIER DES CHARGES POUR L'AMENAGEMENT DES UNITES HOSPITALIERES SECURISEES INTERREGIONALES

1. Implantation générale de l'unité

L'implantation des unités destinées à l'hospitalisation des détenus est réalisée au sein des services actifs de l'hôpital et le plus près possible du plateau technique. Toute implantation excentrée, loin des pôles actifs de l'établissement, est exclue.

La situation en étage et en extrémité de bâtiment est à privilégier. Hormis la zone de dépôt des détenus, l'implantation en rez-de-chaussée est, autant que faire se peut, à éviter. Quel que soit l'emplacement choisi, il n'est pas prévu de cour de promenade spécifique pour les besoins de l'unité. Pour des raisons de sécurité, l'emplacement sera choisi en excluant les vis-à-vis proches, faisant face ou surplombant l'unité, qu'ils soient construits (bâtiments, pylônes) ou naturels (butte, colline).

2. Fonctionnalité générale

Le principe de fonctionnement d'une unité est le suivant :

Une unité de soins classique, lieu d'hébergement des détenus et de réalisation des soins, dont toutes les circulations internes sont sous contrôle du personnel pénitentiaire ;

Un accès unique dont le contrôle est assuré par un poste de contrôle central protégé, situé à l'entrée de l'unité, et destiné aux personnels de police ou de gendarmerie;

Un périmètre extérieur dont la sécurité est renforcée afin d'empêcher toute évasion, intrusion ou communication avec l'extérieur.

La notion de sécurité dans et pour les unités se décline en quatre points principaux dont découlent les mesures matérielles à prendre pour assurer cette sécurité :

- prévenir toute tentative d'évasion des détenus hospitalisés ;
- protéger les détenus d'une éventuelle agression extérieure ;
- prévenir toute entrée en force dans l'unité provenant de l'extérieur ;
- surveiller et prévenir toute tentative d'agression d'un détenu à l'encontre du personnel (soignant ou de garde) et toute tentative d'autodestruction.

Ces unités étant des établissements recevant du public, elles devront respecter tous les règlements et normes s'y appliquant, en particulier le règlement de sécurité contre les risques d'incendie. En ce qui concerne la réglementation pénitentiaire, une deuxième issue - dite de secours - sera créée à l'autre extrémité de l'unité. Son ouverture, non automatique, sera effectuée manuellement en cas de sinistre par les personnels pénitentiaires qui, seuls, en détiendront la clef. La serrure de cette porte sera munie d'un seul canon placé côté intérieur. D'autre part, cette issue sera sous surveillance vidéo, intérieure et extérieure, et munie d'une alarme à l'ouverture, reliée au poste de contrôle central.

De même pour l'application des règles d'hygiène et de salubrité publique, le règlement sanitaire départemental type (chapitre IV « Hébergement collectif ») s'applique à ces unités tant que de nouvelles dispositions réglementaires ne sont pas publiées.

3. Spécifications fonctionnelles et architecturales des locaux pour une unité type de 16-21 lits

L'unité est réalisée selon le schéma fonctionnel, tel que décrit à l'annexe 6-1, en distinguant trois secteurs principaux :

- La zone d'entrée et de contrôle ;
- Les locaux de parloir ;
- L'unité de soins proprement dite.

3.1. La zone d'entrée et de contrôle

C'est la zone de contrôle de l'ensemble des accès placée sous l'autorité des personnels de police ou de gendarmerie. Toute personne ou véhicule devant entrer ou

sortir de l'unité doivent passer par cette zone et y être contrôlés. Elle est conçue selon le schéma fonctionnel figurant en annexe 6-2.

3.1. a) Accès des véhicules de transport des détenus

Une zone particulière sera réservée pour le départ et l'arrivée des véhicules de transfert entre les établissements pénitentiaires et l'UHSI. Cette zone sera constituée d'un volume fermé, sécurisé, clos par une porte permettant l'accès des véhicules et placée sous surveillance extérieure vidéo, avec liaison par interphone au poste de contrôle central. La porte d'accès à l'unité, placée intérieurement et extérieurement sous surveillance vidéo, est équipée d'une condamnation télécommandée à partir du poste de contrôle central.

Le dimensionnement de ce sas devra permettre d'effectuer, portes fermées :

Le stationnement d'un véhicule utilitaire sécurisé traditionnel de transport ;

La manutention d'un détenu sur brancard sans manoeuvre spéciale du détenu.

3.1. b) Accès piétons par le sas d'accès unique (10 m2)

Le sas d'accès unique permet au personnel de police ou de gendarmerie d'effectuer le contrôle de toute personne entrant ou sortant de l'UHSI. Ce sas permet l'accès piétons depuis l'extérieur à travers le sas véhicule. Il donne accès à l'unité proprement dite et aux locaux parloirs.

Le sas d'accès à l'unité sera entièrement commandé électriquement depuis le poste de contrôle central (interphonie, avec vidéo-surveillance si nécessaire). Les serrures électriques du sas seront asservies et devront aussi pouvoir fonctionner manuellement en mode dégradé. L'installation d'un détecteur de masse métallique dans le sas sera prévue.

Des casiers « type consigne » seront installés dans ce sas d'accès pour permettre de déposer des objets appartenant aux visiteurs (4 casiers demi-hauteur).

3.1. c) Le poste de contrôle central (15 m2)

Occupé 24 heures sur 24 par le personnel de police ou de gendarmerie, ce poste est situé à l'entrée de l'unité. Il devra avoir une vue directe sur la totalité du sas ainsi que de part et d'autre des portes dudit sas. Il sera équipé d'un hygiaphone et d'un passe documents, donnant sur l'intérieur du sas. Le vitrage de ce poste sera pare-balles.

L'accès à ce poste s'effectuera par une porte située à l'intérieur de l'unité.

L'agent en poste sera chargé :

- du contrôle des entrées et des sorties de l'unité ;
- de la gestion des systèmes de surveillance périmétrique (vidéo, alarmes...).

Des liaisons téléphoniques et radioélectriques relieront ce poste au commissariat central ou à la gendarmerie.

3.1. d) Les bureaux des chefs de poste (administration pénitentiaire et police ou gendarmerie)

Deux bureaux, de 10 m2 chacun, pour les responsables des personnels pénitentiaires et de police ou gendarmerie seront prévus. Ils seront positionnés, pour le premier, à l'intérieur de l'unité d'hospitalisation et, pour le second, à proximité du poste de contrôle central.

