



EHESP

Directeur d'Hôpital

Promotion : **2008-2010**

Date du Jury : ***Décembre 2009***

**PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DES
DETENUS EN UNITE HOSPITALIERE
SPECIALEMENT AMENAGEE (UHSA):
PRISON MEDICALISEE OU HOPITAL
SECURISE ?**

Le projet mené au CHD G DAUMEZON
à Fleury les Aubrais (45)

<Isabelle BRIVET>

Remerciements

A Carole qui aura six mois le jour où je soutiendrai ce mémoire

Je souhaiterais ici remercier sincèrement Louis JOANNIDES, directeur des finances du CHR d'Orléans et encadrant pour ce mémoire, pour le soutien qu'il m'a apporté lors de la « gestation » de ce travail, m'aidant à structurer ma pensée et mon raisonnement.

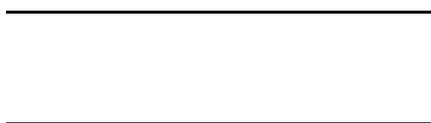
Je souhaiterais aussi remercier tout particulièrement Monsieur PAILLET, Directeur du CHD G DAUMEZON pour la qualité et la chaleur de l'accueil qu'il m'a réservé pendant mes deux stages au sein de son établissement, me témoignant d'une grande confiance qui m'honore. Sans cela je n'aurais pu être aussi étroitement associée à un projet véritablement stratégique pour l'établissement.

Enfin, je salue l'ensemble des collègues de l'équipe de direction du CHD G DAUMEZON et tout spécialement Mme Christèle BIENVENU, directrice du personnel et du projet social mon maître de stage, qui m'a intégrée très rapidement et m'a permise de travailler dans une ambiance plaisante et enrichissante.

Sommaire

Introduction	1
1 LE DETENU, UN MALADE A PART ENTIERE ET ENTIEREMENT A PART	6
1.1 Les besoins psychiatriques en prison : un enjeu de santé publique	6
1.1.1 Une responsabilité pénale, malgré un discernement altéré.....	6
1.1.2 En conséquence, une forte prévalence des troubles psychiatriques :.....	8
1.2 La filière de prise en charge avant 2002 : complexité et échec partiel	10
1.2.1 UCSA et SMPR : l'hôpital au sein de la prison	11
1.2.2 L'hospitalisation d'office, seul retour possible au sein de l'EPSM.....	13
1.2.3 L'adaptation des services sanitaires et pénitentiaires : des structures spécifiques.....	15
1.3 Une nouvelle tentative : sortir la prison de ses murs et lui faire intégrer l'hôpital. Vers une meilleure qualité des soins.	17
1.3.1 Les avantages certains a priori des UHSA :	17
1.3.2 D'autres modalités envisagées à l'étranger :	21
2 LES UHSA, UNE NOUVELLE MODALITE D'EXECUTION DES PEINES, AU SEIN D'UN ETABLISSEMENT DE SANTE MENTALE	23
2.1 Le détenu hospitalisé purge sa peine....	23
2.1.1 Le statut de détenu et la compétence de la direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP).	23
2.1.2 L'application des règles pénitentiaires à des locaux sécurisés.....	25
2.2 ... Au sein d'un établissement sanitaire : un nouveau service hospitalier à intégrer.....	27
2.2.1 Une réflexion pluridisciplinaire pour faciliter l'intégration du projet au sein de l'établissement d'accueil.....	27
2.2.2 Un projet médical et soignant traditionnel.....	30
2.2.3 Un projet logistique et un programme architectural	34
3 LE ROLE DU DIRECTEUR D'HOPITAL : L'INTEGRATION DU PROJET AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE.....	38
3.1 La nécessité d'une réflexion large sur la réorganisation interne du CHD, consécutive à ce projet :	38
3.1.1 Une gestion dynamique des ressources humaines, dans la perspective de l'ouverture de l'UHSA:.....	38

3.1.2	Une équipe de transport sanitaire interne ?.....	41
3.1.3	L'organisation de l'accès des détenus aux soins somatiques.....	44
3.2	Un fonctionnement en partenariat à impulser.....	47
3.2.1	L'articulation avec l'administration pénitentiaire et la justice :	47
3.2.2	Le fonctionnement médical en filière :	49
3.2.3	Une ambition contenue par les contingences financières :.....	52
	Conclusion.....	57
	Bibliographie	59
	Liste des annexes	I
	L'organisation de la journée :	11
4	Tableau détaillé des surfaces.....	19



Liste des sigles utilisés

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CPP : Code de Procédure Pénale

CSP : Code de la Santé Publique

DAP : Direction de l'Administration Pénitentiaire

DISP : Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

EPSM : Établissement Public de Santé Mentale

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

HL : Hospitalisation Libre

HO : Hospitalisation d'Office

PPSMJ : Personne Placée sous Main de Justice

PTI : Protection du Travailleur Isolé

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

Introduction

« Quoi d'étonnant si la prison ressemble aux usines, aux écoles, aux casernes, aux hôpitaux, qui tous ressemblent aux prisons ». Michel FOUCAULT extrait de Surveiller et Punir..

Dans le Rapport de la commission Larcher « sur les missions de l'hôpital »¹, prémices de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires², la psychiatrie est exclue d'emblée et renvoyée à une réflexion ultérieure. En 2009, les soins psychiatriques font donc encore l'objet d'un traitement distinct de la part du législateur, alors même qu'est affirmée la volonté de « destigmatiser » cet exercice médical, à travers le concept de santé mentale. Ce dernier signifie que la maladie mentale ne doit plus être considérée comme honteuse ; c'est une maladie au même titre que celles d'ordre somatique. Pour autant, au-delà de cet affichage, la différenciation entre ces deux activités de court séjour sanitaire reste prégnante.

De leur côté, les prisons françaises, dont les conditions de détention, notamment dans les maisons d'arrêt, ont été pointées du doigt par un rapport sénatorial de 1999 comme « le plus souvent indignes de la patrie des droits de l'homme »³, tendent progressivement à sortir de la zone de relatif « non-droit »⁴ dans laquelle elles étaient. Ce mouvement se produit notamment sous le regard exigeant des instances françaises et européennes de protection des droits de l'homme. En effet, la prison doit être un lieu régi par le droit commun, dans lequel le détenu bénéficie d'un statut de citoyen, seulement privé de sa liberté de mouvement. Il doit avoir accès aux droits fondamentaux, parmi lesquels l'accès aux soins de santé.

Si ce principe est difficile à mettre en œuvre en pratique, malgré une nette amélioration constatée depuis 1994, il l'est a fortiori pour les soins d'ordre psychiatrique. En effet, aux

¹ « Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M G LARCHER », avril 2008.

² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires publiée au journal officiel du 22 juillet 2009.

³ « Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France » Rapport de commission d'enquête du Sénat n° 449 (1999-2000) de MM. Jean-Jacques HYEST et Guy-Pierre CABANEL, fait au nom de la commission d'enquête, déposé le 29 juin 2000

⁴ Selon le rapport précédemment évoqué : absence d'exercice du droit de vote, du secret de la correspondance, pour des raisons de sécurité,.. ;

yeux de la société, les détenus possèdent alors un double handicap : « fous » ET « criminels » ! Les textes qui organisent leur prise en charge sont avant tout axés sur la dimension sécuritaire et carcérale. L'organisation sanitaire mise en place à leur profit figure dans des textes relatifs à la « réforme de la justice » et portant « loi pénitentiaire ».

Cependant, sur un strict plan juridique, le principe fondamental applicable aux détenus est celui de l'équivalence des soins par rapport à la population générale. Cette règle est déclinée à différents niveaux de la hiérarchie des normes, tant en interne qu'au niveau européen. Ainsi, elle figure dans la Recommandation R 98-7 concernant les « aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire » élaborée par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe⁵. Elle signifie que les services de santé des établissements pénitentiaires doivent être équivalents à ceux dont bénéficie la population civile à l'extérieur : la politique de santé en milieu carcéral doit, à ce titre, être intégrée dans la politique nationale de santé, de l'Etat. En France, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) « est chargée de l'organisation de l'offre de soins, y compris les soins destinés aux détenus », au titre de l'article R1421-2 du Code de la Santé Publique (CSP). Sur cette base a été élaboré l'arrêté du 24 août 2000⁶, socle du futur Schéma National d'Organisation des Soins aux détenus. Cependant, ce dernier exclut, à ce jour, la prise en charge psychiatrique.

Ce principe d'équivalence des soins est aussi posé par le Comité Européen de Prévention de la Torture, qui visite les établissements à son aune, pour vérifier qu'ils se conforment à la Convention Européenne de Prévention de la Torture, en vigueur depuis 1989⁷.

En droit interne, il se retrouve dans le Code de la Santé Publique. En effet, au titre de l'article L6112-1, le service public hospitalier a dans ses missions, les soins aux détenus en milieu pénitentiaire et si nécessaire, en milieu hospitalier, et ce, depuis 1994. Pour ce qui concerne les troubles mentaux, le même code comporte un chapitre spécifique à l'hospitalisation des personnes détenues, grâce, notamment, au service médico-psychologique régional (SMPR).

⁵ Recommandation n° R (98) 7 du Comité des Ministres aux Etats Membres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire (adoptée par le Comité des Ministres le 8 avril 1998, lors de la 627e réunion des Délégués des Ministres)

⁶ Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées. JORF n°201 du 31 août 2000 page 13471

⁷ Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants du 26/11/1987 ; entrée en vigueur le 1/2/1989

Enfin, il fait partie des éléments déontologiques des professionnels de santé, puisque le Conseil de l'Ordre des médecins, dans un avis de 1996⁸, qui faisait suite au rattachement de la prise en charge sanitaire des détenus aux missions du service public hospitalier par la loi de 1994, a écrit : « les détenus sont des personnes comme les autres. Ils ne doivent faire l'objet d'aucune discrimination en raison de leur détention ou de ses causes. Au contraire, en tant que personnes privées de liberté, ils doivent faire l'objet d'une attention particulière ». A ce titre, les médecins n'ont d'ailleurs pas à connaître des antécédents ou du dossier pénal des patients dont ils ont la charge. Sur ce point, on notera que la médecine pénitentiaire n'est pas, en France, aujourd'hui reconnue comme une spécialité en tant que telle par le Conseil de l'Ordre des médecins. Il s'agit de la médecine (générale), exercée en milieu pénitentiaire.

Si le socle doit être celui de l'équivalence des soins, la prise en charge psychiatrique peut avoir lieu au sein d'une filière distincte. Et l'on constate, de fait, l'existence d'une filière dédiée. Pour autant, avant la loi de 2002 portant création des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), seules l'hospitalisation libre (HL) et d'office (HO) étaient possibles pour des détenus atteints de troubles psychiatriques. Dans les faits, seule la procédure d'HO était pratiquée dans les établissements de santé mentale, hors SMPR. Désormais, l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) sera également envisageable, comme pour la population générale. Cela peut se justifier, par exemple, en vue de prévenir un suicide chez un détenu apathique (donc ne troublant pas l'ordre public), mais ne demandant pas non plus à être hospitalisé. Le principe d'équivalence des soins aux détenus présentant des troubles psychiatriques semble donc respecté, dans les textes. Qu'en est-il sur un plan opérationnel ?

La création de ces Unités Hospitalières Spécialement Aménagées par la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002⁹ portant réforme de la Justice, constitue-t-elle la réponse adéquate ? Services hospitaliers psychiatriques, implantés au sein des établissements de santé et sécurisés par l'administration pénitentiaire, elles ont été créées avec l'objectif d'assurer aux détenus des soins de qualité équivalente à ceux que reçoit la population générale, en assurant une sécurité tant pénitentiaire que criminologique. La sécurisation vise à limiter les risques d'évasion et à fournir aux personnels, des conditions de travail apaisées.

⁸ Conseil National de l'Ordre des médecins : « Aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire », Professeur HOERNI, 16 avril 1996

⁹ Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, JORF du 10 septembre 2002 page 14934

Pour autant, il faut préciser que la création de ces nouveaux services hospitaliers est décrite au sein d'une loi sur la Justice et, plus particulièrement, dans un chapitre lui-même intitulé « amélioration du fonctionnement des établissements pénitentiaires ». Dès lors, quel est le statut juridique des détenus atteints de troubles psychiatriques ? Sont-ils, avant tout, des malades ou des détenus ? La réponse à cette question n'est pas a priori évidente et un groupe de travail interministériel réunissant la DHOS et la Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP) travaille à l'élaboration d'un texte pour y répondre. En analysant la pratique, des éléments de réponse peuvent néanmoins être dégagés. On se demandera donc quelle est la composante qui l'emporte et quelles sont les conséquences en terme de prise en charge.

La prise en charge sanitaire figure au titre des missions du service public hospitalier, mais doit intégrer le statut de détenu. Plusieurs impératifs doivent dès lors être conciliés. Un équilibre doit être trouvé entre les droits fondamentaux de la personne, parmi lesquels l'accès aux soins et les impératifs de sécurité de la société dans son ensemble. Il faut également articuler les libertés individuelles comme celle du refus de soin, avec la particularité de la prise en charge psychiatrique, dont les soins sont parfois délivrés sous contrainte. Enfin, la prise en charge sanitaire des détenus ayant des troubles psychiatriques doit également préserver la sécurité des autres patients, des autres détenus et des personnels soignants et pénitentiaires. Le dispositif de soins psychiatriques en milieu carcéral doit donc s'articuler entre enjeux de santé publique et enjeux de sécurité publique.

Le Centre Hospitalier Départemental (CHD) Georges DAUMEZON, Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) du Loiret de 521 lits et places s'est porté volontaire pour accueillir l'une des neuf UHSA de la première tranche du programme national. Ayant effectué mon stage au sein de cet établissement, l'opportunité m'a été offerte de suivre l'élaboration d'un tel projet, de la rédaction du projet médical, au lancement du concours pour la procédure de conception-réalisation. J'ai également eu l'occasion de participer aux échanges fructueux mais complexes menés avec l'administration pénitentiaire.

De ce dossier, je ressors avec le sentiment que, à la seule lecture des textes, les personnes placées sous main de justice (PPSMJ) et atteintes de troubles psychiatriques sont des détenus, avant d'être des malades et ce, malgré la loi de 2002. Pour autant, du point de vue des soignants, ils doivent d'abord être considérés comme des malades. Que faut-il en conclure ?

Le mouvement constaté depuis 20 ans tend à sortir progressivement la prison de ses murs, pour lui faire aujourd'hui intégrer l'hôpital. En ce sens, le détenu atteint de troubles psychiatriques est, selon la législation, un malade à part entière mais également entièrement à part (I). En réalité, les UHSA peuvent s'analyser comme une nouvelle modalité d'exécution des peines de prison, au sein d'un établissement de santé mentale (II). Cette modalité impacte directement le fonctionnement de l'EPSM et l'équipe managériale doit trouver des solutions aux multiples problèmes qui se poseront lors de l'intégration de ce nouveau service (III).

1 LE DETENU, UN MALADE A PART ENTIERE ET ENTIEREMENT A PART

1.1 Les besoins psychiatriques en prison : un enjeu de santé publique

L'évolution législative de 1992 explique pour une bonne part la forte prévalence des troubles psychiatriques constatés dans la population carcérale.

1.1.1 Une responsabilité pénale, malgré un discernement altéré.

Historiquement, le principe en vigueur en droit pénal français est celui d'absence de responsabilité des « fous ». En effet, les malades mentaux bénéficient d'un statut spécial s'agissant d'apprécier leur culpabilité lorsqu'ils commettent une infraction. L'irresponsabilité pénale qui leur est reconnue est presque un droit naturel. Elle résulte de ce que le simple résultat d'un crime n'est pas suffisant pour évaluer la culpabilité de l'homme, encore faut-il prendre en compte la volonté de l'auteur. En droit pénal, les éléments constitutifs de l'infraction sont au nombre de deux :

- une dimension matérielle : la réalisation ou la tentative de réalisation de l'acte ;
- une dimension individuelle : l'intention de le commettre.

Pour les malades mentaux, c'est ce second point qui fait défaut et les exonère de la responsabilité.

Pour autant, le mouvement de fond en faveur des victimes, qui traverse la société depuis quelques années, a conduit le législateur à faire évoluer les textes. Ainsi le Nouveau Code Pénal, modifié en 1992 et entré en vigueur le 1^{er} mars 1994¹⁰, comporte-t-il désormais la notion nouvelle de « discernement altéré », qui emporte une responsabilité pénale classique de l'auteur de l'acte.

Si l'absence de responsabilité est maintenue en cas de discernement aboli, le discernement altéré a conduit à multiplier les condamnations pour des personnes qui auraient pu, sous l'empire de la législation antérieure, y échapper, au profit d'une prise en

¹⁰ Loi no 92-686 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre la nation, l'Etat et la paix publique ; JORF n°169 du 23 juillet 1992 page 9893

charge sanitaire. En conséquence, l'auteur de l'acte délictueux doit purger sa peine, quand bien même il n'est pas parfaitement conscient de son acte.

Cette tendance résulte de la conviction de certains psychiatres, appelés comme expert au cours de la procédure pénale, que le procès et la condamnation ont des vertus thérapeutiques, permettant au prévenu de recevoir le même traitement que tout autre personne, en affrontant ses victimes. Les praticiens sont alors plus enclins à mettre en avant le discernement altéré que l'abolition de ce dernier.

En outre, il faut préciser que bon nombre de troubles psychiatriques ne se manifestent pas par une perte permanente et complète du discernement, mais plutôt par des phases de cette nature, des « crises ». Les malades alternent des phases de lucidité et des phases de délire. Dès lors, la notion de discernement altéré au moment des faits, qui n'exonère pas de la responsabilité pénale, conduit à pouvoir, aujourd'hui, incarcérer une grande majorité des malades psychiques.