3.1. e) Les locaux du personnel de surveillance et de sécurité

Destinés aux personnels de surveillance et de sécurité, des locaux accessibles depuis la circulation intérieure de l'unité seront prévus pour :

Les personnels de police ou de gendarmerie :

- un local de détente (15 à 20 m2) ;
- un vestiaire hommes (effectif 15 hommes) ;
- un vestiaire femmes (effectif 5 femmes).

Les personnels de l'administration pénitentiaire :

- un local de détente et de repos (15 à 20 m2) ;
- un vestiaire hommes (effectif 15 hommes) ;

- un vestiaire femmes (effectif 2 femmes).

L'ensemble de ces personnels :

- des sanitaires (hommes et femmes) avec lavabos et WC.

Les locaux de détente seront équipés d'une kitchenette, avec un groupe filtrant, et d'un plan de travail avec 2 ou 3 prises électriques.

Les vestiaires seront équipés d'armoires individuelles de rangement.

3.1. f) Armurerie (4 m²)

Une salle de rangement et de décharge des armes des personnels de police ou de gendarmerie contenant une armoire spécifique blindée de rangement des armes et un bac de décharge des armes est à prévoir. L'accès à cette salle se fera par le poste de contrôle central.

3.2. Les locaux de parloirs (16 m²)

Aux termes de l'article D. 387 du code de procédure pénale, les règlements pénitentiaires demeurent applicables aux détenus admis à l'hôpital dans toute la mesure du possible. Le détenu pourra notamment recevoir la visite de ses proches. Ces visites seront organisées dans des locaux appropriés : les parloirs. La zone parloir comprendra : Des boxes monofamille, à raison d'un pour 10 lits ; Un local fouille.

3.2. a) Le box monofamille

Son accès s'effectue :

Pour les visiteurs : depuis le sas d'accès par une porte commandée électriquement depuis le poste de contrôle central, après avoir, au préalable, déposé dans les casiers réservés à cet effet dans le sas d'entrée tout objet, sac, etc. ;

Pour les détenus : par le local fouille relié à l'unité par une circulation.

Le box monofamille, de dimensions suffisantes pour recevoir un fauteuil roulant, sera équipé d'une table (0,60 x 0,60 m) et de quatre chaises.

Les deux portes, celle donnant sur le local fouille et celle permettant l'accès au box, seront équipées d'un oculus à vitrage anti-effraction.

Une liaison interphonique sera prévue entre le box et le poste de contrôle central.

La surveillance de ce ou ces boxes sera effectuée par le personnel pénitentiaire.

Par ailleurs, un des boxes sera équipé d'un dispositif de séparation amovible dans le cas où, pour des raisons de sécurité, le détenu ne doit entrer en contact physique avec ses visiteurs.

3.2. b) Le local fouille

Il permet que soient effectuées les fouilles à corps des détenus avant et après les visites. Ces fouilles seront assurées par le personnel pénitentiaire. Son accès s'effectue depuis une circulation allant à l'unité de soins. Il donne directement sur le box monofamille. Les deux portes, commandées manuellement, sont équipées d'un oculus à vitrage anti-effraction. Le local fouille comportera un lavabo.

3.3. L'unité de soins

La partie sanitaire de l'UHSI ne diffère en rien d'une unité d'hospitalisation traditionnelle en terme d'équipement technique et médical. En conséquence, l'ensemble des dispositions légales et réglementaires s'appliquant à la réalisation et à l'exploitation de telles unités s'applique à cette unité. Toutefois, les chambres seront conçues et aménagées de la façon suivante : Toutes les chambres possèdent un bloc sanitaire intégrant un lavabo, une douche et un WC ;

Ce bloc sanitaire est isolé de la chambre par un cloisonnement traditionnel avec une porte pleine non condamnable par l'utilisateur. Il sera situé de façon à ne pas gêner la surveillance visuelle totale de la chambre à partir de l'oculus sécurisé (15 cm x 100 cm minima) installé dans la porte d'accès à la chambre, ou d'une baie vitrée de surveillance située en partie haute (entre 1,30 m et 1,80 m) de la cloison entre la chambre et le couloir de circulation, si la porte ne dispose pas d'éléments de transparence ;

La porte de la chambre offrira une largeur de passage de 1,10 m minimum ;
Un placard (non destructible) sera intégré dans le local, mais positionné de façon à ne pas gêner la surveillance visuelle totale de la chambre à partir de l'oculus sécurisé ;
Un meuble de protection des dispositifs médicaux de surveillance et de perfusion sera prévu.

4. Spécifications techniques particulières des installations

4.1. Sécurité incendie

Pour la sécurité incendie, une sortie unique de dégagement, d'une largeur en unités de passage correspondant à la capacité retenue pour l'unité, sera prévue à l'opposé de l'entrée principale. Cette sortie de secours sera fermée par une porte à serrure de sûreté mécanique avec un seul canon côté intérieur, munie d'une alarme signalant son ouverture au poste de contrôle central, et placée sous surveillance vidéo reliée à ce même poste. La résistance mécanique de cette porte devra être identique à celle de la porte d'accès à l'unité.

4.2. Structure et cloisonnement, faux plafond

A l'intérieur de l'unité, toutes les cloisons devront avoir une résistance mécanique équivalente à un parpaing plein de 10 cm d'épaisseur. Les chambres d'hospitalisation ne devront pas comporter de faux plafond ; en cas d'absolue nécessité, seul un faux plafond fixe et résistant sera admis.

4.3. Portes, fenêtres, volets roulants

4.3. a) Portes intérieures

La structure de l'ensemble (huisserie + ouvrant) pour les chambres et autres locaux sera renforcée : trois paumelles, âme pleine multiplis type porte coupe-feu, serrure de sûreté à un seul cylindre situé à l'extérieur pour les chambres. Toutes les portes des locaux accessibles aux détenus seront à ouverture vers l'extérieur des locaux. Les serrures des portes d'accès à l'unité depuis l'extérieur, y compris celles donnant sur le sas de contrôle, seront à commande électrique (manoeuvrable manuellement en mode dégradé) depuis le poste de contrôle central, avec ferme-porte hydraulique et interphone bidirectionnel.

4.3. b) Fenêtres et menuiseries extérieures

L'ensemble des fenêtres extérieures de l'unité sera traité anti-effraction, que ce soit le châssis (paumelles, fixations...) ou le vitrage. Elles seront impérativement barreaudées avec les caractéristiques suivantes : acier haute résistance de type Z 120 M 12, barreaux en profilé plein de section 2 cm et à espacement de 11 cm maximum. Ceux-ci pourront être remplacés par des claustra bétons. Si les locaux sont équipés d'une ventilation mécanique, les châssis pourront être fixes. Dans ces conditions, une possibilité d'aération naturelle est envisageable en partie supérieure des châssis avec limiteur d'ouverture.

4.3. c) Volets roulants

Toutes les fenêtres extérieures des chambres seront équipées de volets roulants en métal ou PVC.

4.4. Plomberie, chauffage

Les installations de ventilation, climatisation, conditionnement d'air seront conçues de façon à ne pas permettre l'introduction dans l'installation de produits ou gaz nocifs. Cette remarque s'applique de façon identique aux installations de plomberie.

4.5. Remarques générales

Les appareils et équipements techniques et sanitaires, que ce soit dans les chambres ou les locaux de soins, devront être robustes, fixés solidement aux parois et à bords arrondis. Les réseaux de distribution d'eau et d'évacuation devront être le moins apparents possible ; il en est de même pour les réseaux de distribution de chauffage.

4.6. Installations électriques (Courants forts. - Courants faibles Câblage informatique. - Vidéo)

Le tableau général basse tension de l'unité, afin de ne pas être accessible aux détenus, sera placé dans le poste de contrôle central sous armoire fermant à clef. Les tableaux divisionnaires éventuels seront placés soit dans des gaines techniques fermées à clef, soit dans les locaux du personnel soignant. L'éclairage de sécurité prévu au règlement de sécurité incendie sera installé selon les règlements en vigueur, avec batteries, le cas échéant, ou éléments de commande placés dans des locaux inaccessibles aux détenus. L'unité sera équipée d'une alimentation électrique de secours d'une puissance suffisante pour garantir le fonctionnement des appareils médicaux, des équipements de sécurité et de surveillance ainsi que l'éclairage des locaux. Cette alimentation sera assurée par un groupe électrogène placé dans un local sécurisé.

Les chambres d'hospitalisation seront équipées d'une prise TV mais pas de téléphone. Pour le poste de contrôle central et les bureaux des chefs de poste, des prises électriques en nombre suffisant et des dessertes téléphoniques si nécessaire seront installées. Le câblage informatique sera identique à celui du reste de l'hôpital et raccordé de façon active à celui-ci.

L'unité disposera, en dehors des liaisons téléphoniques de sécurité avec l'extérieur de l'établissement, de liaisons téléphoniques internes traditionnelles avec le reste de l'établissement, sans contrôle des conversations par les personnels de surveillance et de garde.

Un appel malade traditionnel avec gestion de la présence infirmière sera installé. Les boîtiers de présence en chambre seront installés à l'extérieur des chambres. Le tableau général avec renvoi de phonie sera installé au poste infirmier et la partie présence seule sera renvoyée en parallèle au bureau du chef de poste pénitentiaire.

4.7. Eléments divers de sécurité

4.7. a) Sécurité périmétrique

Suivant le positionnement géographique de l'unité, un système de détection périmétrique, associé à un équipement vidéo, pourra être installé à l'extérieur du bâtiment, afin d'assurer le contrôle des façades et des accès. Le renvoi s'effectuera au poste de contrôle central.

4.7. b) Sécurité interne

Les portes donnant dans le sas d'accès unique à l'unité seront asservies entre elles afin de ne pas permettre l'ouverture simultanée de deux portes.

Lorsque la vue directe ne sera pas possible, un système vidéo, associé à une interphonie, devra permettre à l'agent du poste de contrôle central d'identifier les personnes avant l'ouverture. Tous ces matériels seront à prévoir selon les directives des directions régionales des services pénitentiaires du ministère de la justice.

5. Spécifications techniques de l'équipement médical et mobilier

L'équipement médical et mobilier sera réalisé dans les mêmes conditions que pour une unité d'hospitalisation traditionnelle.

6. Annexe

6.1. Schéma fonctionnel de l'unité de soins

6.2. Zone d'entrée et de contrôle

6.3. Programme détaillé de la zone d'hospitalisation

=====

Vous pouvez consulter le cliché dans le JO n°201 d u 31/08/20 0 page 13471 à 13478

=====

=====
Vous pouvez consulter le cliché dans le JO n°201 d u 31/08/20 0 page 13471 à 13478

=====
=====
Vous pouvez consulter le cliché dans le JO n°201 d u 31/08/20 0 page 13471 à 13478

=====
Fait à Paris, le 24 août 2000.

La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Martine Aubry

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
Elisabeth Guigou

Le ministre de l'intérieur,
Jean-Pierre Chevènement

Le ministre de la défense,
Alain Richard

La secrétaire d'Etat à la santé
et aux handicapés,
Dominique Gillot

La secrétaire d'Etat au budget,
Florence Parly

Annexe n°IV : arrêté du 6 juillet 2009 fixant le règlement intérieur du centre socio médico judiciaire de sûreté de FRESNES

JORF n°185 du 12 août 2009

Texte n°8

Arrêté du 6 juillet 2009 fixant le règlement intérieur du centre socio-médico-judiciaire de sûreté de Fresnes

NOR: JUSK0900131A

La ministre d'Etat, garde des sceaux, ministre de la justice et des libertés, et la ministre de la santé et des sports,

Vu le code de procédure pénale, notamment ses articles R. 53-8-75 et R. 53-8-78,

Arrêtent :

Article 1

Le règlement intérieur du centre socio-médico-judiciaire de sûreté créé au sein de l'établissement public de santé national de Fresnes est annexé au présent arrêté.

Article 2

Le directeur de l'administration pénitentiaire et la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

A N N E X E

RÈGLEMENT INTÉRIEUR DU CENTRE SOCIO-MÉDICO-JUDICIAIRE DE RÉTENTION DE SÛRETÉ DE FRESNES

Adresse postale : centre socio-médico-judiciaire de sûreté, établissement public de santé national de Fresnes, allée des Thuyas, 94261 Fresnes Cedex.

Structure : centre socio-médico-judiciaire de sûreté.

Ville : Fresnes.

Date : 26 mars 2009.

Préambule

Présentation

Le centre socio-médico-judiciaire de sûreté (ci-après dénommé « centre »), situé dans l'enceinte de l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF), créé en application de la loi du 25 février 2008 et du décret du 4 novembre 2008 pour prévenir la récurrence des crimes les plus graves, a pour mission d'accueillir des personnes faisant l'objet d'un placement en rétention de sûreté décidé par la juridiction régionale de la rétention de sûreté, sur proposition de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté.

Sont affectées au centre les personnes qui présentent toujours, à la fin de leur peine, une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récurrence liée à un trouble grave de la personnalité. Peuvent également y être accueillies les personnes placées sous surveillance de sûreté qui ne respectent pas les obligations qui leur sont imposées.