Par ailleurs, l'expertise psychiatrique est facultative pour les délits, ce qui conduit à ne pas déceler certains troubles psychiatriques avant la condamnation et l'incarcération. Enfin, certains juges estiment que le dispositif de soins présent au sein des établissements pénitentiaires permettra une prise en charge adéquate.

Dans ce contexte, le nombre de non-lieux psychiatriques prononcés par les juridictions a sensiblement chuté. Ainsi, au début des années 80, le taux d'irresponsabilité pénale pour cause de maladie mentale était de 17% ; il est passé à 0,17% en 1997 et n'a connu depuis que peu d'évolution¹¹.

Au delà, si, en soi, la prison ne peut être qualifiée de pathogène, le régime de privation de liberté peut générer des décompensations, chez des personnes déjà fragiles. Selon Goffmann¹², l'univers carcéral est un véritable Etat totalitaire, au sens où il est organisé pour s'immiscer au maximum dans le quotidien des détenus, afin de les contenir le plus efficacement possible. L'institution est omniprésente. Tout est réglementé et il n'est laissé au détenu aucune initiative. Il doit toujours demander l'autorisation. A la différence du monde extérieur, tout ce qui n'est pas autorisé est en principe interdit. Une telle organisation peut conduire des personnes isolées et sans projection possible dans l'avenir, à développer des troubles d'ordre psychiatrique (dépression, angoisse,...).

¹¹ Cité par le rapport PRADIER.

¹² Goffmann Asiles « Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus ». 1968 Editions de minuit.

Conséquence de cette évolution juridique et du régime d'enfermement, la prévalence des troubles psychiatriques en prison est particulièrement élevée.

1.1.2 En conséquence, une forte prévalence des troubles psychiatriques :

En avril 2003, la Direction Générale de la Santé et la Direction de l'Administration Pénitentiaire ont commandité, conjointement, une étude sur la santé mentale des détenus. Cette étude¹³ s'est déroulée en trois phases, à savoir une enquête de prévalence transversale réalisée dans vingt trois établissements pénitentiaires auprès de 1000 personnes détenues ; une autre concernant plus particulièrement les primo-incarcérés (auprès de 300 détenus) et une dernière les longues peines (100 personnes incarcérées), sachant qu'au 1er juin 2009, 62 000 personnes étaient écrouées dans les prisons françaises qui ne disposent que de 50 963 places.

Pour mémoire, les établissements pénitentiaires sont classés en catégories, elles mêmes fonction de la durée de la peine encourue et conditionnant le régime d'emprisonnement applicable. Ainsi, selon le Code de Procédure Pénale¹⁴, dans les maisons d'arrêt (au nombre de 114), ne devraient être incarcérés que des prévenus en attente de jugement et des détenus dont le reliquat de peine n'excède pas 1 an. Dans les établissements pour peine (77 en France), il faut distinguer les centres de détention (23), des maisons centrales (4). Les premiers ont vocation à accueillir les détenus condamnés à une peine supérieure à 1 an mais présentant les meilleures perspectives de réinsertion. Le régime carcéral est alors orienté vers la resocialisation des détenus (formation professionnelle, travail,..). Au sein des maisons centrales sont incarcérés les détenus les plus difficiles, selon un régime sécuritaire. Les établissements pour peine comportent également des centres pénitentiaires (31), établissements mixtes qui regroupent au moins deux quartiers de détention différenciés (maison d'arrêt, centre de détention,...), ainsi que 13 centres de semi-liberté dans lesquels sont purgées les peines aménagées.

Une précision doit être apportée. Dans le code de procédure pénale, l'encellulement individuel est la règle dans chacune de ces structures. Pour autant, face à l'augmentation plus rapide de la population carcérale que du nombre de places disponibles, les maisons

¹³ Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral. Étude pour les ministères de la Santé et de la Justice. cabinet CEMKA EVAL Décembre 2004. Mme DUBURCQ.

¹⁴ Article D 70 du Code de Procédure Pénale

d'arrêt font aujourd'hui l'objet d'une surpopulation critique, qui ne se trouve pas dans les autres établissements. Elles constituent un goulot d'étranglement dans l'orientation de la population pénale.

Selon le type d'établissement pénitentiaire, la population détenue peut posséder des caractéristiques distinctes. L'enquête a donc travaillé sur un échantillon qui se veut représentatif de cette population. Elle a permis d'objectiver des éléments perçus précédemment par les professionnels de terrain, tant soignants que pénitentiaires et déjà démontrés dans des enquêtes précédentes, réalisées en 1997¹⁵ et 2001, à savoir une prévalence beaucoup plus élevée des troubles psychiatriques dans la population carcérale que dans la population générale. Ainsi, par exemple, il était noté, dès 1997, qu'un détenu sur cinq entrant en maison d'arrêt était sous traitement psychotrope.

Premier point noté par l'étude de prévalence de 2003, la population carcérale possède, en elle-même, quelques caractéristiques sociodémographiques propres : les personnes détenues sont en moyenne âgées de 39 ans, avec une population relativement plus jeune en maison d'arrêt (35 ans en moyenne et 40% de moins de 30 ans). Les détenus sont souvent issus de grandes fratries (4 frères et soeurs en moyenne) et ont un niveau d'étude assez peu élevé : 43% n'ont pas de diplôme et 38% ont un CAP ou un BEP. Ils ont également de lourds antécédents personnels et familiaux : durant leur enfance, 42% ont été séparés d'un de leurs parents pendant au moins six mois et 34% ont vécu le décès d'un membre très proche de leur famille. En outre, plus du tiers des détenus ont déjà consulté pour motif psychiatrique avant leur incarcération et 16% ont déjà été hospitalisés pour un même motif.

En ce qui concerne les troubles psychiatriques au moment de l'étude, 8 hommes détenus sur 10 et 7 femmes sur 10 présentent au moins un trouble, soit une prévalence vingt fois plus élevée que dans la population générale. Cette proportion est légèrement inférieure (2/3) en centre de détention. La grande majorité des personnes cumule plusieurs troubles (plus de 4 pour 1/3 d'entre elles). Il faut toutefois relativiser ces résultats, selon les enquêteurs eux-mêmes, puisque, s'ils démontrent un pourcentage indéniablement élevé de détenu en état de souffrance psychique, dans un contexte d'emprisonnement (privation de liberté, de l'environnement familial, de sexualité,..), cette souffrance psychique ne relève pas nécessairement d'un état pathologique.

¹⁵ « La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque ». Direction de la recherche, évaluation, études et statistiques, janvier 1999.

Par grands types de troubles, les troubles anxieux apparaissent les plus fréquents (58% des détenus en présentent au moins un), suivis des troubles thymiques (47%) ; 34% des détenus présentent une dépendance aux substances psycho-actives et/ou à l'alcool et 24% un trouble psychotique ; 1/3 des détenus souffre de troubles de la personnalité. 14% des détenus (8000 personnes) sont atteints de psychose avérée, dont la moitié de schizophrénie (4000 personnes).

Au-delà de cette étude, il faut faire mention du phénomène suicidaire très important en prison. En France, le taux de suicide dans les prisons est l'un des plus élevés d'Europe, selon une enquête réalisée sur la population carcérale de 2003 par le Conseil de l'Europe, avec un taux de 20.9 suicides pour 10 000 détenus (quand l'Allemagne est à 10.1, l'Italie à 10 et l'Espagne à 6.5)¹⁶. Selon l'administration pénitentiaire, le taux de suicide dans les prisons françaises est de 17 pour 10 000 détenus en 2008, soit 109 suicides. D'après les chiffres communiqués, 2009 dépasse 2008. Ce taux est 7 fois plus élevé que dans la population générale. En outre, il faut y ajouter les chiffres des tentatives de suicide qui augmentent alors sensiblement les statistiques précitées. Enfin, les automutilations de toute sorte sont autant d'appel au secours et de manifestations de désespoir exprimés par les détenus.

Conscients de la nécessité de prendre en charge ces troubles psychiatriques, l'administration pénitentiaire puis le service public hospitalier ont créé des structures sanitaires dédiées.

1.2 La filière de prise en charge avant 2002 : complexité et échec partiel

Avant la loi de 2002 portant réforme de la Justice, les soins psychiatriques étaient, en principe, délivrés aux détenus, au sein de structures hospitalières implantées dans l'établissement pénitentiaire. En cas de soins contraints, l'établissement de santé mentale était réinvesti. En parallèle, des structures spécifiques, tant hospitalières que carcérales, se sont développées.

¹⁶ Source : Conseil de l'Europe, SPACE (statistiques pénales annuelles sur la population carcérale) 2004,

1.2.1 UCSA et SMPR : l'hôpital au sein de la prison

Deux organisations distinctes coexistent, selon la taille de l'établissement pénitentiaire.

Ainsi, depuis la loi du 18 janvier 1994¹⁷, qui a confié la prise en charge sanitaire des détenus au service public hospitalier, toutes les prisons françaises sont dotées d'une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), dans laquelle des médecins et soignants de l'hôpital général de rattachement interviennent au profit des personnes incarcérées. Cette loi, qui faisait suite notamment au scandale du sang contaminé, visait à faire des détenus, des patients de droit commun. A vocation principalement somatique, les UCSA accueillent également un psychiatre de l'EPSM de proximité par convention, pour des consultations. Toutefois, ce temps psychiatrique est bien souvent réduit à une portion congrue, faute d'effectifs suffisants de ces professionnels. Ainsi, pour l'exemple, l'UCSA de la maison d'arrêt d'Orléans accueille un psychiatre du centre hospitalier G DAUMEZON à hauteur de 0,8 ETP et 3 ETP de psychologue, pour une population de 220 détenus dans une prison conçue pour 95 places. Il faut préciser que la maison d'arrêt enregistre entre 15 et 20 entrées par semaine. Peut-on alors réellement parler d'une prise en charge psychiatrique continue offerte aux détenus ?

De leur côté, les plus gros établissements pénitentiaires sont eux-mêmes dotés d'un Service Médico-psychologique Régional (SMPR). Il s'agit là d'un secteur de psychiatrie pénitentiaire, implanté au sein de la prison et rattaché à l'EPSM de proximité. A ce titre, il doit, en théorie, offrir tous les modes de prise en charge thérapeutiques d'un secteur classique de psychiatrie, à savoir prévention de la maladie mentale, consultation, hospitalisation à temps partiel et à temps complet. Initialement créés en 1986, ces structures ont vu leurs missions redéfinies après la loi de 1994.¹⁸ Implantées au sein des 26 établissements pénitentiaires les plus importants (accueillant à eux seuls 40% de la population pénale, alors qu'il existe 194 prisons sur l'ensemble du territoire), elles se sont vu confier un rôle de recours par les textes. Ainsi, les détenus présentant les troubles psychiatriques les plus graves, leur sont adressés. En région Centre, le SMPR est basé à Châteauroux.

Dans la pratique, ces structures n'ont pu répondre parfaitement à leur cahier des charges.

¹⁷ Loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale et ses textes d'application (Décret du 27 octobre 1994, circulaire du 8 décembre 1994 et son guide méthodologique

¹⁸ Art 3 arrêté du 14 décembre 1986, JORF3 janvier 1987, p124CSP

En effet, la difficulté que représente l'exercice médical au sein de la prison a rendu les postes peu attractifs et soumis à fort turn-over. Un très fort taux de vacance de postes est donc constaté. Ce phénomène est d'autant plus marqué dans les régions qui connaissent déjà, par ailleurs, un déficit de psychiatres. En conséquence, toutes les missions ne sont pas remplies et aujourd'hui, seuls deux SMPR en France, à savoir ceux de Marseille et de Fresnes, possèdent des lits d'hospitalisation complète installés. La capacité d'accueil en hospitalisation complète est de 79 places pour l'ensemble des 60 000 détenus. Dans les autres SMPR, seule une prise en charge à temps partiel est possible, faute de moyens en personnels. Ainsi, le SMPR de Châteauroux ne réalise-t-il que des consultations. Des locaux avaient été prévus pour un hôpital de jour, mais en raison de la forte pénurie de psychiatre dans la région, cette activité n'a jamais fonctionné.

En outre, rattachée à l'EPSM de proximité, cette structure dispose des moyens que ce dernier veut bien lui allouer, selon la place qu'il accorde à cette fonction pénitentiaire dans sa politique générale de soins. Sur ces bases, de grosses disparités existent d'un SMPR à l'autre. En ce sens, les détenus ne sont pas placés dans une situation d'égalité d'accès aux soins, même d'un établissement pénitentiaire accueillant un SMPR, à un autre.

De plus, dans leurs missions, les SMPR ont l'obligation de réaliser un entretien d'évaluation avec tout entrant dans un établissement d'implantation. Cela fait partie de leur rôle de prévention et de dépistage systématique. En pratique, faute de moyens, cette règle n'est pas systématiquement appliquée aujourd'hui.

Par ailleurs, implantés au sein des établissements de l'administration pénitentiaire, les locaux étaient ceux de cette dernière, mis à disposition et entretenus au bénéfice de la structure sanitaire de rattachement. Or, dans un contexte de surpopulation générale des prisons, le ministère de la justice était, dans la pratique, peu enclin à laisser des locaux au profit d'une autre administration ou à les rénover et les entretenir autant que nécessaire. En outre, la vacance de postes et l'incapacité pour l'établissement hospitalier de rattachement de laisser la structure en fonctionnement aussi largement que la loi le prévoyait, pouvait constituer une tentation pour l'administration pénitentiaire de « reprendre » ses locaux, au profit de la mission d'incarcération qui lui incombe.

Cette situation d'inadaptation des locaux de SMPR a été ainsi dénoncée par le Commissaire aux Droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, qui dans son rapport de 2005¹⁹, remarquait que « même s'ils bénéficient de moyens importants, les SMPR

¹⁹ Commissaire aux Droits de l'Homme 5^e Rapport Annuel janvier 2004 – mars 2006, au Comité des Ministres et à l'Assemblée parlementaire

rencontrent de nombreuses difficultés. Ainsi, certains sont logés dans des locaux vétustes et non adaptés aux soins. Le SMPR des Baumettes à Marseille dispose de 32 lits répartis dans 14 cellules de 10m² chacune. Six cellules accueillent trois malades sur des lits superposés. De telles conditions nuisent grandement à la qualité des soins et décuplent les difficultés des personnels soignants. ». En outre, il note que « la situation est plus difficile encore pour les femmes [détenues]. Il n'existe en effet que deux SMPR réservés aux femmes sur toute la France. La maison d'arrêt de Fleury-Mérogis accueille l'un d'entre eux, mais ne dispose que de dix places. Dans les prisons mixtes, les femmes n'ont pas toujours accès aux activités thérapeutiques gérées par le SMPR ».

Autre difficulté du système existant avant 2002, les hospitalisations réalisées en SMPR ne peuvent être que librement consenties par les malades, au sens de la loi de 1990. En effet, pour les détenus, l'hospitalisation à la demande d'un tiers n'est pas possible, seule l'hospitalisation libre ou d'office est envisageable. Pour la seconde, le SMPR est dessaisi au bénéfice du centre hospitalier départemental de rattachement.

1.2.2 L'hospitalisation d'office, seul retour possible au sein de l'EPSM.

Ainsi, le retour à une prise en charge sanitaire au sein d'un établissement de santé ne se faisait que sous la forme de soins contraints. Nous avons d'ailleurs là un des paradoxes du statut de détenu atteint de troubles psychiatriques : jugé responsable de ses actes sur un plan pénal, il est jugé incapable de consentir aux soins qui lui sont pourtant nécessaires et, dès lors, hospitalisé d'office.

Les Hospitalisations d'Office (HO) de détenus s'avèrent pourtant délicates à gérer par l'établissement public de santé mentale (EPSM) alors même qu'il est seul compétent pour cette modalité d'hospitalisation. L'une des raisons à cette difficulté réside dans l'absence de garde postée au profit de l'établissement de santé mentale, que ce soit par les forces de l'ordre ou par l'administration pénitentiaire, en cas d'hospitalisation d'un détenu. Cette situation a une origine historique. En effet, il était initialement revendiqué par les soignants eux-mêmes de prendre en charge la violence, composante à part entière de la maladie mentale et dont la gestion relève, alors, de la thérapeutique. Cependant, cette organisation s'entendait au moment où les établissements psychiatriques, asilaires, étaient fermés et sécurisés pour l'ensemble des patients pris en charge. Or, depuis, la psychiatrie a connu un vaste mouvement de désinstitutionalisation, qui lui a permis de

s'ouvrir vers une prise en charge ambulatoire, dans la cité. Si cette évolution est bénéfique pour la grande majorité des patients, elle n'est pas sans poser des problèmes pour les détenus. A ce jour, il reste très peu de structures de psychiatrie générale fermées, et même en leur sein, la règle est celle de liberté d'aller et venir des patients.

Dans ce contexte, accueillir un détenu s'avère complexe, car les soignants ne sont pas formés à exercer le rôle de surveillant pénitentiaire et, de son côté, le service hospitalier ne peut modifier son fonctionnement quotidien à l'arrivée d'un détenu. La crainte est alors celle de violence physique et de « fugue » au sens sanitaire, qualifiée « d'évasion » par l'administration pénitentiaire, mettant en jeu la responsabilité de l'établissement de santé et plus particulièrement celle de son directeur. La conséquence immédiate est souvent soit une durée de séjour inférieure à celle généralement constatée pour des patients ayant le même type de pathologie (23 jours en moyenne, contre 45), soit un recours parfois plus fréquent que nécessaire à la chambre d'isolement, sans une justification médicale toujours avérée.

Cette situation découle d'un paradoxe : alors que les personnes qui consentent aux soins peuvent rester dans un cadre carcéral, présentant les conditions de sécurité maximales, les détenus non consentant aux soins, dont le comportement est souvent le plus violent, sont traités dans des structures hospitalières dont la sécurisation apparaît, à l'évidence, moindre qu'au sein des établissements pénitentiaires.