Le centre a pour missions, conformément aux articles 706-53-13 et R. 53-8-55 du code de procédure pénale :

- de proposer de façon permanente une prise en charge médicale, sociale et psychologique des personnes retenues afin de diminuer leur dangerosité et de permettre la fin de cette mesure ;
- de retenir dans ses locaux les personnes placées en rétention de sûreté.

Le centre est placé sous la double tutelle du ministère chargé de la santé et du ministère de la justice, ses missions étant mises en œuvre sous la responsabilité conjointe du directeur de l'EPSNF et du directeur d'hôpital mis à disposition de l'EPSNF.

Le contrôle, pour chaque personne retenue, des principales modalités de mise en œuvre et du bon déroulement de la mesure relèvent de la compétence d'un des vice-présidents chargés de l'application des peines du tribunal de grande instance, désigné par le premier président de la cour d'appel de Paris en application de l'article R. 53-8-64 du code de procédure pénale.

Contenu du règlement intérieur

Le centre doit être géré dans un cadre éthique soulignant l'obligation de traiter toutes les personnes retenues avec humanité et de respecter la dignité inhérente à tout être humain. Les personnes retenues sont soumises à certaines règles de vie qui intègrent les contraintes inhérentes à la restriction de liberté et à la vie en collectivité.

Ces contraintes qui s'imposent à toute personne retenue comportent notamment les contrôles et l'interdiction de posséder certains objets, pour d'évidentes raisons de

sécurité.

La vie en collectivité implique, pour chacun et dans l'intérêt de tous, l'observation de règles de vie fondées sur le respect d'autrui et sur l'ordre nécessaire au bon fonctionnement du centre.

Le présent règlement constitue ainsi :

- pour la personne retenue, une référence définissant ses droits et obligations ;
- pour les membres du personnel, une base de référence réglementaire permettant de les aider dans leurs tâches ;
- pour toutes les personnes intervenant à l'intérieur du centre, un instrument d'information.

La mise en œuvre du règlement intérieur doit permettre à chacun de bénéficier de conditions de vie, d'hygiène et de propreté décentes et au personnel de veiller au respect des droits dont chaque personne retenue bénéficie.

Le présent règlement intérieur et ses annexes sont remis à toute personne retenue dès son arrivée, à tout agent affecté au centre de sûreté et à toute personne y intervenant.

Table des matières

Préambule

Chapitre 1er. □ L'organisation générale de la structure

Article 1er. □ L'organisation administrative

Article 2. □ Les personnes accueillies

Article 3. □ Le contrôle du centre

Chapitre 2. □ Les conditions de séjour au sein de la structure

Article 4. □ Les droits et obligations des personnes retenues

Article 5. □ Le respect de l'ordre au sein de la structure

Article 6. □ L'organisation quotidienne

Article 7. □ L'usage du tabac et de l'alcool

Article 8. □ Les mouvements au sein de la structure

Article 9. □ Les activités socioculturelles, éducatives, de formation et de travail

Article 10. □ La pratique du culte et l'assistance spirituelle

Article 11. □ Les prestations sociales

Article 12. □ Les relations avec l'extérieur

Article 13. □ Les permissions de sortie

Chapitre 3. □ La gestion des biens des personnes retenues

Article 14. □ Les principes

Article 15. □ Les valeurs pécuniaires
Article 16. □ Les valeurs non pécuniaires
Chapitre 4. □ La prise en charge des personnes retenues
Article 17. □ La prise en charge médico-psychologique
Article 18. □ La prise en charge somatique
Article 19. □ Les hospitalisations
Article 20. □ Les urgences médicales
Article 21. □ La prise en charge sociale et le suivi judiciaire
Article 22. □ La prise en charge éducative
Chapitre 5. □ La suspension et la fin de la mesure
Article 23. □ La suspension de la mesure
Article 24. □ La fin de la mesure
Chapitre 6. □ Les dispositions relatives à la sécurité
Article 25. □ La nature des règles de sécurité
Article 26. □ La sécurité générale
Annexes

Chapitre 1er

L'organisation générale de la structure

Article 1er

L'organisation administrative

Le centre est placé sous la responsabilité conjointe, chacun dans son domaine de compétence, du directeur de l'établissement public de santé national de Fresnes et du directeur d'hôpital mis à disposition de cet établissement par le ministre chargé de la santé.

Les missions de sécurité, de surveillance, de maintien de l'ordre, de greffe, d'hébergement et d'organisation de la vie quotidienne des personnes retenues relèvent de la compétence du directeur de l'établissement public de santé national de Fresnes.

La prise en charge sanitaire et psychologique de ces personnes est organisée par le directeur d'hôpital dans les conditions prévues aux articles 17 et 18 du présent règlement.

L'ensemble des personnels intervenant dans le centre coopère à la prise en charge pluridisciplinaire des personnes retenues destinée à permettre leur sortie du centre.

Les deux directeurs organisent conjointement la prise en charge pluridisciplinaire notamment socio-éducative des personnes retenues.

Des travailleurs sociaux de secteur sont chargés d'aider les personnes retenues, notamment dans l'exercice de leurs droits sociaux, le maintien de leurs liens familiaux et

leurs démarches de réinsertion. Les personnels d'insertion et de probation assurent le suivi des personnes retenues, en lien avec le secteur social, afin de les accompagner dans leur projet de sortie et de réinsertion.

Des éducateurs spécialisés sont chargés de l'accompagnement journalier des personnes retenues et de l'organisation des activités au sein du centre.

Un registre de rétention est tenu par le service administratif du greffe au sein du centre.

Y sont notamment reportés :

- la date d'arrivée dans le centre de la personne retenue ;
- la date prévue pour la fin de la mesure ;
- en cas de sortie provisoire, les motifs ainsi que les dates de sortie et de retour ;
- la date effective de sa sortie du centre.

Article 2

Les personnes accueillies

Ce centre est destiné à recevoir des personnes condamnées à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à quinze ans pour assassinat ou meurtre aggravé, actes de torture ou barbarie aggravés, viol, enlèvement ou séquestration aggravés.

Ces personnes peuvent être placées dans le centre immédiatement à la fin de leur peine ou si elles méconnaissent les obligations auxquelles elles sont soumises dans le cadre d'une surveillance de sûreté.

La rétention de sûreté décidée par une juridiction régionale des mesures de sûreté dure tant que la dangerosité de la personne retenue ne permet d'envisager aucune autre mesure de sûreté à l'extérieur.

Les personnes retenues sont suivies par un vice-président chargé de l'application des peines du tribunal de grande instance désigné par le premier président de la cour d'appel de Paris.