Par ailleurs, la règle en vigueur dans les établissements de santé mentale est bien souvent de considérer un détenu hospitalisé en HO, comme un patient « hors secteur », donc de le placer à tour de rôle dans les secteurs de psychiatrie générale de l'établissement ou bien là où une chambre d'isolement sera disponible, au moment nécessaire. Basée sur la volonté de ne pas stigmatiser cette population en lui créant une filière dédiée au sein de l'établissement de santé, cette politique interroge, en réalité, sur l'existence de projets de soins individualisés pour ces patients. En effet, peu nombreux, ils sont pris en charge à chaque fois par une équipe différente, sans que cela soit le choix de cette dernière. Bénéficient-ils, dans ce contexte, des soins les plus appropriés à leur état de santé ?

Dans tous les cas de figure, il y a rupture d'égalité dans la qualité et l'équivalence des soins, par rapport à ceux offerts à la population générale.

Enfin, il faut préciser que, paradoxalement, l'hospitalisation est parfois vécue par les détenus comme plus carcérale encore que la prison, dans la mesure où ils ne possèdent

pas de télévision dans les chambres, ne peuvent fumer dans l'enceinte du service hospitalier, si pour des raisons de sécurité, ils sont hospitalisés en chambre d'isolement

Le contact avec l'extérieur pose de sérieuses difficultés dans la mesure où le personnel soignant n'est pas habilité à vérifier l'identité des visiteurs, ni à lire le courrier. Il existe une réelle dissymétrie entre les aspirations de la justice et la philosophie thérapeutique, même si les soignants essaient, autant que possible, de suivre les préconisations judiciaires.

Que ce soit au sein du SMPR intégré dans l'établissement pénitentiaire, ou au sein de l'EPSM, le colloque singulier qui devrait présider à la relation malade – médecin est vicié : dans un cas du fait de la présence de tiers à travers les surveillants de prison ; dans l'autre, du fait du statut de détenu cumulé avec celui de malade. Dès lors, les conditions ne sont pas réunies pour une prise en charge sereine et de fond de la pathologie psychiatrique, qui nécessite une relation de confiance et s'instaure dans la durée.

Au-delà de ces structures d'accueil classiques offertes aux détenus atteints de troubles psychiatriques, d'autres établissements sont également amenés à les prendre en charge, de façon plus accessoire.

1.2.3 L'adaptation des services sanitaires et pénitentiaires : des structures spécifiques.

Ainsi, les unités pour malades difficiles (UMD), au nombre de cinq aujourd'hui en France, (mais dont la création de quatre nouvelles structures a été annoncée par le Président SARKOZY dans son discours d'Anthony, le 2 décembre 2008), peuvent être amenées à accueillir des détenus, sans que cela ne constitue leur vocation première. En effet, elles sont en réalité destinées aux patients présentant une dangerosité médicale²⁰, mais n'ayant pas nécessairement commis d'infraction pénale. Leur organisation sécurisée aurait pu inciter à y orienter des détenus violents, ne pouvant être soignés en EPSM. Pour autant, il s'agirait là d'une dérive que l'on a peu constatée en pratique. Ainsi, selon une étude réalisée en mars 2003²¹, un jour donné, dans les UMD alors au nombre de 4, la part des détenus au sein des UMD représente 17,5% des patients pris en charge, avec des écarts importants allant de 6% à 59%. Il faut préciser que l'ouverture des UHSA ne

²⁰ Cf Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles (B.O.MASE n° 86-44 ; texte n° 8529 : « Art. 1er. - Les patients relevant d'une unité pour malades difficiles doivent présenter pour autrui un danger tel qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières, mis en oeuvre dans une unité spécialement organisée à cet effet. »

²¹

supprimera pas l'hospitalisation de ces détenus au sein des UMD, lorsque leur dangerosité psychiatrique le nécessitera et, comme c'est le cas actuellement, sans garde sur place par le personnel pénitentiaire ou les forces de l'ordre. En effet, le personnel hospitalier y est habitué à gérer les situations de violence pathologique qui peuvent apparaître.

Parmi les établissements pénitentiaires eux-mêmes, deux d'entre eux étaient dédiés aux détenus atteints de troubles psychiatriques : celui de Château-Thierry, dans l'Aisne, dépendant la Direction pénitentiaire interrégionale de Lille et celui de Metz-Barres. Ainsi, l'établissement de Château-Thierry est, depuis 1986, une « Maison Centrale de Santé ». Il a perdu en 1994 son statut mais a gardé sa spécificité, dans la mesure où il accueille une majorité de détenus souffrant de troubles psychiatriques ou de psychopathies. Selon une note de l'administration pénitentiaire du 5 mars 2001²², cette structure a vocation à accueillir les condamnés qui, bien que ne relevant ni d'une HO, ni d'une hospitalisation en SMPR, ne parviennent pas cependant à s'intégrer dans un régime de détention classique et dont le reliquat de peine est supérieur à 18 mois. Cet établissement a une mission de réadaptation des détenus à une incarcération ordinaire. En pratique, les critères d'affectation sont très restrictifs et la structure ne fonctionne pas, aujourd'hui, au plein de ses capacités (134 places).

Un autre type de structure doit ici être brièvement évoqué : « les centres de rétention de sûreté » créés par la loi n° 2008-174 du 25 février 2008. Ces établissements auront vocation à accueillir, par dérogation aux principes généraux du droit pénal, des personnes qui, à l'issue de leur peine, présenteraient une dangerosité criminologique résiduelle qui pourrait faire craindre une récidive pénalement répréhensible. On ne parle pas ici de dangerosité psychiatrique en raison de troubles mentaux, ces derniers cas relevant des UMD. Ces structures seront également distinctes des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées qui, elles, accueilleront des patients en cours de peine ou des prévenus, en détention provisoire, pour leur offrir une hospitalisation psychiatrique « classique », de court séjour.

Enfin, pour mémoire, on rappellera que l'hospitalisation à la demande d'un tiers n'était pas possible pour les détenus, avant la loi de 2002. Or, certaines situations comme celle des personnes suicidaires auraient pu trouver, à travers cette modalité, un début de réponse.

²² Note du directeur de l'administration pénitentiaire du 5 mars 2001 relative à la modification de la procédure d'affectation des condamnés au quartier maison centrale du centre pénitentiaire de Château-Thierry.

La complexité de cette prise en charge conduit de fait à limiter la portée du principe d'équivalence des soins des détenus. En effet, en théorie l'administration pénitentiaire est censée autoriser toute hospitalisation, donnant ainsi, quand cela est nécessaire, la primauté aux soins. Pourtant, on constate dans la pratique, un moindre taux de recours à l'hospitalisation au sein de la population carcérale.

Partant de ce constat d'échec partiel des structures existantes, la loi de 2002, sans les remettre en cause, a créé une structure supplémentaire, spécifiquement dédiée à la prise en charge psychiatrique des détenus, à savoir les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). L'objectif est de remédier aux difficultés ci-dessus énoncées. Il s'agit désormais de faire sortir la prison de ses murs, pour lui faire intégrer l'hôpital.

1.3 Une nouvelle tentative : sortir la prison de ses murs et lui faire intégrer l'hôpital. Vers une meilleure qualité des soins.

La loi de 2002 a lancé un programme national de construction de 705 places d'hospitalisation à temps complet, au sein de 17 structures réparties sur l'ensemble du territoire, à l'horizon 2012. Le dimensionnement national du programme a fait suite à de nombreux travaux d'évaluation des besoins. Il devait éviter deux écueils :

- un sous-dimensionnement aurait risqué d'engorger, dès leur ouverture, ces nouvelles unités, remettant alors en cause leur pertinence ;
- un surdimensionnement, lui, aurait conduit à une prise en charge chronique de certains détenus dans ces unités, alors même que leur vocation est celle d'une hospitalisation de courte durée, lors d'un épisode aigu de la pathologie mentale du détenu.

Les unités ont finalement été chacune dimensionnées pour bénéficier d'une masse critique de fonctionnement, tant pénitentiaire que sanitaire.

Le programme ainsi retenu dispose d'avantages certains, au profit de malades qui restent avant tout des prisonniers.

1.3.1 Les avantages certains a priori des UHSA :

Les unités hospitalières spécialement aménagées ainsi conçues, sont des services hospitaliers psychiatriques implantés au sein d'établissement de santé, mais gardés 24h/24 par l'administration pénitentiaire.

La construction de ces unités est organisée en deux tranches. La première a débuté en 2007, pour 9 unités et une capacité d'accueil de 440 places. La seconde, pour les huit autres unités et 265 lits supplémentaires, commencera en 2010. Le centre hospitalier G DAUMEZON de Fleury les Aubrais émerge à la première de ces tranches, tout comme le l'établissement du Vinatier à Bron (69) dont l'UHSA devrait ouvrir au printemps 2010, le CHD G REGNIER de Rennes, le Centre Psychothérapique de Laxou, près de Nancy, le CH G MARCHANT à Toulouse, le CH P. GUIRAUD à Villejuif, le CH de Cadillac en Gironde, l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille qui construit sur le site du CH E TOULOUSE à Marseille et le CHU de Lille.

Ces structures visent à redonner au détenu atteint de troubles psychiatriques son statut de malade. En effet, ce sont bien des services hospitaliers qui sont ainsi créés, avec, à la clé, une réflexion sur un projet médical et un projet de soins. Ce point sera développé plus loin à travers l'exemple de Fleury les Aubrais.

Pour sortir des difficultés liées aux locaux des SMPR, le choix a été fait ici par le législateur, de construire ex nihilo des services dédiés, avec des moyens spécifiques dégagés à cet effet. Aux concepteurs des projets de les prévoir de telle sorte qu'ils répondent aux besoins sanitaires qu'ils sont censés couvrir. Une limite doit toutefois être ici évoquée puisque la circulaire du 16 juillet 2007²³ définit strictement, dans son annexe, le cahier des charges qui s'impose aux UHSA. Deux justifications à cela :

- elle permet une certaine homogénéité entre les projets et, à ce titre, une plus grande égalité de traitement offerte aux futurs patients ;
- elle introduit, en outre, la dimension sécuritaire qui est une composante à part entière du projet.

La création de ces structures dédiées n'a pourtant pas été sans critique. Certains opposants au projet ont ainsi mis en avant que, rapporté aux 25 à 30 places d'hospitalisation complète aujourd'hui généralement disponibles dans les secteurs de psychiatrie générale qui couvrent environ 70 000 habitants chacun, l'ampleur du programme a pu paraître très (trop ?) élevée aux détracteurs du projet ; ce d'autant que la psychiatrie générale tend, de son côté, à réduire drastiquement, depuis quelques années, ses capacités d'hospitalisation complète, se réorientant vers une prise en charge en ambulatoire. C'est pourtant le choix fait par la représentation nationale.

²³ Circulaire DHOS n°284 du 16 juillet 2007, annexe cahier des charges techniques pour l'aménagement des UHSA

Une autre critique a été soulevée. La création de cette filière spécifique, dédiée aux malades mentaux en prison, risque d'y augmenter leur nombre et d'accroître l'acceptabilité de leur incarcération. En effet, les juridictions seront incitées à condamner les prévenus, sachant que les soins qui leur sont nécessaires pourront leur être dispensés en milieu carcéral. Ainsi, selon le psychiatre Gérard Dubret, « accroître l'offre de soins psychiatriques en prison, c'est aussi malheureusement accroître le risque de voir les tribunaux condamner davantage les malades à des peines de prison, puisque l'incarcération pourra s'accompagner de soins psychiatriques, y compris pour les pathologies les plus graves ²⁴ ».

Au delà de ces réticences, les UHSA sont conçues pour apporter une réelle amélioration au regard de l'existant.

Ainsi, sur un plan organisationnel, l'intérêt de ces nouvelles unités consiste à clarifier le rôle respectif des soignants et de l'administration pénitentiaire. En effet, désormais, les détenus hospitalisés à temps complet pour troubles psychiatriques, quelles que soient les modalités d'hospitalisation au regard de la loi de 1990, sont pris en charge au sein d'un établissement de santé. La primauté affichée est celle du soin. Un service hospitalier dédié leur est consacré. Une équipe pluri-professionnelle complète également. Par ailleurs, l'administration pénitentiaire se voit confier la surveillance de ces locaux, ce qui constitue son cœur de métier.

Dans un tel scénario, chaque professionnel est recentré sur sa mission première. Les soignants n'ont plus à gérer la dimension sécuritaire, que ce soit en terme de contact avec l'extérieur, de risque de fugue,.. Ils peuvent se concentrer sur la prise en charge thérapeutique de fond, et cela contribue à rendre les postes attractifs. De leur côté, les surveillants pénitentiaires sont là pour la seule garde périphérique de la structure et n'ont plus de contact d'ordre médical ou d'écoute avec les patients, ce qui les mettait en difficulté dans l'organisation précédente, faute de formation adéquate. Ils sont là pour éviter les évasions ainsi que toute intrusion de l'extérieur.

Le rôle de chacun étant ainsi clairement établi, la prise en charge sanitaire du malade, détenu, peut désormais se faire dans des conditions sereines. La qualité des soins devrait ainsi s'en ressentir. Le recours à la chambre d'isolement, par exemple, ne sera plus que la conséquence nécessaire d'un avis médical strict et réfléchi, au regard des soins mis en

²⁴ Gérard Dubret, « Les UHSA, une fausse bonne idée ? », colloque *Santé et prison, dix ans après la loi, quelles évolutions ?*, 2005.

œuvre. De même, la durée de séjour sera strictement corrélée aux besoins thérapeutiques du patient.

Cette organisation se construit donc, avant tout, au bénéfice des détenus dont le statut de malade est ici « réhabilité ». Le rôle respectif des professionnels qu'ils côtoient doit être clair pour eux. Il ne doit pas y avoir de confusion possible entre soignants et personnels pénitentiaires. Il faut noter que cette construction est assez semblable à celle qui a conduit à la création, par l'arrêté de 2006 précité, des unités hospitalières de soins interrégionales (UHSA), à vocation somatique et implantées dans des hôpitaux généraux.

Les UHSA ont, dans leur cahier des charges, un fonctionnement 24h/24. Elles seront dotées, dès l'origine, en personnels pour réaliser des hospitalisations à temps complet. En ce sens, la continuité des soins ainsi offerte aux détenus s'en trouve sensiblement améliorée, en comparaison de ce qui existait précédemment.

Par ailleurs, la qualité des soins sera ainsi certainement améliorée, par ricochet, au profit des patients hospitalisés à temps complet au sein des EPSM de rattachement des SMPR. En effet, ces derniers seront « déchargés » de la prise en charge des détenus en HO, qui, s'ils sont peu nombreux en pratique, s'avèrent, on l'a vu, complexes à intégrer. Les professionnels pourront désormais se consacrer plus librement aux patients classiques de l'établissement de santé mentale.

Il semble donc que la création de ces structures soit, avant tout, favorable aux patients atteints de troubles psychiatriques, que ces derniers soient, d'ailleurs, détenus ou non.

Pour autant, l'amélioration sera aussi sensible pour les professionnels des deux secteurs. En effet, les soignants n'auront plus à soigner ces malades dans des locaux inadaptés, mais au contraire au sein d'une structure adéquate. De même, les établissements pénitentiaires sauront désormais à qui adresser ces détenus malades que les surveillants, faute de formation, ne savaient pas gérer. De la sorte, les tensions devraient également diminuer en détention.

Malgré tout, le malade reste, au sein de ces structures nouvelles, et pendant toute son hospitalisation, un détenu. Il faut en effet noter que, dans la loi de 2002, elle-même consacrée à la Justice, ces unités sont envisagées au sein d'un chapitre intitulé « amélioration des conditions de fonctionnement des établissements pénitentiaires ». Le paradoxe est pour le moins surprenant quand on annonce leur création comme la volonté d'améliorer la qualité des soins délivrés.

Ainsi, au-delà de l'affichage médiatique, c'est bien la qualité, le statut de détenu qui l'emporte. La personne incarcérée atteinte de troubles psychiatrique a accès à des soins semblables à la population générale, mais reste avant tout un détenu : un malade à part entière mais entièrement à part.

D'autres législations nationales ont fait un choix différent.

1.3.2 D'autres modalités envisagées à l'étranger :

Il faut préciser qu'en France, la reconnaissance d'un discernement altéré sur un plan pénal n'engendre aucune conséquence en terme de nature ou de quantum de la peine encourue. L'atténuation de responsabilité n'entraîne aucune atténuation de peine, ni de régime de détention. En effet, la hiérarchie des peines est unique.

Sur ce point, les autres législations nationales n'ont pas toutes fait le même choix. Un certain nombre de pays européens ont doté leurs juges pénaux d'un réel pouvoir envers ces personnes, que ce soit pour les irresponsables ou pour les personnes jugées responsables.

Tout d'abord, lorsque la notion de responsabilité atténuée existe, une réduction de peine est possible. Elle est facultative en France et en Allemagne. Elle est obligatoire en Espagne et en Italie. Au Danemark, c'est la peine elle-même qui est facultative. Ensuite, lorsque la personne est déclarée irresponsable pénalement, le juge pénal peut prononcer certaines mesures à son encontre, qui ne sont pas des sanctions pénales.

Ainsi, en Allemagne, par exemple, la procédure de placement en hospitalisation d'office est de la compétence stricte du juge et non du préfet et ce, que ce soit ab initio au titre de la police administrative (un malade ayant besoin de soins), ou après commission d'une infraction pénale. En effet, comme en France, le principe en vigueur en Allemagne est celui d'une absence de responsabilité pénale, en cas de discernement aboli ou altéré au moment des faits. Pour autant, le juge n'est pas de suite dessaisi puisque c'est à lui que revient la compétence d'ordonner, au titre des mesures de sûreté, un internement en hôpital psychiatrique, s'il estime que l'état de santé de l'auteur de l'acte le rend nécessaire, afin d'éviter une récidive. Dans cette hypothèse, le juge exerce un contrôle

annuel sur la nécessité ou non de poursuivre ce placement, puisque, par définition, à la différence d'une sanction pénale de prison, la durée de l'hospitalisation n'est pas connue initialement : elle sera fonction des soins nécessaires. En moyenne, ces hospitalisations durent 5 ans, en pratique.

Le régime juridique applicable aux Pays-Bas est semblable au modèle allemand : outre un placement en hôpital psychiatrique, le juge peut prononcer une mesure judiciaire de « mise à disposition ». Cette mesure consiste à placer ces personnes dans des établissements spécialisés, sécurisés. En Belgique, il existe, depuis 1930, des institutions dites de « défense sociale » qui ont la même vocation. Pour autant, leur manque d'articulation avec les secteurs de psychiatrie générale est relevé, ainsi que leur manque chronique de places. Pour répondre à ce second point, un programme de construction de nouvelles structures de ce type a été lancé récemment.

Toutes ces mesures ont en commun de laisser au juge la décision sur l'orientation de ces personnes et de créer des structures intermédiaires de soins, sécurisées. Le juge n'est pas tenté de prononcer une peine pour faire accéder le délinquant à un dispositif de soins en prison puisque, avec ces établissements, il ne prend pas le risque de le soumettre aux conditions « normales » de vie carcérale, ni celui de le laisser aux seules mains du service public hospitalier et au régime commun de soins.

La réflexion politique et juridique n'est pas de cette nature aujourd'hui en France. En effet, les UHSA ne sont accessibles, de par la loi de 2002, qu'aux seules personnes incarcérées. Elles ne peuvent être « prescrites » par le juge pénal au titre de la condamnation. Ce ne sont pas des sanctions, en tant que tel. Elles ne constituent pas, juridiquement, des modalités d'exécution des peines. Pour autant, on démontrera que, en raison du régime qui s'y applique, elles peuvent, dans la pratique, être considérées comme tel, sans que cela ait été affiché par le législateur.

2 LES UHSA, UNE NOUVELLE MODALITE D'EXECUTION DES PEINES, AU SEIN D'UN ETABLISSEMENT DE SANTE MENTALE

Hospitalisé en UHSA, le détenu conserve légalement son statut de prisonnier, avec application corrélative des règles pénitentiaires. Ceci au sein d'un établissement de santé mentale.

2.1 Le détenu hospitalisé purge sa peine....

2.1.1 Le statut de détenu et la compétence de la direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP).

Les unités hospitalières spécialement aménagées sont décrites au sein de la loi portant réforme de la Justice. Elles ont vocation à permettre l'hospitalisation, à temps complet, des détenus atteints de troubles psychiatriques. Elles constituent pourtant des services hospitaliers.

Nouvellement créées, elles ne dérogent pas à la règle posée par le Code Pénal (Article D 395), selon laquelle : « les détenus admis à l'hôpital sont considérés comme continuant à subir leur peine ou, s'il s'agit de prévenu, comme placés en détention provisoire ». A ce titre, « les règlements pénitentiaires demeurent applicables à leur égard, dans toute la mesure du possible ; il en est ainsi, notamment, en ce qui concerne leurs relations avec l'extérieur » (alinéa 2 Art D 395).

Si les établissements de santé amenés à accueillir les UHSA se sont portés volontaires pour ces projets, la zone territoriale qu'ils desservent est, en réalité, définie par l'administration pénitentiaire, en fonction de l'implantation géographique des établissements carcéraux. Ce découpage s'impose à l'administration sanitaire. C'est sur ces bases que les projets hospitaliers devront ensuite être construits, en fonction du type de prisons desservies et corrélativement de la population incarcérée, ainsi que des capacités d'accueil des établissements carcéraux.

Ainsi, par exemple, le CHD G DAUMEZON de Fleury les Aubrais a travaillé son projet initial avec la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires (DISP) de Paris, qui gère elle-même les structures des régions Ile de France et Centre. En effet, le ressort territorial de ces directions ne chevauche ni celui des régions administratives, ni celui des cours d'appel. Les réformes en cours au sein du ministère de la justice ont finalement amené l'UHSA de Fleury les Aubrais à être rattachée à la DISP de Bourgogne, basée à Dijon. Or, la DISP de Dijon a en charge trois régions : la Bourgogne, le Centre et Champagne-Ardennes.

Pour autant, la territorialité de l'UHSA n'est pas strictement celle de la DISP puisque, en ce qui concerne Fleury les Aubrais, l'UHSA devrait couvrir la région Centre, deux départements de Bourgogne limitrophes du Loiret que sont la Nièvre et l'Yonne et peut-être un département de Champagne-Ardennes à savoir l'Aube; avec tout ce que cela implique en terme de distances à parcourir et de multiplicité des autorités compétentes. Pour mémoire, il est rappelé ici que, dans l'hypothèse d'une hospitalisation d'office, il relève de la compétence de l'établissement de santé d'aller chercher le malade là où il se trouve, l'arrêté d'hospitalisation d'office étant pris par le préfet du département concerné.

Autre impact de ce nouveau rattachement administratif, la nature de la population pénale à prendre en charge. En effet, il y aurait désormais un établissement pénitentiaire pour femmes qui relève de l'UHSA de Fleury les Aubrais. Or, en matière pénitentiaire, la mixité n'est pas envisageable alors même qu'elle constitue la règle en matière sanitaire. Dès lors, cela pourra poser des problèmes pratiques de prises en charge, qui n'ont pas été initialement appréhendés dans le projet architectural, à la mesure de ce qu'ils pourraient être finalement.

Pour autant, la zone de territoire desservie par ce service hospitalier sera fixée par un arrêté de l'administration pénitentiaire et s'imposera au CHD.

Le statut juridique des patients est donc d'abord celui de détenu. En ce sens, les UHSA peuvent s'analyser comme des lieux d'exécution des peines de prison et, par principe, ce sont les règles pénitentiaires qui y demeurent applicables, a priori.

2.1.2 L'application des règles pénitentiaires à des locaux sécurisés.

La circulaire du 16 juillet 2007 définit en annexe le cahier des charges applicable aux UHSA. Il en ressort que ces dernières doivent distinguer trois secteurs fonctionnels, selon le modèle de l'entonnoir :

- Une zone de contrôle et d'entrée de l'ensemble des accès, placée sous l'autorité des personnels pénitentiaires. Elle est composée d'un poste de contrôle central protégé, d'un sas d'entrée piéton, et d'un sas d'accès véhicules. Elle est la porte d'entrée unique de la structure, que ce soit pour les hommes ou les marchandises. Le poste d'entrée central est occupé 24h/24 par des personnels pénitentiaires ; il est équipé d'un vitrage pare-balles. Cette zone comporte également une armurerie.
- Une zone commune avec des locaux à usage pénitentiaire (parloirs, greffe,..) et des locaux destinés aux personnels des deux administrations (pénitentiaire et soignante). Ici, un poste de contrôle des circulations doit être organisé.
- Une zone d'hospitalisation ou unité de soins. La partie sanitaire des UHSA ne diffère pas d'une unité traditionnelle d'hospitalisation en terme d'équipement technique et médical.

Par ailleurs, des spécifications techniques sont données pour les installations. Ainsi, par exemple, les locaux accessibles aux détenus ne doivent pas comporter de faux plafonds. La structure de l'ensemble est renforcée. Toutes les portes des locaux accessibles aux détenus sont à ouverture vers l'extérieur.

En ce sens, les UHSA sont calquées, sur un plan architectural, sur les établissements pénitentiaires. La sécurité y prime. Certains y voient d'ailleurs une extension du parc pénitentiaire en France.

Au delà d'une conception architecturale plus proche des techniques pénitentiaires que sanitaires, un certain nombre de règles en vigueur en prison perdurent au sein des UHSA.

La première d'entre elles concerne l'établissement d'un acte d'écrou à chaque entrée de patient au sein de l'UHSA. A ces fins, des locaux de greffe sont prévus dans la structure. En ce qui concerne l'UHSA de Fleury les Aubrais, l'établissement pénitentiaire de rattachement sera la maison d'arrêt d'Orléans, quel que soit celui d'origine des détenus.

De leur côté, tous les personnels amenés à pénétrer dans la structure, qu'ils soient soignants ou pénitentiaires, devront bénéficier d'une habilitation a priori, délivrée par l'administration pénitentiaire. Seuls les personnels dûment autorisés et identifiés pourront pénétrer dans l'enceinte, via le poste central de contrôle et ce, après être passés par le portique de sécurité. Cela implique, par exemple, que tous les médecins du CHD susceptibles de prendre des gardes et donc de venir la nuit voir des patients, doivent être connus de l'administration pénitentiaire. Chaque jour, le nom du praticien effectivement de garde, doit être communiqué aux personnels en faction, par le secrétariat de direction chargée de l'établissement de la liste de garde.

Par ailleurs, toute communication des prisonniers avec l'extérieur est soumise au contrôle de l'administration pénitentiaire. Cette règle s'applique au sein des UHSA. Ainsi, le courrier est vérifié par le personnel pénitentiaire, qu'il soit entrant ou sortant. Il en va de même pour les visites qui sont soumises à l'accord de l'administration judiciaire, en vertu des dispositions du code de procédure pénale. Le personnel médical peut éventuellement les restreindre encore pour des motifs d'ordre thérapeutique, mais ne peut, en aucun cas, passer outre les limitations imposées par la justice. Les visites sont d'ailleurs organisées au sein du parloir, avec fouille et contrôle des visiteurs, et non au sein du service de soins, dans la chambre du malade, comme cela pourrait être le cas, dans une unité traditionnelle de psychiatrie.

Dans le même ordre d'idée, les vestiaires des personnels, qui sont communs aux deux administrations, sont situés en dehors de la zone où se trouvent les patients détenus.

Autre point, si le détenu hospitalisé au sein de l'UHSA est a priori soumis au règlement intérieur du CHD, ceci reste sous réserve des restrictions liées à sa condition de détenu. On peut citer ici l'exemple des sorties d'essai en hospitalisation d'office, qui font partie du processus de prise en charge sanitaire des patients. Pour les détenus hospitalisés au sein de l'UHSA, il va de soi que cette modalité est exclue. Le pénitentiaire prime sur le sanitaire, au nom de la sécurité.

Enfin, le principe du cantinage en vigueur en prison, selon lequel les personnes incarcérées peuvent se procurer, contre paiement, certains effets personnels (cigarette, télévision, .. ;) demeure la règle au sein des UHSA. Cet élément est susceptible de poser des problèmes concrets de stockage au sein de l'unité de soins, certains détenus ayant accumulé un volume important de biens.

A travers tous ces éléments, c'est bien le statut de détenu qui semble régir bon nombre des facettes de l'hospitalisation en UHSA. En tout état de cause, la localisation « périphérique » de l'administration pénitentiaire constitue en réalité un cadre très contraignant pour le secteur hospitalier. Ce dernier garde une autonomie de principe, mais strictement limitée par ce cadre carcéral, qui ne se résume pas au seul mur d'enceinte de la structure.

Pour autant, cette dernière est présentée comme un service de psychiatrie hospitalière, à part entière.

2.2 ... Au sein d'un établissement sanitaire : un nouveau service hospitalier à intégrer

Les UHSA, bien que nettement empruntées de la dimension sécuritaire, sont créées, de toute pièce, au sein d'établissement de santé. Elles constitueront un nouveau service avec un projet thérapeutique à écrire. A ces fins, une réflexion pluridisciplinaire, en partenariat avec l'administration pénitentiaire est menée. Elle aboutit à un projet logistique et architectural.

2.2.1 Une réflexion pluridisciplinaire pour faciliter l'intégration du projet au sein de l'établissement d'accueil

Le CHD G DAUMEZON s'est porté volontaire pour accueillir l'une ces nouvelles unités en son sein. En effet, l'appel à projet s'est fait dans le cadre du plan de santé mentale 2005-2008, au sein du programme santé/justice. L'établissement a inscrit cette construction dans son projet d'établissement 2005-2009, ainsi que dans son contrat d'objectifs et de moyens. Il a donné lieu à un avis favorable de la commission médicale d'établissement et à une délibération également positive du conseil d'administration, en janvier 2005.

Pour autant, le projet ne faisait pas l'unanimité : certains pouvaient craindre pour la sécurité globale de l'établissement, en raison des 40 détenus à accueillir sur le site ; d'autres estimaient qu'il n'était pas propice à une bonne prise en charge thérapeutique de se situer dans un cadre aussi sécuritaire que celui annoncé pour les UHSA (garde

pénitentiaire 24h/24 et mur d'enceinte). En ce sens, le CTE, sollicité sur le projet, a émis un vote défavorable et des voix dissonantes se sont élevées au sein de la communauté médicale, malgré le vote positif de la CME. Ces éléments ne sont pas neutres stratégiquement et le chef d'établissement est pris entre un projet national géré en lien avec le ministère et les acteurs locaux qui seront amenés à le faire vivre, une fois la nouvelle unité mise en service.

Dans un tel contexte, l'écriture du projet d'accueil des nouveaux patients, tant sur un plan médical que soignant, s'est faite grâce à une équipe de personnes volontaires, donc motivées et en visant une représentativité aussi large que possible des personnels amenés par la suite à travailler au sein de cette unité. Dès septembre 2007, un groupe de travail a été constitué.

En outre, l'établissement s'est associé les services d'un programmiste spécialisé dans la conception de locaux pénitentiaires (établissements pour mineurs, autres UHSA en cours,..). Ce choix d'une compétence pénitentiaire reconnue du programmiste révèle bien dans quel état d'esprit s'est fait le projet, du point de vue même des soignants, malgré leur affirmation de la primauté donnée au soin. Enfin, un conducteur d'opération accompagnera l'établissement sur ce projet, depuis la phase d'études jusqu'à la fin de la garantie de parfait achèvement.

Au sein de l'établissement de santé mentale, la directrice adjointe chargée des travaux et de la logistique a été désignée comme chef de projet, en lien avec le directeur des soins. Pour la rédaction du projet médical à proprement parler, l'équipe constituée comportait deux médecins psychiatres, un cadre supérieur de santé et un cadre de santé. Par ailleurs, les arbitrages nécessaires, le cas échéant, ont été rendus par un comité de pilotage qui s'élargissait au directeur de l'établissement. Cette instance comportait également des représentants de l'agence régionale de l'hospitalisation du Centre et de l'administration pénitentiaire. Pour cette dernière y siégeaient le directeur du centre pénitentiaire de Châteauroux, lieu d'implantation du SMPR le plus proche, et des représentants de la direction interrégionale des services pénitentiaires concernés (Paris dans un premier temps, puis Dijon). Mes deux stages au sein du CHD m'ont donné l'occasion de participer activement aux réunions et aux échanges sur ce dossier.

Ce groupe de travail pluridisciplinaire visait à associer les acteurs le plus en amont possible, de façon à éviter au mieux des problèmes ultérieurs de compétence respective, voire de concurrence entre les structures impliquées.

Le projet médical a été élaboré de septembre 2007 à janvier 2008. Il a été approuvé par le conseil d'administration du CHD G. DAUMEZON, le 28 mars 2008, et prévoyait, pour la suite des opérations, le planning présenté dans la première colonne du tableau ci-dessous :

	Au 28 janvier 2008
<u>Etudes préalables et Programmation</u>	
choix du conducteur d'opération	janvier 2008
choix du programmiste	janvier 2008
remise du pré-programme	19 mars 2008
remise du PTD	21 mai 2008
validation finale du PTD par les ministères de la justice et de la santé	2 juillet 2008

Une précision doit cependant ici être apportée. La validation finale du PTD par le ministère de la santé n'a finalement été donnée au CHD de Fleury les Aubrais qu'en mars 2009, après révision de son projet par l'établissement, sur invitation du ministère. Le planning initial a donc été retardé d'autant. Désormais, le planning corrigé s'établit comme présenté dans la seconde colonne, au 10 août 2008.

	Au 28 janvier 2008	Au 10 août 2009
<u>Concours de conception réalisation</u>		
constitution du jury	4 juillet 2008	12 août 2009
avis d'appel public à la concurrence	7 avril 2008	12 août 2009
envoi du dossier de consultation	26 mai 2008	
remise des offres	17 septembre 2008	16 septembre 2009
choix du lauréat	12 novembre 2008	5 février 2010
notification du marché de conception réalisation	19 décembre 2008	19 février 2010
dépôt du permis de construire	14 janvier 2009	5 mars 2010
ordre de service de démarrage des travaux	29 août 2009	27 septembre 2010

<u>Mise en service de l'UHSA</u>	début janvier 2011	Décembre 2011
---	--------------------	---------------

Un planning plus détaillé figure en annexe 1.

On peut ici mentionner que cette suspension du projet pendant quasiment un an n'a pas manqué de relancer le débat en interne sur l'opportunité d'une telle unité, au sein du CHD.

Ainsi une équipe pluri-professionnelle s'est-elle attelée à l'élaboration de ce dossier dont la vocation est, avant tout thérapeutique, du point de vue des soignants.

2.2.2 Un projet médical et soignant traditionnel

Le « projet médical et de soins » de l'UHSA de Fleury les Aubrais a été adopté par le Conseil d'Administration de l'établissement, dans sa séance du 28 mars 2008. Il rappelle, en introduction, le contexte de création de ce nouveau service, à savoir la loi de 2002 dont l'un des objectifs est d'assurer des soins appropriés, sans délai, aux personnes détenues présentant des troubles psychiatriques. Il est donc rappelé, d'emblée, la primauté accordée aux soins dans ces nouvelles unités ; la sécurisation constituant seulement un élément « périphérique ».

De plus, conformément à ses missions, l'établissement s'engage à ce que les dispositions relatives aux droits des malades (loi du 4 mars 2002) s'appliquent pleinement aux personnes détenues hospitalisées. Parmi ces droits figure celui de l'égalité d'accès aux soins et ce, quels que soient les antécédents pénaux des patients. Aucune discrimination en raison des motifs de leur incarcération ne pourra leur être opposée au sein des UHSA.