Article 3

Le contrôle du centre

Le centre est placé sous la surveillance du président de la juridiction nationale de la rétention de sûreté, du directeur de l'administration pénitentiaire du ministère de la justice et du directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère chargé de la santé et du président de la juridiction régionale de la rétention de sûreté de Paris.

Le centre peut être visité par le contrôleur général des lieux de privation de liberté.

L'organisation des soins dispensés dans le centre fait l'objet des contrôles prévus par les articles L. 6116-1 et L. 6116-2 du code de la santé publique.

Chapitre 2

Les conditions de séjour au sein de la structure

Article 4

Les droits et obligations des personnes retenues

Les personnes retenues bénéficient de l'ensemble des droits inhérents à la personne humaine. L'exercice des droits reconnus aux personnes retenues ne peut faire l'objet d'autres restrictions que celles strictement nécessaires au maintien de l'ordre et de la sécurité, à la protection d'autrui, à la prévention des infractions et de toute soustraction des personnes retenues à la mesure dont elles font l'objet.

Le présent règlement définit, en conformité avec la réglementation en vigueur, les règles de vie au sein du centre ainsi que les droits et obligations des personnes retenues.

Chaque personne retenue reçoit un exemplaire du présent règlement intérieur et le contresigne lors de son admission.

Les personnes retenues sont tenues de respecter le présent règlement.

Article 5

Le respect de l'ordre au sein de la structure

Si une personne retenue adopte un comportement de nature à mettre en péril le bon ordre du centre, la sûreté des individus, la sécurité des biens ou à causer des désordres persistants, le directeur de l'EPSNF est compétent pour prendre toute mesure appropriée, y compris l'usage de la contrainte, dans le respect des droits énoncés à l'article 4 et des dispositions de l'article R. 53-8-72 du code de procédure pénale.

Si de telles mesures s'avèrent insuffisantes, les comportements les plus graves pourront entraîner, conformément à l'article R. 53-8-73 du code de procédure pénale :

1° La suspension, totale ou partielle, d'activités professionnelles, de formation, culturelles, sportives et de loisirs pour une période maximale de vingt et un jours ;

2° Le confinement en studio individuel pour une durée maximale de vingt et un jours ; cette mesure emporte suspension de toute activité à l'extérieur du studio et de la libre circulation de la personne au sein du centre à l'exception des visites et des activités liées à la prise en charge médicale et psychologique.

La mesure est suspendue si le médecin constate que son exécution est de nature à compromettre l'état de santé de la personne retenue.

Dans le cadre de cette procédure, la personne retenue a la possibilité de présenter ses observations orales ou écrites, y compris par son avocat ou par un mandataire agréé.

Sauf urgence, cette décision est prise après avis du directeur d'hôpital et

communiquée au juge de l'application des peines. Elle est motivée et versée au dossier individuel de la personne.

La mise en œuvre de ces mesures ne fait pas obstacle à l'engagement d'éventuelles poursuites pénales en raison des faits commis.

Article 6

L'organisation quotidienne

Dans la journée, toute personne retenue peut participer aux activités du centre, sauf décision contraire des responsables, sur indication médicale ou pour des raisons de sécurité.

Les repas sont pris dans la salle de restauration aux horaires suivants :

- petit-déjeuner : 7 h 45 ;
- déjeuner : 11 h 45 ;
- dîner : 17 h 45 ou 18 heures.

Dans leur studio, une kitchenette est également à disposition des personnes retenues qui souhaitent préparer un repas ou une collation.

La maintenance des bâtiments, des réseaux techniques et des espaces verts ainsi que la sécurité incendie et technique du centre sont assurées par le service technique de l'EPSNF. Toute personne qui pénètre dans le centre doit se conformer aux règles de sécurité et respecter les indications données par le personnel.

Les personnes retenues bénéficient d'un hébergement individuel dans un studio aménagé, dont elles assurent l'entretien courant. Toute dégradation du mobilier ou des équipements mis à leur disposition leur sera facturée.

La présence d'animaux est strictement interdite.

Article 7

L'usage du tabac et de l'alcool

Conformément à la réglementation en vigueur depuis le 1er février 2007, les personnes retenues ne peuvent fumer à l'intérieur de la structure. L'usage du tabac leur est néanmoins possible dans leur studio et les lieux extérieurs totalement découverts.

La consommation d'alcool est strictement interdite.

Article 8

Les mouvements au sein de la structure

Les personnes retenues se déplacent librement et dans le calme de 7 h 30 à 21 heures au sein du centre. Elles peuvent participer aux activités organisées dans le centre, sous réserve des restrictions énoncées à l'article 5.

Les portes des studios sont équipées de deux serrures, l'une manœuvrable exclusivement de l'extérieur et réservée aux personnels, l'autre permettant la fermeture intérieure et extérieure. Une clef de la deuxième serrure est remise à l'occupant du studio, le personnel disposant d'un double.

Article 9

Les activités socioculturelles, éducatives, de formation et de travail

Activités socioculturelles

Toute personne retenue a la possibilité de bénéficier d'activités culturelles, sportives et de loisirs, dont une partie peut s'effectuer en extérieur, et qui sont organisées par des professionnels habilités.

Des activités de plein air sont proposées, à raison d'au moins une heure par jour, dans les espaces prévus à cet effet.

Travail

Toute personne retenue peut exercer un emploi compatible avec les règles en matière de sécurité au sein du centre, soit pour son propre compte, soit pour le compte d'employeurs extérieurs.

Le droit commun s'applique en matière de travail, sous réserve des contraintes liées à la situation de rétention.

Enseignement et formation professionnelle

Toute personne retenue a le droit de suivre individuellement ou collectivement des actions d'éducation et de formation, au sein du centre ou par correspondance, sous la direction de professionnels habilités.

Télévision

Tout studio bénéficie d'un poste de télévision.

Article 10

La pratique du culte et l'assistance spirituelle

Des représentants des cultes (catholique, protestant, israélite et musulman) interviennent dans le centre et peuvent s'entretenir avec les personnes qui le désirent. La chapelle, salle polyvalente, se transforme en lieu de culte selon un calendrier préétabli.

Article 11

Les prestations sociales

Les personnes retenues relèvent des dispositions de l'article L. 381-31 du code de la sécurité sociale.

Elles relèvent du droit commun en matière d'allocations.

Article 12

Les relations avec l'extérieur

La correspondance

Toute personne retenue peut émettre ou recevoir des correspondances avec les personnes de son choix. Le courrier arrivé est remis à la personne retenue par le personnel après contrôle éventuel. Les correspondances échangées avec un avocat ou les autorités publiques dont la liste est fixée en annexe 1 ne peuvent être ni contrôlées ni retenues.