Dans ce cadre, les malades seront assujettis, au sein de l'UHSA, au règlement intérieur du CHD G DAUMEZON. En ce sens, il n'y sera pas appliqué la notion de « faute disciplinaire », telle qu'elle peut exister en milieu carcéral. Si un incident survient, le personnel soignant le gèrera, comme dans tous les services hospitaliers. Il ne sera pas décidé de sanction disciplinaire comme la mise à l'isolement. Par contre, si une infraction pénale était commise, là, bien évidemment, la justice serait saisie par le personnel hospitalier.

Une fois posés ces principes, la liste des indications médicales d'hospitalisation au sein de cette unité a été établie. Il s'agit là d'en définir son champ de compétence technique,

sachant que, comme cela a été évoqué plus haut, sa compétence géographique lui a été imposée par l'administration pénitentiaire.

L'UHSA sera également le lieu d'un projet de soins individualisé pour tous les patients qui y seront accueillis. Elle a vocation à accueillir des patients en situations aigues et se positionne dans le champ du court séjour hospitalier et non pour des malades chroniques stabilisés. Dans ce contexte, la fluidité des patients est une condition sine qua non de bon fonctionnement, à peine d'engorgement rapide de ce nouveau service.

En terme de circuit du patient, il est réaffirmé la règle de l'admission administrative au sein de l'UHSA, pour hospitalisation, par le directeur de l'EPSM. Le fonctionnement est, en ce sens, calqué sur celui d'une unité d'hospitalisation à temps complet, d'un secteur de psychiatrie générale.

L'hospitalisation sera, par contre, demandée par le médecin du SMPR ou de l'UCSA mais soumise à l'approbation du médecin de l'UHSA. La prise en charge est en effet une décision d'ordre médical et non administratif ou pénitentiaire. Toutefois, les malades seront alors écroués à la maison d'arrêt d'Orléans pendant la durée de leur hospitalisation.

Si l'hospitalisation est librement consentie, comme pour toute prise en charge au sein de l'EPSM, le patient vient « de lui-même », en l'occurrence, ici, sous escorte pénitentiaire. La question sera de savoir si, dans la pratique, les effectifs des établissements pénitentiaires seront suffisants pour permettre ce type d'accompagnement. En effet, ils peuvent s'avérer consommateurs de temps, au vu de l'étendue géographique desservie par l'UHSA de Fleury les Aubrais. En outre, ces personnels auront, en tout état de cause, déjà à couvrir les retours d'HO des patients de l'UHSA, vers leur établissement pénitentiaire d'origine. Y aura-t-il réellement, dans ce contexte, des HL en UHSA? Dans l'hypothèse d'une hospitalisation d'office, le CHD reste, comme pour toute HO, compétent pour aller chercher le patient là où il se trouve ; le retour se faisant, lui, sans accompagnement sanitaire.

Les modes de sortie comportent une particularité : a priori, celui le plus souvent utilisé sera le retour dans l'établissement pénitentiaire d'où provenait le détenu. D'autres modes de sortie sont envisageables comme le retour vers un établissement pénitentiaire siège de SMPR, si une poursuite des soins sous forme ambulatoire ou en hospitalisation de jour est nécessaire, pendant un certain temps. Enfin, le patient peut nécessiter une hospitalisation en UMD. Dans tous les cas, il s'agit là de décisions d'orientation relevant

de la stricte compétence du médecin en charge de l'UHSA. C'est une décision thérapeutique.

Par contre, la qualité de détenu exclut toute sortie d'essai pendant la durée des soins, quand bien même la prise en charge sanitaire pourrait la rendre nécessaire. Elle ne pourra se traduire que par un retour dans le « lieu de vie ordinaire du patient », à savoir l'établissement pénitentiaire. Est-ce réellement une sortie d'essai ?

Enfin, en stricte analyse juridique, si la libération du patient intervient durant la phase d'hospitalisation en UHSA, cette dernière devrait cesser instantanément. Les soins seraient alors assurés par le secteur de psychiatrie du CHD situé à proximité du domicile du patient, désormais libre sur un plan pénal. Toutefois, cette organisation peut être interrogée en terme de qualité des soins offerts : avec une durée moyenne de séjour envisagée autour de 45 jours, serait-il bénéfique pour le patient d'être pris en charge, pour ledit séjour, par deux équipes successives ? Ne vaut-il pas mieux envisager une dérogation à la règle selon laquelle les UHSA sont réservées aux seules personnes détenues, pour l'élargir à celles déjà hospitalisées au moment où survient leur libération et ce jusqu'à la fin du séjour concerné ; le relais serait alors pris, ensuite, par le secteur de proximité du CHD du domicile, pour le suivi ambulatoire. Si la crainte peut être de voir surcharger les UHSA, on peut raisonnablement penser que le nombre de patients concernés sera peu important en pratique, mais que la qualité des soins, elle, s'en ressentira nettement.

Pour ce qui concerne le séjour médical, il se veut aussi semblable que possible à une hospitalisation à temps complet en secteur psychiatrique adulte. En ce sens, le projet médical prévoit un parcours de soins du patient en fonction de son état clinique et de son évolution. Débutant par une phase d'observation, le circuit du malade se poursuit par une séquence d'hospitalisation et de soins puis par une préparation à la sortie. A ces fins, l'équipe soignante est dimensionnée pour couvrir les activités tant individuelles (consultation, entretiens), que collectives (temps de resocialisation, à vocation thérapeutiques) qui sont projetées dans le cadre du projet de soins individualisé mis en place, une fois le diagnostic posé durant la séquence d'observation.

Au sein du service, la règle est celle de chambre seule avec douche, mais sans télévision : considérée comme devant constituer une activité sociale partagée, elle est accessible dans le salon conçu à cet effet.

En effet, le service est envisagé sur la base de deux modules de vingt lits chacun, avec des locaux communs aux deux secteurs pour les activités. Toutefois, ces locaux seront utilisés à tour de rôle, par chacune des deux unités, pour éviter un nombre trop important de détenus au même endroit, en même temps ; sécurité oblige.

Les deux unités de 20 lits sont polyvalentes. Elles accueilleront les patients, quelle que soit leur pathologie, de manière indifférenciée. Il y aura toutefois une zone dite « d'observation » comportant 5 à 6 lits distribués dans des chambres individuelles, pour chacun des modules de 20 lits. Cette partie sera dédiée aux patients nécessitant une surveillance rapprochée (femmes, mineurs et entrants).

En outre, le projet médical prévoit que, par dérogation aux règles applicables dans les établissements pénitentiaires, la mixité homme/ femme sera possible au sein de l'UHSA, ainsi que l'accueil des mineurs. Ce point risque de poser des difficultés pratiques de fonctionnement au personnel soignant qui sera amené à gérer une mixité homme/femme ainsi qu'avec de jeunes adultes, à laquelle les détenus ne sont plus habitués depuis longtemps, pour certains.

Les activités envisagées sont celles que l'on trouve de manière classique dans un service d'hospitalisation de psychiatrie et une journée type est décrite dans le projet médical (cf. annexe 2). Elle prévoit d'alterner des temps d'isolement et de repos permettant la réflexion du patient et des temps collectifs. Toutefois, pour ces derniers, certaines activités nécessitant des outils qui seraient susceptibles d'être détournés pour un usage violent ne seront pas proposées (travail du cuir, avec des poinçons, par exemple). Les activités collectives ici envisagées le sont sur prescription médicale : à vocation thérapeutique, elles ne constituent pas des « loisirs » pour les patients, mais sont des temps de soins, à part entière.

La continuité des soins sera assurée 24h/24. Durant la journée, elle relèvera de l'équipe médicale et soignante de l'UHSA ; la nuit, de l'interne de garde, ainsi que du praticien hospitalier d'astreinte pour l'ensemble de l'établissement. Il s'agira d'intégrer cette nouvelle unité dans l'établissement, de ne pas la considérer comme à part.

Un élément fondamental de ce projet réside dans la séparation nette et, en théorie étanche, des zones d'intervention des deux administrations : en temps normal, le personnel pénitentiaire n'a pas à pénétrer dans la zone de soins. Cela ne devrait se produire qu'en cas d'urgence et sur appel des soignants ou pour réaliser une fouille de locaux, que ce soit suite à un incident ou à titre préventif. Il faut noter ici qu'il s'agit d'une

différence fondamentale avec ce qui existait pour les hospitalisations au sein des SMPR où l'accès aux détenus par les personnels soignants n'est possible que via les personnels pénitentiaires qui ouvraient les cellules utilisées comme chambre. Dans les UHSA, les patients, une fois dans la zone de soins, sont libres de leurs mouvements, sauf limitation thérapeutique. Ce mode de fonctionnement est d'ailleurs distinct de celui retenu pour les UHSI, à vocation somatique. Pour des raisons de sécurité, tous les soignants seront toutefois équipés d'un système de protection du travailleur isolé (PTI), comme dans les unités classiques d'hospitalisation de psychiatrie du CHD.

Le projet médical prévoit aussi l'accès des détenus aux soins somatiques. Concrètement, un médecin généraliste exercera des vacations au sein de l'UHSA. Pour les consultations spécialisées externes, une convention sera conclue avec le centre hospitalier régional d'Orléans, établissement de référence situé à proximité. L'accès au plateau technique de stomatologie et de radiologie sera également possible via cette structure dans l'attente de l'ouverture du nouveau centre pénitentiaire d'Orléans, prévue en 2013, et qui comportera un plateau technique au sein de l'UCSA. Cette organisation est retenue en l'absence de plateau technique de médecine somatique au CHD G DAUMEZON. La prise en charge des urgences somatiques relèvera d'une coordination avec le SAMU centre 15.

Sur la base de ce projet thérapeutique, que les soignants souhaitent mettre en œuvre, une organisation logistique a été envisagée et le tout se décline dans un programme architectural.

2.2.3 Un projet logistique et un programme architectural

Ce nouveau service hospitalier est implanté sur le site du centre hospitalier départemental. Une réserve foncière disponible sur le site principal a contribué à ce que le CHD G DAUMEZON pose sa candidature pour le projet. L'achat d'un terrain pour le réaliser aurait, en effet, constitué un point d'achoppement.

En outre, le site de l'établissement est bien desservi par les voies de circulation et situé à proximité de l'autoroute ainsi que d'une gare SNCF. Or, là encore, cet élément d'accessibilité faisait partie des conditions posées par le cahier des charges pour pouvoir présenter une candidature recevable. Une voie d'accès spécifique donnant sur la voie publique sera toutefois à créer, à la demande, notamment, de l'administration pénitentiaire. Le seul accès par l'intérieur du site n'est pas souhaitable, pour des questions de sécurité. (cf. schéma d'implantation en annexe 3). Des démarches ont été

entreprises en ce sens auprès de la Communauté d'Agglomérations d'Orléans, compétente sur cette voirie.

Ce nouveau service constituera un point de desserte supplémentaire pour les services logistiques de l'établissement, que ce soit pour la livraison du linge, des repas, des fournitures, des médicaments ou la gestion des déchets.

Il devra donc être intégré dans les tournées de ces équipes avec la particularité liée à l'accès. Ce dernier est sécurisé et contrôlé par l'administration pénitentiaire et demande plus de temps que pour les autres points à desservir. Cette contrainte devra être appréhendée pour s'assurer, par exemple, que les repas servis aux patients sont effectivement livrés chauds, l'établissement fonctionnant en liaison chaude sur le site. Il faut rappeler ici que les entrées comme les sorties de marchandises sont contrôlées systématiquement par les personnels pénitentiaires, avant le franchissement de l'enceinte.

L'ensemble du linge de l'UHSA (draps, vêtements professionnels du personnel, linge personnel des patients), hormis celui du personnel pénitentiaire, sera traité par la blanchisserie interne du CHD, comme pour les autres unités de l'établissement.

L'ouverture de cette nouvelle unité est également une occasion offerte au CHD de consolider ses services logistiques interne à l'heure où beaucoup d'établissements sont contraints, pour des raisons budgétaires, à sous-traiter ces activités à des prestataires extérieurs privés.

Pour ce qui concerne les médicaments, le circuit des stupéfiants sera individualisé et le système retenu différera de celui mis en place dans les autres unités d'hospitalisation complète. Pour les autres médicaments, l'UHSA sera approvisionnée par la pharmacie à usage intérieur du CHD et bénéficiera d'une permanence pharmaceutique identique (astreinte du pharmacien en dehors des heures ouvrables). Au sein de l'UHSA, une salle sécurisée dédiée à la pharmacie jouxtera le poste de soins.

La maintenance du bâtiment sera également à la charge du CHD, avec les contraintes pénitentiaires qui s'ajoutent : les équipements sont sécurisés et pour certains, anti-vandales. De la même manière, les espaces verts situés à l'intérieur de l'enceinte, même peu nombreux pour des raisons de sécurité, seront entretenus par les personnels du CHD.

Sur un plan architectural, les personnels hospitaliers souhaitaient un patio intérieur pour chaque module de 20 lits, permettant aux patients d'y fumer, par exemple, à l'air libre. Pouvoir fumer en extérieur mais dans un cadre clôturé (jardin de l'unité d'hospitalisation) est le principe en vigueur dans l'ensemble de l'EPSM. Les contraintes de construction pénitentiaires imposent alors un filin de sécurité en aplomb de ces cours intérieures, avec un maillage si étroit que la lumière du jour serait à peine visible. Dans ce contexte, aucune suite n'a finalement été donnée à cette idée.

On notera d'ailleurs que cette question de l'accès au tabac est susceptible de soulever de graves difficultés pratiques de fonctionnement dans les UHSA, dans la mesure où, s'il est interdit de fumer dans les établissements de santé, comme, en théorie, dans les établissements carcéraux, la tolérance est la règle en milieu pénitentiaire, en la matière. Or, la prise en charge thérapeutique psychiatrique n'est sûrement pas le moment opportun pour envisager un arrêt de la consommation de tabac.

Sur ces bases, un programme d'architecture a été conçu par le programmiste choisi par l'établissement, en concertation avec les professionnels de terrain, pour décliner en surfaces les objectifs ainsi formulés. Ce programme reprend les trois zones imposées par la circulaire de juillet 2007, ainsi que le schéma fonctionnel qui y est proposé.

Le CHD a retenu le programmiste en février 2008 et le PTD lui a été remis en mai 2008. L'établissement a choisi de ne pas passer par la procédure classique du concours de maîtrise d'œuvre pour cette construction mais par celle de la conception réalisation.

Les locaux sont distribués conformément à la circulaire de juillet 2007. Ils comportent (cf annexe 4) :

- une zone pénitentiaire et commune :

En son sein, celle-ci abrite, outre l'entrée avec le poste central de contrôle, des locaux pénitentiaires (chambre de garde,...), des locaux pour le greffe, les parloirs, ainsi que des pièces partagées entre les soignants et les pénitentiaires (vestiaires et salle de repas).

- une zone hospitalière :

Celle-ci se partage entre la zone commune et les unités d'hospitalisation. Dans la zone commune de la partie hospitalière, se retrouvent les locaux dits de coordination médicale (où sont situés les bureaux médicaux et infirmiers pour les consultations), et les locaux d'activités (salle d'activités corporelles, salle multimédia,...). Les deux unités de soins, elles, sont symétriques. Elles comportent quelques lits dédiés à

l'observation des entrants, puis la zone d'hospitalisation classique et des locaux de vie collective (repas, salon TV,..).

- des locaux logistiques (local ménage, linge,..)

Au comité de pilotage du 29 mai 2009, le programme a été présenté selon le modèle figurant en annexe. Pour des raisons budgétaires, il a finalement été retenu un bâtiment comportant un étage et non de plein pied, comme initialement prévu.

Le projet proposé au concepteur réalisateur sera donc d'une surface de 1946 m² pour un coût estimé de 13 295 720€TDC, valeur mars 2012.

Un point intéressant résulte de l'élaboration du programme architectural, à savoir le choix qui a été fait, de créer des locaux partagés entre les personnels des deux administrations. En effet, les vestiaires, ainsi que la salle de repos, seront mutualisés. Cette proposition a été validée par les membres du groupe de travail, dans lequel siégeaient des représentants de chaque administration. L'idée présidant ce choix est, outre le gain financier certain, une volonté réelle de faciliter les échanges et de créer une culture partagée, élément indispensable au bon fonctionnement d'une telle structure.

Le projet d'UHSA a donc été élaboré au sein du CHD G DAUMEZON, de manière pluridisciplinaire et en concertation avec l'administration pénitentiaire. Projet hospitalier pour les soignants, il doit s'intégrer dans un établissement déjà en fonctionnement et sur lequel il va avoir certains retentissements. Au directeur d'hôpital de gérer cette intégration.

3 LE ROLE DU DIRECTEUR D'HOPITAL : L'INTEGRATION DU PROJET AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

Investir dans un projet de création d'une unité hospitalière pour personnes détenues, située sur le site d'un établissement de santé mentale en fonctionnement, n'est pas sans impact pour ce dernier. Le directeur de l'établissement doit donc appréhender, en amont, les éventuelles réorganisations nécessaires. Au-delà, ce projet est articulé avec une autre administration, celle de la justice et le directeur d'hôpital doit impulser un partenariat qui, mis en place pendant la phase d'élaboration du projet, doit perdurer pour son bon fonctionnement, une fois la nouvelle structure mise en service. On mentionnera également le caractère éminemment stratégique d'un tel dossier dans la carrière d'un directeur d'hôpital : peu d'occasions sont ainsi offertes, de gérer en lien direct avec deux ministères.

3.1 La nécessité d'une réflexion large sur la réorganisation interne du CHD, consécutive à ce projet :

Insérer un nouveau service au sein de l'EPSM a des impacts importants sur la gestion du personnel et permet également de poser la question de la création d'une équipe interne de transports ambulanciers. Enfin, l'articulation avec les soins somatiques devra être organisée.

3.1.1 Une gestion dynamique des ressources humaines, dans la perspective de l'ouverture de l'UHSA:

L'UHSA de Fleury les Aubrais aura une capacité de 2 fois 20 lits. En application du cahier des charges défini dans la circulaire de juillet 2007, les besoins en personnels hospitaliers, tant médicaux que non médicaux, ont été calculés, charge ensuite au directeur de l'établissement, et plus particulièrement à celui responsable des ressources humaines, d'organiser le recrutement. On précisera que, seul le personnel hospitalier est ici évoqué, puisque l'équipe des surveillants pénitentiaires sera constituée par son administration d'origine.

En vertu du projet médical et de soins, trois postes de praticiens hospitaliers à temps plein seront nécessaires pour faire fonctionner les deux unités de soins 24h/24, à raison de 1.5

ETP pour 20 lits, dont 0,5 ETP de pharmacien. A cela, devront s'ajouter deux postes d'interne et 0.5 ETP, sous la forme de vacations, de médecin généraliste.

En outre, on rappellera que, dans l'objectif de faire de cette nouvelle unité un service à part entière de l'établissement, il a été décidé de faire couvrir l'UHSA par la garde sur place d'interne et l'astreinte de PH de l'ensemble de l'établissement. Elle ne s'est pas vue octroyer de ligne de garde dédiée.

Pour les postes non médicaux, l'organisation prévue repose sur la présence de trois infirmiers (IDE) le matin, deux l'après-midi et deux la nuit, par unité de vingt lits. Les aides-soignants (AS) seront 1 le matin, deux l'après-midi et deux la nuit. Les agents des services hospitaliers (ASH) seront un le matin et un l'après-midi. Ce projet respecte les effectifs proposés dans la circulaire, à savoir la présence de cinq personnels hospitaliers dans la journée et quatre la nuit.

Sur ces bases, qui excluent les personnels soignants nécessaires pour l'accompagnement des patients pendant les transferts, les besoins en recrutement sont évalués comme suit :

- 24 IDE de jour ;
- 10 IDE de nuit ;
- 16 AS de jour
- 10 AS de nuit
- 10 ASH.

Pour la réalisation des transfèvements, il faudra ajouter au chiffre précédent 8 ETP d'IDE pour couvrir la plage horaire de jour jusqu'à 23h, à raison d'un infirmier présent le matin et un l'après-midi.

A cela, il convient d'ajouter deux postes à temps plein de psychologues, un poste de secrétaire médicale, 0.5 poste d'assistante sociale, 0.5 poste de cadre supérieur de santé et deux postes de cadre de santé. Enfin, pour les autres intervenants (ergothérapeutes, moniteur de sport,...) deux postes supplémentaires sont à prévoir.

Sur ces bases, le nombre de postes à pourvoir est de 78.5 ETP de personnels non médicaux, hors les huit réservés au transfèrement des détenus malades. Ce nombre, vu son importance, peut poser des problèmes de plusieurs ordres, qu'il convient d'anticiper.

Ainsi, il est très difficile de savoir, a priori, quel accueil sera réservé aux avis de vacance de postes qui seront publiés pour cette nouvelle unité. Deux cas de figure sont envisageables :

- soit une forte attractivité en raison, notamment, de la nouveauté du poste et du caractère sécurisé d'exercice des fonctions ;
- soit, au contraire, une difficulté à recruter, face à des patients a priori dangereux sur un plan criminologique.

Dans les deux hypothèses, le directeur d'hôpital a, à sa disposition, des outils pour résoudre ces difficultés.

En effet, si l'attractivité est trop importante, le risque est de voir les structures actuellement en place au CHD perdre leur personnel au profit de ce nouveau secteur. Or, permettre une meilleure qualité d'accès aux soins aux détenus ne doit pas se faire au détriment de la population générale. Dans ce cas, l'établissement ne peut-il envisager, soit de caler l'ouverture de son UHSA avec la sortie de formation des instituts de formation paramédicale, soit de négocier avec l'administration pénitentiaire une ouverture en deux tranches des deux unités successives de l'UHSA, afin d'éviter de « dépeupler » ses unités traditionnelles d'hospitalisation ? Enfin, il pourrait être envisagé de réserver ces postes à des agents expérimentés ayant une ancienneté minimale de 5 années en psychiatrie.

En cas contraire, celui d'un manque de candidatures pour ces nouveaux postes, il y a alors fort à parier que cette difficulté sera rencontrée par tous les établissements de santé ayant un projet d'ouverture d'UHSA. Peut-être dans ce cas faudra-t-il envisager, à l'instar de ce qui se fait pour les agents exerçant en UMD ou en SMPR, une prime de risque pour les postes en UHSA. Le rôle du directeur d'hôpital sera alors de faire remonter cette problématique, de manière concertée avec ses collègues concernés par les autres projets d'UHSA, au niveau ministériel.

Une fois le recrutement réalisé, un plan de formation devra être proposé aux nouveaux agents sur la gestion de ces patients particuliers. Il serait d'ailleurs intéressant d'envisager une formation pour partie commune voire mutuelle avec les agents de l'administration pénitentiaire. Cela contribuera d'ailleurs à créer la culture commune nécessaire au bon fonctionnement du service. Au directeur d'hôpital de trouver la formation adéquate. Elle sera à intégrer dans le plan de formation 2011-2012 de l'établissement. Il faut d'ailleurs envisager d'annoncer cette formation dès l'avis de recrutement des agents. Cela pourra favoriser des candidatures, les personnels ayant l'assurance de ne pas être abandonnés

en terrain inconnu, une fois recrutés, mais au contraire inscrits dans un projet institutionnel dynamique.

En outre, des stages croisés des personnels hospitaliers au sein des établissements pénitentiaires et des personnels pénitentiaires en EPSM pourront être organisés. D'une durée d'une semaine environ, ils faciliteront la découverte mutuelle de ces milieux professionnels spécifiques. Charge au directeur d'hôpital responsable du dossier de l'UHSA, en concertation avec son collègue DRH, de prévoir de tels échanges avec l'administration pénitentiaire.

De leur côté, les agents du bureau des entrées de l'établissement devront bénéficier d'une formation adéquate pour l'accueil de ces nouveaux patients, même si la prise en charge des détenus est une activité qu'ils ont déjà à connaître actuellement.

Enfin l'opposition manifestée par les représentants syndicaux au projet, à travers le vote défavorable du CTE, risque de compliquer encore les recrutements, si ce projet est perçu comme monopolisant du personnel déjà jugé par ces derniers comme insuffisant.

Une autre problématique mérite une attention particulière, celle des transports de patients-détenus entre leur établissement pénitentiaire et l'UHSA. Elle peut être l'occasion d'une réflexion plus large au sein de l'établissement : vers la mise en place d'une équipe de conducteurs ambulanciers interne ?

3.1.2 Une équipe de transport sanitaire interne ?

A l'heure actuelle, le CHD G DAUMEZON ne dispose plus d'équipe interne de conducteurs ambulanciers. Historiquement ce service avait été fermée sur recommandation préfectorale pour des raisons budgétaires. Pour les transports de malades, il est donc fait appel à une société privée, sur la base d'un marché public conclu actuellement pour une durée annuelle. Ce marché couvre les horaires du lundi au samedi de 8h à 20h, pour un montant annuel de 196 950€. La facturation est forfaitaire, qu'il y ait ou non transport effectif : l'établissement paye la mise à disposition d'un véhicule. Pour les transports de nuit, de jour férié ou de dimanche, il est fait appel à la régulation du Centre 15 qui mobilise alors, le plus souvent, l'ambulance assurant la garde préfectorale. La prestation est alors facturée au tarif sécurité sociale. Les transports, prescrits par les médecins du CHD, permettent d'accompagner des patients vers des consultations

somatiques, pour des actes de radiologie, lors du transfert vers un autre établissement ou en cas d'HO. En effet, dans cette hypothèse, on rappellera que, selon la législation, il est alors de la compétence de l'établissement de santé mentale d'aller chercher le patient là où il se trouve. Les transports psychiatriques mobilisent, outre les deux conducteurs réglementaires, un ou deux accompagnants infirmiers.

En dehors même de tout projet d'UHSA, l'établissement se posait la question de recréer, en interne, un pool de conducteurs ambulanciers, en remplacement du contrat passé avec la société privée, et ce, notamment en raison de la difficulté, chaque fois plus grande, d'avoir des réponses aux appels d'offres lancés pour ce marché. La problématique des transports sanitaires n'est pas nouvelle et a d'ailleurs fait l'objet, dans le Loiret, d'un signalement à la Préfecture. Cette question n'a pas trouvé de solution à ce jour, même si la légalité d'un marché conclu sans réelle mise en concurrence peut être interrogée.

Dans ce contexte, le projet de création de l'UHSA peut être l'occasion de reposer la question de la constitution d'un service interne d'ambulances. Cela justifie que le marché actuel ait été signé pour une si courte durée, dans l'attente de l'étude de faisabilité nécessaire.

Plusieurs dimensions contribuent à donner à ce sujet une importance particulière :

- les distances à couvrir demain, du fait de l'ouverture de l'UHSA ;
- l'application de la règle classique pour les HO en UHSA ;
- la question des escortes.

En ce qui concerne les distances à parcourir, il est significatif que le CHD, dans son projet médical, ait prévu la présence de huit IDE supplémentaires par rapport aux effectifs minimum, pour couvrir la plage de jour jusqu'à 23 heures, afin d'assurer les transports. Une précision, cependant doit être apportée : ce chiffre a été calculé alors que l'UHSA de Fleury les Aubrais avait vocation à ne couvrir que la région Centre et une partie de l'Île de France. Il faut désormais remplacer la seconde par la Bourgogne. Pour information, la distance entre Orléans et Joux la Ville, centre pénitentiaire pour femmes (Yonne) est de 205 kilomètres. Au-delà des personnels soignants assurant l'accompagnement, il faudra des conducteurs ambulanciers et des véhicules pour assurer ce transport interrégional.

Le besoin sera important dans la mesure où, avec 40 lits disponibles, un taux d'occupation à 80% et une durée de moyenne de séjour de 45 jours (DMS moyenne des unités d'hospitalisation complète du CHD), le nombre d'entrées annuel sera de 256, soit une entrée tous les 1,5 jours, et autant de sorties.

40 lits X 360 jours = 14400 journées théoriques
14400 j X 0.8 = 11 520 journées disponibles
11 520 journées / 45 jours par séjour = 256 séjours.

En outre, les détenus ayant besoin de consultations somatiques seront accompagnés par des personnels soignants du CHD et transportés par véhicule sanitaire léger, escorté par l'administration pénitentiaire. Ce besoin doit donc également être intégré dans la mesure de la charge de transports à effectuer.

De plus, la règle selon laquelle pour les HO le CHD doit aller chercher les patients là où ils se trouvent reste applicable dans le cas de l'UHSA, même si cette dernière a également vocation à accueillir des hospitalisations librement consenties.

Enfin, la problématique des escortes, si elle n'est pas du ressort du directeur d'hôpital, l'intéresse au premier chef. Les transports seront-ils accompagnés par les forces de l'ordre ? Par l'administration pénitentiaire ? Un décret en Conseil d'Etat concernant la garde, les transports et les escortes est attendu. A priori, pour un transport vers l'UHSA, le principe serait celui d'un accompagnement systématique, quelle que soit la modalité d'hospitalisation, par du personnel pénitentiaire, plus ou moins épaulé par des forces de l'ordre, selon les besoins. Pour les transports depuis l'UHSA, la règle serait identique. C'est donc l'administration pénitentiaire qui se verrait octroyer cette mission nouvelle. Des locaux destinés aux personnels d'escorte sont d'ailleurs prévus dans le projet de l'UHSA de Fleury les Aubrais. Dans tous les cas, en tant que de besoin, du personnel soignant pourra compléter le dispositif d'accompagnement, sur prescription médicale.

Dans ce contexte, le CHD G DAUMEZON doit mener une réflexion approfondie pour comparer les avantages et inconvénients respectifs des deux hypothèses, à savoir prestataire privé d'ambulances ou équipe interne. J'ai été personnellement missionnée sur ce dossier lors de mon stage. L'étude à réaliser a dû prendre en compte :

- le coût d'acquisition de véhicules sanitaires ;
- l'évaluation des effectifs nécessaires pour constituer une équipe interne d'ambulanciers couvrant non seulement l'UHSA mais également les patients « classiques » du CHD ;
- le recensement des personnels de l'établissement prêts à exercer ce nouveau métier et, parmi ceux-là, ceux disposant d'ores et déjà de la capacité de conducteur ambulancier. L'enquête sera faite de préférence auprès des personnels techniques du CHD, dans la mesure où ce projet sera également une

occasion de commencer à revoir les effectifs de ces services, en lien avec certains départs en retraite prévus.

- L'organisation des formations requises pour les personnes ne possédant pas encore cette capacité et l'évaluation du coût de la formation nécessaire (inscription + coût de remplacement pendant la formation, d'une durée d'un an).
- L'éventualité de créer un service interne d'ambulances, commun avec le CHR d'Orléans, confronté à la même problématique de faible réponse à ces appels d'offre pour cette prestation

Ces éléments sont à comparer avec le coût du marché actuel d'ambulances qui sera réévalué à la hausse pour inclure cette nouvelle prestation interrégionale découlant de l'ouverture de l'UHSA.

Un nouvel élément vient cependant modifier le contexte de cette étude puisque le centre hospitalier régional d'Orléans a, de son côté, dénoncé son marché d'ambulances après avoir lui-même constitué un service interne d'ambulanciers. Une large partie des transports du CHD sont à destination de cet établissement, ce qui pourrait inciter à mutualiser avec lui des moyens pour « bénéficier » de ses services et renégocier ensuite, dans des conditions plus sereines, un nouveau marché pour un périmètre de prestations redéfini. Les réflexions en sont là.

3.1.3 L'organisation de l'accès des détenus aux soins somatiques

Si l'UHSA est destinée à une prise en charge psychiatrique des détenus, ces derniers peuvent également avoir besoin de soins somatiques. En effet, il est notoirement reconnu que la population carcérale a un état de santé dégradé comparé à celui de la population générale. En raison de leurs conditions d'existence difficiles avant l'incarcération, l'état de santé des personnes placées sous main de justice est souvent précaire, surtout au regard de leur âge.

Ainsi, plus de 80% d'entre elles nécessitent des soins dentaires. Selon une étude de la DREES, 33% des entrants interrogés déclaraient une utilisation prolongée et régulière d'au moins une drogue au cours des douze derniers mois précédant l'incarcération. On note également une forte poly toxicomanie (alcool et cigarettes par exemple). En 1994, le taux de prévalence du VIH dans la population carcérale s'élevait à 2.8%, soit dix fois plus élevé que dans la population extérieure. Enfin, les conditions d'hygiène corporelle ne sont

pas toujours satisfaisantes. Si le code de procédure pénale prévoit trois douches hebdomadaires, elles ne sont pas toujours possibles, du fait de la vétusté des locaux et de la surpopulation des établissements pénitentiaires.

Cette situation peut nécessiter un recours à des soins somatiques durant l'hospitalisation en UHSA. Au directeur du CHD de coordonner cette prise en charge, en lien avec l'administration pénitentiaire.

En vertu du projet médical de l'UHSA de Fleury les Aubrais, « le suivi somatique des patients sera assuré par le médecin généraliste vacataire de l'UHSA. L'organisation des consultations externes des patients devra être coordonnée avec le CHR d'Orléans ou tout autre établissement de santé susceptible de répondre aux besoins des patients. » Une convention devra préciser les modalités d'accès (priorité pour les rendez-vous ? respect des horaires,...)

Une réunion préparatoire a eu lieu le 22 mai 2008 entre les directions des soins des deux établissements de santé concernés, pour évoquer cette problématique.

Il en résulte que les chefs de services potentiellement concernés (hépato-gastro-entérologie, pneumologie, addictologie, maladies infectieuses) seront contactés pour organiser une éventuelle consultation des spécialistes sur le site de l'UHSA. En effet, il paraît plus judicieux de faire venir le médecin plutôt que d'organiser une extraction en lien avec l'administration pénitentiaire, ce qui pourrait allonger inutilement les délais de prise en charge, pour une consultation médicale.

Pour l'accès aux consultations programmées, le CHR dispose déjà d'une convention le liant à la maison d'arrêt d'Orléans dans le cadre de l'UCSA. Cette convention pourrait être élargie à l'UHSA.

Les cas d'hospitalisation programmée en service de spécialité, au décours de l'hospitalisation psychiatrique, seront vraisemblablement très peu nombreux. L'accès au plateau technique sera néanmoins organisé à destination du CHR d'Orléans, par extraction du détenu, de l'UHSA vers le centre hospitalier.

Par ailleurs, il est à noter que le CHD ne dispose pas de plateau technique de médecine somatique, en particulier de cabinet dentaire ou de matériel de radiologie. Après concertation avec le CHR d'Orléans, qui assure la prise en charge des détenus de la maison d'arrêt sur ce point, et avec ladite maison d'arrêt, il semble délicat d'inclure les 40 détenus supplémentaires de l'UHSA dans l'organisation actuelle. Celle-ci devrait être

redimensionnée pour passer de la demi-journée hebdomadaire actuelle de dentiste présent sur le site, à une journée. Cette mesure permettrait d'ailleurs d'anticiper la montée en charge nécessaire à moyen terme, avec l'ouverture prévue à horizon 2012 d'un centre pénitentiaire neuf sur l'agglomération d'Orléans incluant, entre autres, l'actuelle maison d'arrêt. Ce nouvel établissement carcéral inclura, bien entendu, un plateau technique médical complet, neuf et dimensionné à la nouvelle structure. A cette échéance, les patients de l'UHSA pourront intégrer, pour leurs soins dentaires, la cohorte de ceux pris en charge au sein de cette nouvelle UCSA.