L'accès à internet est possible, aux frais de la personne retenue, dans le respect des obligations judiciaires et sous contrôle de l'autorité judiciaire.

Le téléphone

Les communications téléphoniques, à l'exception de celles avec un avocat, peuvent être écoutées, enregistrées ou interrompues sur décision du directeur de l'EPSNF, sous le contrôle du vice-président chargé de l'application des peines compétent.

Les communications téléphoniques, dont le coût est supporté par la personne retenue, sont assurées à partir d'une ligne personnelle installée dans le studio.

Les droits civiques

L'exercice des droits civiques ne peut recevoir d'autres restrictions que celles résultant d'une décision judiciaire.

Les visites

La durée et la fréquence des visites sont limitées par les exigences liées à la prise en charge de la personne retenue, à l'organisation et au fonctionnement du centre. Le nombre de personnes autorisées par visite est limité à trois. Ces visites ont lieu dans les locaux aménagés à cet effet.

Le directeur de l'EPSNF délivre une autorisation de visite aux membres de la famille de la personne retenue ou à son tuteur ainsi qu'à toute autre personne s'il apparaît que ces visites contribuent à l'insertion sociale de la personne retenue et sous réserve des motifs liés au maintien de la sécurité et du bon ordre dans le centre.

Les visites se déroulent chaque jour dans une plage horaire fixée de 10 heures à 15 heures.

Sous certaines conditions, des séjours dans l'unité de réception familiale peuvent être mis en œuvre à la demande de la personne retenue, après accord du juge mentionné dans le préambule du présent règlement.

Sur indication médicale, si la personne retenue n'est pas capable de se déplacer, la visite de ses proches peut se dérouler dans le studio.

Article 13

Les permissions de sortie

Les permissions de sortie sont accordées ou refusées par ordonnances motivées du vice-président chargé de l'application des peines compétent, prises après avis du directeur des services pénitentiaires, du directeur d'hôpital, du directeur départemental des services pénitentiaires d'insertion et de probation et du procureur de la République.

Deux types de permissions de sortie sont prévus (art.R. 53-8-69 et suivants du code de procédure pénale) :

- la sortie sous escorte, notamment en cas d'événement familial grave ;
- la sortie sous surveillance électronique, pour le maintien des liens familiaux ou préparer la fin de la mesure de rétention.

Le service pénitentiaire d'insertion et de probation de Créteil procédera aux vérifications et enquêtes utiles à la préparation de la permission de sortie. Il fournira tous les éléments d'information permettant au juge de l'application des peines de prendre une décision adaptée à la situation de la personne.

Chapitre 3

La gestion des biens des personnes retenues

Article 14

Les principes

Dans un souci de limiter les risques nés de la possession d'objets de valeur ou d'argent, il n'est laissé aux personnes retenues ni argent, ni valeurs, ni bijoux autres que leur alliance et leur montre.

La personne retenue dispose librement des rémunérations provenant de son travail comme de l'ensemble de son patrimoine.

Article 15

Les valeurs pécuniaires et non pécuniaires

Valeurs pécuniaires

Le centre tient un compte dédié à cet effet sur lequel sont inscrites les valeurs pécuniaires appartenant à la personne retenue.

Sous réserve que les personnes retenues n'en aient pas demandé l'envoi à un tiers ou la consignation, les sommes dont elles sont porteuses à leur entrée dans le centre sont immédiatement inscrites à leur compte au moment de leur inscription au registre de rétention. L'importance de ces sommes ne saurait en aucun cas justifier le refus de leur conservation par le centre.

Ce compte est par la suite crédité ou débité de toutes les sommes qui sont dues à

la personne retenue, ou dues par elle, au cours de sa rétention, dans les conditions réglementaires.

La personne retenue conserve la gestion de ses biens patrimoniaux extérieurs, dans la limite de sa capacité civile. Le cas échéant, cette gestion peut s'effectuer par l'intermédiaire d'un mandataire extérieur.

Les procurations éventuelles sont soumises au contrôle du vice-président chargé de l'application des peines compétent. L'apposition d'un visa en vue de l'acheminement de ces documents ne saurait faire préjuger de la capacité du signataire.

En toute hypothèse, un acte requérant le ministère d'un notaire peut être dressé dans le centre socio-médico-judiciaire, lorsque cet officier ministériel a obtenu l'autorisation du magistrat visé à l'alinéa précédent.

Les fonds disponibles sur ce compte peuvent être utilisés par la personne retenue, pour effectuer les achats mentionnés à l'article 16 du présent règlement ou sur autorisation du directeur de l'EPSNF pour procéder à des versements au dehors.

Bijoux et objets de valeur

Les bijoux et les objets de valeur sont, après estimation, inventoriés, inscrits au registre précité et déposés au greffe du centre. A la demande de la personne retenue, ils peuvent toutefois être rendus à sa famille. En cas de perte imputable au centre, il est remis à la personne retenue ou à ses ayants droit la valeur d'estimation de l'objet perdu.

Les objets de valeur et les bijoux dont est porteuse la personne retenue à son entrée peuvent donner lieu au refus de leur prise en charge en raison de leur prix, de leur importance ou de leur volume. Dans ce cas, ils sont inscrits provisoirement sur un registre ouvert à cet usage et la personne retenue est invitée à s'en défaire, soit en les renvoyant à sa famille ou à tout autre bénéficiaire précisément identifié, soit en les faisant déposer entre les mains d'un notaire ou autre dépositaire désigné par le directeur de l'EPSNF, soit en les vendant. Les frais d'expédition, de garde ou de vente sont à la charge de la personne retenue.

Le directeur de l'EPSNF donne connaissance au vice-président chargé de l'application des peines compétent des sommes d'argent ou objets de valeur en possession d'une personne retenue, lorsque ces sommes ou objets de valeur paraissent susceptibles d'être retenus ou saisis, en raison de leur nature, de leur importance ou de leur origine.

Fin de mesure et décès

Au moment de la sortie de la personne retenue, les bijoux et objets de valeur lui sont remis contre décharge. Si l'intéressé refuse de les recevoir, ils sont remis à

l'administration des domaines.

Au terme d'un délai de cinq ans à compter du décès de la personne retenue, si les bijoux et objets de valeur n'ont pas été réclamés par ses ayants droit, ils sont remis à l'administration des domaines, cette remise vaut décharge pour le centre et l'argent est versé au Trésor.

Article 16

Les objets personnels

A l'exception de ceux qui peuvent être laissés en leur possession, les objets dont la personne retenue est porteuse à son entrée dans le centre sont pris en charge par le directeur de l'EPSNF ou son représentant.