Pour les examens de radiologie, compte tenu, cette fois, du faible nombre d'actes prévisible pour les détenus hospitalisés au sein de l'UHSA, ces derniers peuvent intégrer le fonctionnement actuel de l'UCSA ; toujours dans l'attente du nouveau centre pénitentiaire.

L'accès aux urgences somatique se fera par le biais du SAMU Centre 15, sachant que le CHR dispose de deux chambres d'hospitalisation sécurisées qui pourront être utilisées, en tant que de besoin, par des patients de l'UHSA : leur taux d'occupation actuelle laisse ouverte cette possibilité. Le transport des patients se fera alors sous la responsabilité médicale du CHD, avec une escorte de l'administration pénitentiaire, comme pour toute extraction de l'UHSA. Pour autant, une fois hospitalisé au CHR, le détenu devra bénéficier d'une garde sur place par les forces de l'ordre. Une bonne coordination sera donc nécessaire entre l'administration pénitentiaire et la police, dans un tel cas de figure, de sorte que le personnel affecté à la garde soit présent dès l'arrivée du détenu.

Après ce premier tour d'horizon des besoins réalisé par les directions des soins, des rencontres entre les médecins spécialistes concernés et la direction du CHD seront organisées pour décliner, sur un plan pratique, ces différents cas de figure. Cela donnera lieu à la signature d'une convention tripartite avec l'administration pénitentiaire pour protocoliser les solutions retenues. En effet, cette dernière doit être informée de toute demande d'extraction pour raison médicale et l'autoriser. Elle mobilise alors les escortes requises. A ces fins, des locaux ont été prévus au sein de l'UHSA pour le personnel d'escorte. Le directeur d'hôpital responsable du projet d'UHSA au sein du CHD est chargé de ce dossier. J'y ai été personnellement associée, au cours de mon stage.

On appréhende ici le rôle de coordination du directeur d'hôpital dans un tel projet. Ce n'est que l'un des aspects sur lequel le dossier nécessite un fort partenariat.

3.2 Un fonctionnement en partenariat à impulser

La construction d'une UHSA sur un site hospitalier n'est pas qu'un projet médical local, il doit s'articuler avec la Justice et l'administration pénitentiaire et doit également s'inscrire dans un fonctionnement médical en filière de prise en charge. Au directeur d'hôpital d'impulser ce partenariat. Enfin, une contrainte commune aux deux ministères peut imposer une révision partielle du projet : la dimension financière.

3.2.1 L'articulation avec l'administration pénitentiaire et la justice :

Les patients pris en charge au sein de l'UHSA sont également des détenus et cela impose une coordination avec l'administration pénitentiaire responsable de leur garde. A ce titre, le directeur d'hôpital responsable du dossier de l'UHSA doit organiser l'articulation au niveau interrégional. En effet, le territoire couvert dépasse les frontières administratives d'une région et plusieurs établissements carcéraux seront susceptibles d'adresser leurs usagers à l'UHSA de Fleury les Aubrais. Pour autant, la liste officielle des établissements n'est pas connue à ce jour (septembre 2009) et le CHD attend toujours l'arrêté de territorialité.

Les établissements ainsi couverts, de même que les SMPR de la zone couverte par l'UHSA, sont donc autant de partenaires nouveaux du CHD. De la même manière, au-delà de la peine carcérale et des soins, les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) seront amenés à travailler ou à prolonger le travail entrepris en détention, sur le devenir des détenus. Là aussi, autant de services avec lesquels des contacts réguliers et organisés devront être instaurés. A ceux-ci doivent être ajoutées les préfectures de tous les départements couverts puisque les arrêtés de HO sont du seul ressort des préfets.

A ces fins, l'une des solutions possibles pour faciliter ces échanges sera de faire connaître d'emblée la nouvelle structure, tant dans ses objectifs que dans ses moyens. Pour ce faire, une visite commune des locaux par les différents partenaires sera à prévoir avant l'ouverture de l'UHSA.

Si le CHD se découvre ainsi de nombreux nouveaux partenaires, de son côté, charge à lui de définir, en son sein, un interlocuteur privilégié des diverses institutions judiciaires. Le

directeur d'établissement désignera donc un de ses adjoints comme responsable du dossier UHSA. A ce titre, il sera l'interlocuteur unique des diverses institutions pénales. Le directeur responsable du projet d'établissement, des travaux et de la logistique du CHD G DAUMEZON, qui a été amené à travailler dès le début sur ce dossier, devrait rester cet interlocuteur.

En ce qui concerne la prise en charge, un point particulier mérite d'être précisé, à savoir l'articulation entre le secret médical et le secret pénitentiaire. Ainsi, la fiche de liaison pénale par exemple, qui comporte tous les antécédents pénaux du détenu et les motifs d'incarcération doit-elle être transmise en l'état au CHD abritant l'UHSA ? Dans ce cas, à qui ? Au médecin psychiatre responsable de l'unité ou au directeur d'hôpital ? La réponse dépend de l'objectif poursuivi. La solution qui consisterait, pour l'administration pénitentiaire, à transmettre au directeur d'hôpital, avec copie au médecin psychiatre responsable de l'unité, les informations sur la seule dangerosité criminologique du détenu paraît la plus pertinente. De cette façon, les règles protocolaires et procédurales sont respectées (d'une administration à l'autre) et les personnels directement impliqués dans la prise en charge sont avertis de façon à prendre les mesures qui s'imposent, en vue d'une prise en charge sanitaire sereine.

Au-delà de la coordination avec les institutions extérieures à l'UHSA, l'articulation sera aussi nécessaire, en interne. Il s'agit, cette fois, de partager les informations utiles entre les soignants et les personnels pénitentiaires, sur les personnes prises en charge et plus largement sur le fonctionnement de la structure. A ces fins, des réunions formelles et régulières, sur une base de deux par mois par exemple, sont à prévoir. L'exemple de Lille où une « commission locale de coordination » a été mise en place pour l'UHSA pourra être étudié. Au comité de pilotage de l'UHSA de Fleury les Aubrais de définir les membres d'une telle instance, en lien avec l'administration pénitentiaire. Elle pourrait au minimum comporter le médecin psychiatre responsable de l'unité, le cadre supérieur de santé, le directeur d'hôpital chargé du dossier et des représentants des personnels pénitentiaires. Ceci afin d'éviter que ces derniers ne se sentent dévalorisés, réduits au simple rôle de « porte-clés », ce qui, à terme, pourrait poser des problèmes de fonctionnement à l'ensemble de l'unité.

Toutes ces modalités de fonctionnement devront être consignées dans un document servant de référence en cas de difficultés : le protocole de liaison, cosigné par le directeur du CHD et l'administration pénitentiaire. Outre les points précédemment évoqués, il devra également comporter les éléments relatifs aux modalités de transmission des permis de visite, aux numéros de téléphones autorisés pour les détenus,... Cela pourra s'organiser

sur la base de ce qui se fait lors du transfèrement d'un détenu, d'un établissement pénitentiaire à un autre. En effet, ce dossier comme le « compte bancaire » tenu par l'administration pénitentiaire, le suit d'un lieu de détention à un autre. Il devra en être de même pour l'UHSA. On retrouve ici une illustration de l'idée selon laquelle les UHSA sont des modalités, transitoires certes, d'exécution des peines de prison. Ce protocole sera le document fixant par écrit les relations entre les hospitaliers et les pénitentiaires. Il sera à distinguer du règlement intérieur de l'UHSA, à versant cette fois plus médical et soignant.

D'ores et déjà, un point est susceptible de poser problème pour les patients hospitalisés en UHSA : l'accès au courrier papier pour les prévenus hospitalisés. En effet, pour ces derniers, le courrier devra transiter par le juge d'application des peines, alors même qu'il est adressé au lieu d'incarcération. Le juge le redirigera ensuite vers le nouveau lieu où se trouve le prévenu. Au regard des DMS envisagées dans l'UHSA, le courrier risque d'arriver très (trop ?) tardivement à son destinataire. Cette difficulté, appréhendée dès maintenant, pourra être expliquée au patient qui sera d'ailleurs confronté à la même situation en détention, en dehors de toute hospitalisation. Avoir anticipé une telle hypothèse permet également aux personnels de savoir comment réagir, face au comportement d'un détenu qui supporterait mal une telle situation.

Dans tous les éléments précédents, l'articulation est avant tout d'ordre administratif. Elle incombe au directeur d'hôpital chargé du dossier. A lui d'organiser au mieux le partenariat institutionnel et de le formaliser dans le protocole de liaison, dont on peut imaginer qu'un document type, élaboré de manière interministérielle (santé et justice réunies), sera sûrement mis à disposition des UHSA.

Cependant, les UHSA sont des services hospitaliers et la coordination médicale est également nécessaire. On évoquera maintenant le fonctionnement en filière nécessaire.

3.2.2 Le fonctionnement médical en filière :

Si l'admission administrative au sein de l'UHSA est de la compétence du directeur d'hôpital, l'entrée, elle, sera demandée par le médecin psychiatre du SMPR ou de l'UCSA et acceptée par le médecin de l'UHSA. Le travail en coordination entre les soignants est donc également indispensable au bon fonctionnement de la structure. Cette dernière, nouvel échelon dans la prise en charge psychiatrique des détenus, doit jouer son rôle spécifique au sein d'un continuum d'institutions déjà existantes. Avec sa création, c'est l'ensemble de la filière de prise en charge qui doit être revu.

Ainsi, les SMPR gardent leur rôle de recours et d'orientation. A ce titre, ce sont les établissements carcéraux dans lesquels ils sont implantés qui seront amenés à juger de l'opportunité ou non d'hospitaliser à temps plein un détenu. Dans la mesure où, à terme, leurs capacités d'hospitalisation complète devraient disparaître, ils ne seront plus « juge et partie » et incités à préconiser une hospitalisation qui leur garantirait une activité, sans être parfaitement justifiée sur un plan thérapeutique. D'un autre côté, l'hospitalisation devra être acceptée par le médecin de l'UHSA et ce, dans la limite des places disponibles. Une bonne connaissance mutuelle des acteurs est donc fondamentale.

Pour ce faire, un livret d'accueil spécifique à l'UHSA devra être élaboré. Il comportera des éléments communs avec celui général du CHD et un feuillet mobile, actualisable en permanence, précisant le nom des personnels médicaux et des cadres en poste dans l'unité. Distribué à tous les entrants, en vertu de la loi de 2002 relative aux droits des malades mais également aux partenaires extérieurs, il permettra à chacun d'identifier ses interlocuteurs.

Toujours dans la perspective de faire connaître la structure, au-delà de la visite des locaux avant ouverture, évoquée plus haut, des rencontres régulières entre les équipes de l'UHSA et les SMPR sont à prévoir. Une base de deux réunions mensuelles paraît pertinente pour discuter des cas cliniques, ainsi que du fonctionnement de la structure.

Pour limiter au maximum les risques de saturation de l'unité, deux propositions peuvent être faites :

- éviter autant que possible le recours à l'hospitalisation, en développant, en amont, au sein des SMPR, des prises en charges psychiatriques (entretiens systématique de tous les entrants, consultations à la demande, activités thérapeutiques,..). Ceci ne sera possible que si les SMPR gardent les moyens dont ils disposent aujourd'hui. Ces derniers ne doivent pas leur être retirés, à plus ou moins brève échéance, au motif que les UHSA se sont vu allouer une partie de leurs missions actuelles. En effet, ces unités s'ajoutent aux structures existantes mais ne viennent pas en substitution. Leur création ne doit pas, pour être efficace, engendrer d'économies au sein des SMPR. Les moyens précédemment alloués aux hospitalisations complètes y seront réorientés vers l'ambulatoire.
- Faciliter le rôle d'orientation des SMPR en créant, en leur sein, un secteur de un ou deux lits-porte pour une hospitalisation de moins de 48 heures, servant à établir le diagnostic, comme cela existe en médecine somatique.

Mieux structurés et avec des moyens correspondant à leur activité, les SMPR devraient également offrir par ricochet des postes plus attractifs pour les psychiatres, ce qui améliorera d'autant la qualité de la prise en charge des patients détenus. Cela facilitera également le fonctionnement des UHSA dont le rôle est bien de répondre à une crise psychiatrique aiguë et non à un défaut de soins chroniques, faute de moyens, au sein de la prison.

Malgré ces mesures d'intégration de l'UHSA dans une filière coordonnée de prise en charge médicale, elle peut se trouver, ponctuellement, saturée et dans l'incapacité d'accueillir un patient qui relèverait de sa compétence. Dès lors, une articulation est également à organiser entre les équipes soignantes des UHSA, de façon à répondre aux besoins de santé psychiatriques de la population carcérale. A ces fins, un accord de partenariat pourrait être envisagé avec l'UHSA du CH P GUIRAUD à Villejuif et du Vinatier à Lyon, pour accueillir des patients de ces zones ou y envoyer des patients relevant normalement de Fleury les Aubrais, en cas de saturation. En effet, dans de telles unités, la pratique d'installation de lits supplémentaires, telle qu'elle peut exister dans les services traditionnels d'hospitalisation, ne saurait être envisagée, pour d'évidentes questions de sécurité.

L'UHSA s'inscrit donc en seconde intention après les SMPR qui orientent, dans la prise en charge psychiatrique. Elle doit donc être connue de ses interlocuteurs, qui adressent les patients.

Une fois les soins requis effectués en son sein, les patients retournent pour la plupart, en prison. La maladie psychiatrique étant le plus souvent chronique, un suivi post-hospitalisation est nécessaire. Ce sont alors à nouveau les SMPR et les secteurs de psychiatrie générale de rattachement qui s'en chargeront. Là encore, une bonne articulation est nécessaire permettant, par exemple, une transmission rapide des dossiers médicaux. Les professionnels médicaux en prison auront la charge d'éviter les rechutes et de s'assurer de la bonne observance des traitements prescrits, ainsi que de leur distribution.

Dans le même ordre d'idée, des patients qui sortiraient de prison dès la fin du séjour en UHSA relèveront des secteurs classiques de l'EPSM de proximité pour le suivi post-hospitalisation. A nouveau, une bonne communication s'impose de la part du CHD de Fleury les Aubrais, auprès des établissements de santé mentale de la zone pénitentiaire qu'il couvre.

Les UHSA devront enfin s'articuler avec les cinq UMD du territoire en tant que de besoin. Toutefois sur ce point, on se rapproche du fonctionnement psychiatrique classique : quand le médecin de l'UHSA le jugera nécessaire, il prescrira une hospitalisation en UMD en fonction des places disponibles, et ce que le malade soit un détenu ou non.

Une fois les UHSA bien implantées dans le paysage sanitaire psychiatrique au profit des détenus, la question du devenir des établissements carcéraux spécifiques comme Château-Thierry dans l'Aisne ou Metz-Barès pourra être posée. Il s'agit là d'une question qui relève de l'administration pénitentiaire. Cependant, une proposition pourrait consister à redéployer les personnels soignant qui s'y trouvent actuellement au profit des SMPR. L'idée serait à nouveau de considérer que les moyens alloués aux UHSA pour la prise en charge psychiatrique des détenus viennent s'ajouter à ceux déjà en place, afin d'améliorer la qualité des soins offerts ; et non en substitution d'autres, économisés par ailleurs. Les UHSA sont, en effet, annoncées comme une création et non un redéploiement.

Le partenariat nécessaire à leur fonctionnement est donc tant médical qu'administratif. Il comporte également une dimension initiale plus complexe : le partage des coûts de construction, entre les deux administrations concernées.

3.2.3 Une ambition contenue par les contingences financières :

La loi de 2002 portant réforme de la Justice a lancé le programme national des UHSA. Parmi ses textes d'application figure la circulaire du 16 juillet 2007 qui en donne le cahier des charges technique et fonctionnel, mais également le montage financier. En effet, si chaque établissement candidat pour accueillir une telle unité, est libre de la construire selon son projet propre, une enveloppe financière nationale a été prédéfinie. Elle permet à chacun de se positionner.

Concrètement, les coûts d'investissement, comme ceux de fonctionnement, sont partagés entre l'assurance maladie, financeur pour la partie soins, et le ministère de la justice pour la sécurisation (cf annexe 5²⁵). A priori, ce partage semble des plus logiques : chacun garde sa mission première. Pour autant, la présence de deux financeurs est source potentielle de difficultés, comme celles que peuvent rencontrer les établissements dans la prise en charge des personnes âgées, par exemple.

²⁵ Note DAP/DHOS du 16 octobre 2008 relative à la répartition des dépenses d'investissement pour les UHSA.

Dans le cadre de l'UHSA, cela signifie, ainsi, que le mur d'enceinte périphérique, les grillages, les systèmes de sécurité des fenêtres (barreaux) sont à la charge de l'administration pénitentiaire. De son côté, l'enveloppe DHOS couvre la construction du service hospitalier à proprement parler et son équipement sanitaire.

Dans la pratique, sécurisation et soins sont étroitement liés et ce partage théorique soulève des difficultés. En effet, dans le gros-œuvre du service de soins, la sécurisation conduit à un surcoût puisque, par exemple, toutes les cloisons sont en béton. Cela tient au fait que les normes de construction applicables sont en réalité celles d'un établissement carcéral et non celles d'un hôpital. Dès lors, le projet s'élève à 2300€ HT du m² quand les coûts classiques en psychiatrie sont plutôt autour de 1700€/m². Or, ce surcoût n'est pas supporté par le ministère de la justice. Pour mémoire, le gros œuvre représente environ 60% du coût du bâtiment.

Ces difficultés ont été rencontrées par tous les établissements candidats à la construction d'une UHSA. Elles résultent des arbitrages qui ont été opérés entre les deux ministères concernés, au moment de l'élaboration du programme national.