Ces objets, après inventaire, sont inscrits sur un registre spécial, au compte de l'intéressé, pour lui être restitués à sa sortie.

Médicaments

Si la personne retenue se trouve en possession de médicaments à son arrivée dans le centre, le médecin doit en être immédiatement avisé afin de décider de l'usage qui doit en être fait.

Objets de la vie courante et achats extérieurs

Afin de ne pas encombrer les studios et d'éviter la possession par la personne retenue d'objets pouvant être dangereux pour la sécurité des personnes et des biens, une liste inscrite à l'annexe 2 du présent règlement définit les objets interdits dans le centre.

Les effets personnels retirés à la personne retenue qui a manifesté le désir de porter les vêtements fournis par l'administration sont inventoriés, nettoyés et désinfectés.

Ils sont ensuite mis au magasin du centre, en vue d'être restitués à leur propriétaire à sa sortie.

Toute personne retenue peut acquérir différents produits choisis sur une liste établie par le centre. Toutefois, si la personne retenue souhaite acheter ou faire entrer un produit qui n'est pas proposé dans cette liste, elle peut en faire la demande auprès du directeur de l'EPSNF sous réserve que les produits commandés soient conformes aux dispositions du présent règlement intérieur et ne portent pas atteinte à la sécurité des biens et des personnes.

Le directeur de l'EPSNF donne connaissance au vice-président chargé de l'application des peines compétent des objets en possession d'une personne retenue, lorsque ces objets paraissent susceptibles d'être retenus ou saisis, en raison de leur nature, de leur importance ou de leur origine.

Le directeur de l'EPSNF informe le directeur de l'hôpital de tout objet ainsi retiré à

la personne retenue.

Fin de mesure et décès

Au moment de la sortie de la personne retenue, les vêtements et effets personnels lui sont remis contre décharge. Si l'intéressé refuse de les recevoir, ils sont remis à l'administration des domaines.

Au terme d'un délai de cinq ans à compter du décès de la personne retenue, si les vêtements et effets personnels n'ont pas été réclamés par ses ayants droit, ils sont remis à l'administration des domaines, cette remise vaut décharge pour le centre.

Chapitre 4

La prise en charge des personnes retenues

Article 17

La prise en charge médico-psychologique

L'offre de soins médico-psychologiques comprend l'ensemble des outils thérapeutiques disponibles conformes à l'état de la science. Cette prise en charge est proposée de façon permanente par l'équipe de l'établissement public de santé Paul Guiraud de Villejuif qui intervient dans le centre. Les activités thérapeutiques liées à cette prise en charge peuvent être effectuées, selon les besoins des personnes retenues, sur un mode individuel ou en groupe. Elles donnent lieu à la tenue d'un dossier médical qui est conservé dans le respect des principes posés par le code de la santé publique. Ce dossier est accessible aux patients dans les conditions prévues par le même code.

Ces activités se déroulent dans la journée, du lundi au vendredi, entre 9 heures et 17 heures, selon un planning et des horaires décidés par le directeur d'hôpital sur proposition de l'équipe de l'établissement public de santé Paul Guiraud.

Ces modalités sont portées à la connaissance des personnes retenues. Chaque personne retenue fait l'objet, sous réserve de son consentement, d'un projet de soins individualisé.

Article 18

La prise en charge somatique

La prise en charge somatique est organisée par le directeur d'hôpital. Il prévoit les modalités d'intervention en direction des personnes retenues des professionnels de l'EPSNF, en première intention, et des spécialistes nécessaires, le cas échéant.

Article 19

Les hospitalisations

Les hospitalisations des personnes retenues sont décidées sur avis médical. Sauf

en cas d'urgence, le vice-président chargé de l'application des peines et le préfet du Val-de-Marne en sont préalablement informés. Le préfet prescrit un dispositif de garde et d'escorte adapté.

Les dispositifs sécurisés existants au sein des établissements de santé doivent être privilégiés (chambres sécurisées, unités hospitalières spécialisées interrégionales, unités hospitalières spécialement aménagées).

Article 20

Les urgences médicales

En cas d'urgence, il est fait appel au médecin de garde de l'EPSNF qui décide de la conduite à tenir.

Article 21

La prise en charge sociale et le suivi judiciaire

Service social

Des travailleurs sociaux de secteur sont chargés d'aider les personnes retenues, dans l'exercice de leurs droits sociaux, le maintien de leurs liens familiaux et leurs démarches de réinsertion. En lien avec eux, les personnels d'insertion et de probation assurent le suivi des mesures judiciaires des personnes retenues.

Intervenants extérieurs

Des intervenants extérieurs spécialisés peuvent être autorisés à prendre part aux activités proposées ou à assister les personnes retenues dont la situation personnelle justifie une prise en charge spécifique, en particulier dans le domaine médico-social.

Suivi judiciaire

Les liens avec l'autorité judiciaire compétente sont assurés par le service pénitentiaire d'insertion et de probation de Créteil, en particulier pour la préparation des demandes de permissions de sortie et de sortie définitive.

Article 22

La prise en charge éducative

Elle est organisée conjointement par le directeur de l'EPSNF et le directeur d'hôpital.

Des éducateurs participent à l'organisation de la vie quotidienne des personnes retenues et élaborent un projet éducatif en collaboration avec l'équipe soignante intervenant dans le centre.

Un responsable de l'équipe d'éducateurs est désigné par les directeurs. Il est

l'interlocuteur privilégié du médecin responsable de la prise en charge médico-psychologique.

Chapitre 5

La suspension et la fin de mesure

Article 23

La suspension de la mesure de rétention

La rétention de sûreté est suspendue par toute détention survenue au cours de son exécution.

Article 24

La fin de la mesure de rétention

La décision de rétention de sûreté est valable pour une durée d'un an renouvelable.

Toute la prise en charge dans le centre concourt à réduire le risque de récidive criminelle des personnes retenues et à permettre ainsi leur sortie.

Pour permettre l'évaluation des personnes retenues et suivre leur évolution, les personnes qui participent à la prise en charge pluridisciplinaire au sein du centre contribuent, dans le respect du secret médical, à alimenter le dossier individuel de chaque personne retenue suivie en application de l'article R. 53-8-59.

Chapitre 6

Les dispositions relatives à la sécurité

Article 25

La nature des règles de sécurité

Les règles de sécurité générale qui visent à assurer le calme et la tranquillité des personnes retenues ainsi que la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnelle doivent être en permanence proportionnées aux besoins du centre, en fonction des circonstances locales.

Le directeur de l'EPSNF les édicte par voie de recommandations générales ou de consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des règlements et des principes généraux du droit.

Le directeur de l'EPSNF veille, en tant que responsable du bon fonctionnement du centre, au respect des règles de sécurité et coordonne leur mise en œuvre. Ces règles visent à éviter et à pallier les conséquences des accidents dus à des défaillances techniques et humaines ou à des facteurs naturels. Ces règles prennent en compte la spécificité de la structure.

Article 26

La sécurité générale

La sécurité périmétrique du centre est assurée par des surveillants pénitentiaires qui exercent également une fonction d'ilotage dans le centre.

Accès au centre

Tous les accès au centre sont contrôlés et sont limités aux personnes habilitées ou préalablement autorisées par le directeur de l'EPSNF. Le contrôle des personnes et des bagages et / ou objets est effectué en utilisant les dispositifs de sécurité de l'EPSNF. Toute personne qui pénètre dans le centre doit se conformer aux règles de sécurité.

Contrôles

Les contrôles ont pour vocation d'assurer la sécurité des personnes et des biens.

Des contrôles réguliers des studios et des locaux communs sont effectués. Des palpations de sécurité des personnes retenues sont possibles au moment notamment de l'accès à la structure, après les visites et rencontres avec des personnes extérieures au service ou de manière inopinée.

Le contrôle des locaux médicaux ou des lieux où le secret médical peut être mis en jeu sont réalisés après accord du directeur d'hôpital et en présence de celui-ci ou d'un représentant qu'il désigne à cet effet.

La personne retenue, Le directeur de l'EPSNF, Le directeur d'hôpital,

A N N E X E 1

LISTE DES AUTORITÉS ADMINISTRATIVES ET JUDICIAIRES AVEC LESQUELLES LES PERSONNES RETENUES PEUVENT CORRESPONDRE SOUS PLI FERMÉ

Le Président de la République.

Les membres du Gouvernement, en particulier le garde des sceaux, ministre de la justice.

Le Médiateur de la République et ses délégués.

Le directeur du cabinet du ministre de la justice, l'inspecteur général des services judiciaires, le chef de l'inspection des services pénitentiaires, les directeurs du ministère de la justice, les magistrats et fonctionnaires de ces directions.

Les préfets et sous-préfets.

Les maires du domicile du détenu ou du lieu de rétention.

Les présidents des assemblées parlementaires (Sénat, Assemblée nationale).

Les députés et sénateurs.

Les députés français au Parlement européen.

Le vice-président du Conseil d'Etat.

Le premier président et le procureur général de la Cour de cassation.

Le président de la Cour de justice de la République.

Les premiers présidents des cours d'appel et les procureurs généraux près les cours d'appel.

Les présidents des tribunaux de grande instance et les procureurs de la République près les tribunaux de grande instance.

Les présidents des tribunaux d'instance.

Le président de la chambre de l'instruction.

Les juges d'instruction.

Les juges des tutelles.

Les juges des enfants.

Les juges de l'application des peines.

Le juge aux affaires familiales.

Les présidents des tribunaux administratifs.

Le président de la Commission d'accès aux documents administratifs.

Les présidents des cours administratives d'appel.

Les directeurs interrégionaux des services pénitentiaires.

Le chef de l'inspection générale des affaires sociales.

Les médecins inspecteurs des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS).

Les médecins inspecteurs des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS).

Les directeurs d'établissement de santé.

Le président de la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité.

Le défenseur des enfants.

Le président de la Commission nationale de déontologie de la sécurité.

Le contrôleur général des lieux de privation de liberté.

En ce qui concerne les personnes retenues militaires ou relevant d'autorité militaire :

Le directeur général de la gendarmerie nationale.

Les généraux commandant les régions militaires.

Les commandants dont relève la personne retenue.

Doit être assimilée à ces autorités :

L'épouse du Président de la République.

Doivent être assimilés aux autorités françaises :

Les députés au Parlement européen.

Le président de la Cour européenne des droits de l'homme.

Le greffe de la Cour européenne des droits de l'homme.

Tous membres de la Cour européenne des droits de l'homme.

Le président du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants au Conseil de l'Europe à Strasbourg.

Tous membres du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants au Conseil de l'Europe à Strasbourg.

Le président du tribunal communautaire de première instance du Luxembourg.

Le président de la Cour de justice des Communautés européennes du Luxembourg.

Le président du Comité des Nations unies contre la torture à Genève.

Tous membres du Comité des Nations unies contre la torture à Genève.

Le président du Comité des droits de l'homme à Genève.

Tous membres du Comité des droits de l'homme à Genève.

A N N E X E 2

LISTE DES OBJETS INTERDITS

Les objets suivants sont interdits au sein du centre socio-médico-judiciaire de sûreté de Fresnes :

- vêtements pouvant se confondre avec des effets d'uniforme ;
- gants en cuir ;
- outillage ;
- certains appareils électriques : à déterminer en fonction de la capacité électrique du centre ;
- parfum alcoolisé.

Fait à Paris, le 6 juillet 2009.

La ministre d'Etat, garde des sceaux,
ministre de la justice et des libertés,
Pour la ministre et par délégation :
Le directeur de l'administration pénitentiaire,
C. d'Harcourt

La ministre de la santé et des sports,
Pour la ministre et par délégation :
La directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,
A. Podeur

Annexe n° Glossaire

Condamné : Personne ayant fait l'objet d'une décision judiciaire définitive lui infligeant une peine.

Escorte : Personnel pénitentiaire accompagnant un détenu pour le protéger ou le surveiller pendant l'extraction.

Etablissement pénitentiaire : Prison.

Extraction : Mouvement d'une personne détenue qui est extraite de l'établissement pénitentiaire où elle se trouve, soit pour une raison médicale comme une hospitalisation ou une consultation spécialisée, soit pour une raison judiciaire, comme une comparution devant le juge.

Prévenu : Personne détenue faisant l'objet de poursuites pénales et qui n'a pas encore été jugée ou dont la condamnation n'est pas définitive en raison des voies de recours.

Transfèrement : Translation d'une personne détenue d'un établissement pénitentiaire à un autre.

Unité de Consultation de Soins Ambulatoires (UCSA) : Unité hospitalière située dans un établissement pénitentiaire, assurant l'ensemble des prestations relevant de la médecine générale, des soins dentaires et des consultations spécialisées.

Unité d'Hospitalisation Sécurisée Interrégionale (UHSI) : Unité située dans un centre hospitalier et destinée aux hospitalisations d'ordre somatique de plus de 48 heures des patients détenus.