Pour autant, les enveloppes s'imposent tant au CHD G DAUMEZON qu'à l'administration pénitentiaire et ont donc nécessité la révision du projet architectural initial, en concertation.

Concrètement, le projet de Fleury les Aubrais a, dans un premier temps, fait l'économie de certaines surfaces (suppression de la salle de balnéothérapie, de l'un des deux salons de télévision et réduction de la surface des chambres de 17 à 15 m²). Il a ensuite été procédé à la réduction du coefficient surface hors œuvre nette (SHON) / surface utile (SU), le faisant passer de 1.60 à 1.55, ce qui permet bien entendu, de continuer à respecter les normes d'accessibilité pour les personnes handicapées. De cette manière, le gain de surface utile est de 176 m².

Ensuite, il a été décidé de passer d'un bâtiment de plein pied à un bâtiment à étage. La modification est là beaucoup plus sensible. Elle permet une économie réelle dans la mesure où la réduction de l'emprise au sol du projet diminue d'autant la longueur de mur d'enceinte nécessaire. Or, ce mur, haut de 6 m, est extrêmement coûteux à construire.

A l'issue de ces propositions d'évolution, faites en comité de pilotage le 29 mai 2009 en présence de l'ARH du Centre et de représentants de l'administration pénitentiaire, les économies réalisées sont de 2.4 millions d'euros sur les 15.6M€ du projet initial.

On le voit, la dimension financière, qui ne peut bien évidemment pas être mise de côté, a conduit l'équipe projet du CHD à revoir son projet de manière importante. Cela ne s'est pas fait sans heurt car les soignants étaient a priori contre cette idée d'un étage, dans un pavillon de telle nature. Il faut préciser que, dans l'ensemble du CHD, toutes les unités d'hospitalisation, à l'exception d'une seule, sont actuellement de plein pied. La perspective d'un escalier intérieur à surveiller leur faisait craindre le pire, dans un service accueillant des détenus. Ce sont les représentants de l'administration pénitentiaire, habitués à travailler avec des détenus dans des locaux répartis sur plusieurs étages, qui ont aidés à convaincre leurs futurs collègues. Là, les discussions en partenariat ce sont avérées très utiles car l'aspect financier ne pouvait rester sans réponse. La réflexion a également été menée avec le programmiste, fort de son expérience d'autres projets d'UHSA, qui fait valoir que d'autres sites d'implantation (Nancy) avaient également dû faire ce choix.

Dans un tel cas de figure, l'art de la négociation du directeur d'hôpital est indispensable. Il permet d'éviter l'arrêt de l'ensemble du projet, faute de moyens pour le financer, tout en faisant accepter les modifications qui s'imposent, sans dénaturer le projet initial.

Pour autant, il faut tout de même préciser que ces difficultés financières ont été rencontrées par tous les établissements candidats à l'accueil d'une UHSA. Cette problématique a été signalée, via les Agences Régionales de l'Hospitalisation au Ministère. En ce qui concerne le projet de Fleury les Aubrais, l'enveloppe DHOS, initialement de 8,5 millions d'euros par la circulaire du 16 juillet 2007, a été réévaluée à 12 millions d'euros, hors équipement, en juillet 2009. Le projet, révisé comme évoqué ci-dessus, respecte cette nouvelle enveloppe. Il a donc pu être poursuivi, après un an de suspension dans l'attente d'une approbation ministérielle. L'ouverture de l'UHSA est désormais prévue pour décembre 2011.

Pour le budget de fonctionnement, le projet médical calquait les effectifs sur ceux préconisés dans la circulaire. Ce point n'a pas donc pas fait l'objet de remarques de la part de la DHOS. Pour l'intégration logistique de ce nouveau service dans l'établissement, les surcoûts sont minimes et intégrés dans les personnels présentés dans le projet, soit un ouvrier professionnel qualifié supplémentaire pour la blanchisserie et un pour la

cuisine, puisque ce sont les services internes de l'établissement qui assureront ces prestations au profit des patients de l'UHSA.

A la fin août 2009, le CHD G DAUMEZON n'a perçu, pour cette opération, qu'une subvention du FMESPP (fond de modernisation des établissements de santé publics et privés) de 200 000 €, destinée à couvrir les frais engagés pour les études. Le mode de financement du projet (emprunt et aide sur le titre 4 pour la prise en charge des frais financiers ou subvention d'investissement) a été notifié au CHD, le 15 septembre 2009. Il s'agira d'une subvention au titre du FMESPP 2009 de 2 068 000€ ainsi que d'un complément de crédit d'aide en investissement, de 370 000€ (crédit d'aide à la contractualisation du titre 4). L'établissement avait jusqu'alors construit son évaluation financière du projet sans recours à l'emprunt, dans l'attente d'informations complémentaires sur le montant de la subvention qui lui serait allouée. Ce choix résultait du fait que le projet de Fleury les Aubrais, révisé comme évoqué ci-dessus, respectait l'enveloppe de financement prévue au niveau ministériel. Cette nouvelle information devra donc être intégrée dans le calcul du plan pluriannuel de financement de l'établissement.

En ce qui concerne les crédits de fonctionnement de l'UHSA, un courrier de la DHOS en date de juillet 2009 a précisé à l'établissement qu'ils feraient l'objet d'une délégation ultérieure, au plus tard six mois avant la mise en service de la structure.

Le courrier notifiant cette décision financière demande d'ailleurs la tenue d'un nouveau comité de pilotage du projet pour valider la démarche et le calendrier et annonce un nouvel avenant au contrat d'objectifs et de moyens du CHD. La dimension stratégique du projet est donc clairement réaffirmée.

Cette question du financement est fondamentale pour le CHD, dans la mesure où ce projet avait été accepté en interne par les instances, sous réserve de constituer une opération neutre sur un plan financier. En effet, elle ne devait pas grever les capacités de financement de l'établissement, à la veille de son nouveau projet d'établissement qui couvrira la période 2010-2014.

Conclusion

Si, en première analyse, les textes semblent mettre l'accent sur la dimension sécuritaire de ces nouvelles unités que sont les UHSA, leur appréhension par le secteur hospitalier leur confère, pour autant, un caractère à prédominance soignante.

Il en ressort donc que, pour savoir si les détenus atteints de troubles psychiatriques sont des malades comme les autres, si c'est le statut de détenu ou celui de malade qui l'emporte,... seule la pratique pourra apporter des éléments de réponse. Les UHSA, hôpital sécurisé ou prison médicalisée ? La réponse sera fonction de ce que les acteurs en feront, et sera peut être différente d'une UHSA à une autre, avec les interrogations éthiques que cela comporte pour les patients, en matière notamment d'égalité de traitement.

Pour être complet, il faut cependant mentionner les réflexions en cours qui envisagent, sur un plan somatique, la création d'unités hospitalières de soins inter régionales (UHSI) de moyen et long séjour. Dans cette hypothèse, le patient purgerait, par définition, une grande partie, voire la totalité de sa peine au sein d'un service hospitalier. Cela constitue un paradoxe complet mais semble accréditer l'idée selon laquelle les UHSA, comme les UHSI, sont en réalité de nouvelles modalités d'exécution des sanctions pénales.

Pour autant, quel que soit le statut juridique prédominant (détenu ou malade), les droits des personnes prises en charge au sein des UHSA devront être respectés, que ce soit leurs droits de malade, au sens de la loi de 2002, ou leurs droits de prisonnier, en vertu des règles pénitentiaires européennes. Une autorité se voit d'ailleurs octroyer la compétence pour vérifier qu'ils le sont : le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, instauré en 2007. Il est d'ailleurs intéressant de noter que cette institution est compétente, entre autres, aussi bien pour les établissements carcéraux que pour les hôpitaux psychiatriques. La double nature des UHSA justifie donc doublement qu'il les contrôle.

Les droits fondamentaux des personnes incarcérées et en particulier celui de l'accès aux soins font l'objet d'une attention croissante du législateur puisque la loi pénitentiaire en discussion actuellement au Parlement réaffirme leur importance. Est-ce une reconnaissance implicite de leur non-respect actuel?

Par ailleurs, les UHSA, projet hospitaliers à intégrer dans une filière médicale complète de prise en charge, devraient, pour partie, résoudre les difficultés actuelles auxquelles sont

confrontés les établissements pénitentiaires, en présence de détenus atteints de troubles psychiatriques.

Toutefois, leur création laisse non résolus deux points importants :

- celui des auteurs d'infractions pénales jugés en procédure d'urgence ou pour des délits. En effet, pour eux, l'expertise psychiatrique n'est pas obligatoire et ces personnes, nombreuses, sont susceptibles de se voir condamner à une peine de prison, alors même que des soins leur seraient plus bénéfiques. Si la procédure pénale reste en l'état, les capacités nationales prévues pour les UHSA seront-elles suffisantes ? Cette problématique n'est pas strictement de la compétence du directeur d'hôpital mais elle impacte les UHSA, dont la gestion est bien de son ressort.
- Par ailleurs, les UHSA sont réservées aux personnes déjà incarcérées dans la mesure où il n'existe pas, en France, de principe d'aménagement des peines, en cas de discernement altéré. A terme, la législation évoluera-t-elle sur le modèle de ce qui se fait dans certains pays étrangers comme l'Allemagne par exemple ?

Au-delà de ces réflexions de politique publique, le directeur d'hôpital doit, dans un tel projet, faciliter un partenariat opérationnel avec ses correspondants pénitentiaires, pour offrir les meilleurs soins possibles aux détenus hospitalisés au sein de son établissement. Son rôle de manager, au sens de mobilisateur des équipes, est donc pleinement requis dans un tel dossier.

Enfin, en ce qui concerne plus spécifiquement l'UHSA de Fleury les Aubrais, ne pourrait-on pas envisager, à moyen terme, le déplacement du SMPR, actuellement basé à Châteauroux, vers Orléans, au double motif de l'ouverture de la nouvelle UHSA et de la construction du nouveau centre pénitentiaire de 600 places?

Bibliographie

Réglementation

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

Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, JORF du 10 septembre 2002 page 14934

Art 3 arrêté du 14 décembre 1986, JORF3 janvier 1987, p124CSP

Circulaire DHOS n°284 du 16 juillet 2007, annexe cahier des charges techniques pour l'aménagement des UHSA

Note DAP/DHOS du 16 octobre 2008 relative à la répartition des dépenses d'investissement pour les UHSA.

Rapports et Enquêtes :

« Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M G LARCHER », avril 2008.

DHOS/DAP rapport du groupe de travail interministériel relatif à la mise en oeuvre de l'article 48 de la loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice portant création des « unités spécialement aménagées » destinées à l'hospitalisation pour troubles mentaux des personnes détenues. Juillet 2003

Conseil National de l'Ordre des médecins : « Aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire », Professeur HOERNI, 16 avril 1996

Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral. Étude pour les ministères de la Santé et de la Justice. cabinet CEMKA EVAL Décembre 2004. Mme DUBURCQ.

« La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque ». Direction de la recherche, évaluation, études et statistiques, janvier 1999.

Gérard Dubret, « Les UHSA, une fausse bonne idée ? », colloque *Santé et prison, dix ans après la loi, quelles évolutions ?*, 2005.

Liste des annexes

Annexe 1 Planning des opérations de l'UHSA de Fleury les Aubrais, au 10 août 2009.

Annexe 2 : Journée type des patients de l'UHSA, telle que décrite dans le projet médical.

Annexe 3 : Plan d'implantation de l'UHSA sur le site du CHD G DAUMEZON

Annexe 4 : Liste détaillée des locaux de l'UHSA de Fleury les Aubrais.

Annexe 5 : note DAP/DHOS du 16 octobre 2008 relative à la répartition des dépenses d'investissement pour les UHSA.

Annexe 6 : Réglementation applicable aux UHSA (liste des textes)

Annexe 1 Planning des opérations de l'UHSA de Fleury les Aubrais, au 10 août 2009.

CENTRE HOSPITALIER DAUMEZON (45)
Planning Général Prévisionnel UHSA au 10 août 2009

Etudes préalables et Programmation

Finalisation Programme Technique Détaillé jusqu'au 25 septembre 2009

Concours de conception-réalisation mi août 2009 à mi janvier 2010

Constitution du jury (décision Directeur) : 12 août 2009

Avis d'Appel Public à la Concurrence du concours : 12 août 2009

Rendu des candidatures (délai 30 jours minimum) : 16 septembre 2009 à 12h00

Analyse des candidatures

Première réunion du jury (choix des 5 candidats) : 23 septembre 2009

Envoi du dossier de consultation : 28 septembre 2009

Questions-Réponses + Visite du site : 7 octobre 2009

Date limite d'envoi de compléments au DCE : 27 novembre 2009

Remise des offres : 18 décembre 2009 à 12h00

Analyse des offres

Deuxième réunion du jury (audition + choix lauréat) : 21 janvier 2009

Demandes de précisions et clarifications : jusqu'au 5 février 2010

Choix du lauréat (décision Directeur) : 5 février 2010

Courrier aux non-retenus (10 jours minimum avant notification) : 5 février 2010

« Avis » ARH, DHOS et DAP sur résultats concours : jusqu'au 17 février 2010

Mise au point du marché avec l'équipe retenue : jusqu'au 17 février 2010

Décision d'attribution (décision Directeur) 18 février 2010

Visa du projet de marché par le contrôle de légalité : 18 février 2010

Notification du marché de conception-réalisation : 19 février 2010

Finalisation des études et Permis de Construire mi février 2010 à mi août 2010

Ordre de Service de finalisation des études : 19 février 2010

Dépôt Permis de Construire 5 mars 2010

Suivi études de projet et d'exécution mi février 2010 à mi août 2010

Remise PRO / Dossier de Consultation des Sous-Traitants 30 juillet 2010

Validation PRO / DCE : 20 août 2010

Ordre de Service de préparation de chantier : 20 août 2010

Préparation de chantier : 20 août au 27 septembre 2010

Travaux à partir de fin septembre 2010

Ordre de Service de démarrage des travaux : 27 septembre 2010

Chantier : 14 mois, y compris OPR

Mise en Service de l'UHSA : décembre 2011

Annexe 2 : Journée type des patients de l'UHSA, telle que décrite dans le projet médical.



Unité Hospitalière Spécialement
Aménagée (UHSA)

Projet médical et de soins

L'organisation de la journée :

Elle prévoit de ménager un temps d'isolement et de repos en chambre nécessaire à l'élaboration psychique des patients, ainsi qu'à l'organisation des soins. Elle alterne ces moments d'isolement avec des temps collectifs : repas, activités, détente, télévision, promenades dans la cour. Les pauses cigarette se font dans des patios adaptés à cet effet pour des groupes restreints, dans le respect de la réglementation en vigueur.

Il est possible exceptionnellement et hors prescription médicale d'autoriser les patients à fumer la nuit. Ils seront accompagnés individuellement dans le patio.

L'organisation de la journée et de la prise en charge sera définie par l'équipe de l'UHSA. **Le tableau suivant est une proposition indicative, inspirée d'autres projets médicaux d'UHSA, du déroulement d'une journée type :**

	Patients	Personnels
7h00		Transmission et consignes
7h15	Lever	Préparation des traitements buvables Vérification des formes sèches Prélèvements biologiques
7h45	Prise des traitements médicamenteux Dispensation des soins	Constantes – soins infirmiers Administration des traitements Soins d'hygiène et de confort
8h00 à 9h00	Petit déjeuner	Distribution petit-déjeuner Aide à l'alimentation
10h00 à 11h30	Prise en charge individuelle et/ ou collective des patients	Bio nettoyage Tâches afférentes et administratives Staffs
10h00 à 11h30	Activités thérapeutiques Entretiens psychothérapeutiques	Entretiens avec les patients Prises en charge par médiations thérapeutiques Activités quotidiennes – organisation générale
12h00 à 13h30	Repas	Distribution des repas Dispensation des traitements Bio nettoyage
13h30 à 15h00	Temps de repos en chambre	Transmissions et consignes Rédaction compte-rendu au dossier de soins Organisation générale

15h00 à 18h00	Prises en charge individuelles et/ou collectives des patients Activités thérapeutiques	Activités ou entretiens individuels sur la demande du patient
17h00 à 18h00		Préparation repas du soir Administration des médicaments
18h00 à 19h00	Temps de repos en chambre	Rédaction dossier de soins Résumé soins infirmiers (RSI) Organisation générale
19h30 à 20h30	Repas	Administration des traitements du soir
21h00	Coucher	Transmissions et consignes

Toilettes et douches :

Elles sont intégrées dans chaque chambre, de sorte que chaque patient soit autonome pour ses soins d'hygiène de base.

Annexe 3 : Plan d'implantation de l'UHSA sur le site du CHD G DAUMEZON

Annexe 4 : Liste détaillée des locaux de l'UHSA de Fleury les Aubrais.

4 Tableau détaillé des surfaces

CHD Daumézou : UHSA

Qté	SU unitaire en m2	SU TOTALE en m2
-----	-------------------	-----------------

ZONE PÉNITENTIAIRE ET COMMUNE			542
Entrée			113
Poste de contrôle central PCC	1	20	20
<i>Armurerie (dans le poste de contrôle)</i>	1	8	8
<i>Local technique (dans le poste de contrôle)</i>			pm
<i>Cabinet d'aisance (dans le poste de contrôle)</i>			pm
Sas piétons (entrée + casiers + portique + hall)	1	25	25
Sas véhicules	1	60	60
Locaux du personnel pénitentiaire			104
Bureaux	3	12	36
Bureau équipe d'escorte	1	20	20
Chambres de veille pénitentiaire (dt sanitaire douche)	3	12	36
Local ménage	1	12	12
Sanitaire du personnel etc...			pm
Greffe			60
Attente patient			pm
Fouille greffe	1	4	4
Bureau antenne greffe	1	12	12
Bureaux audience accueil, et CIP	2	12	24
Local stockage effet personnels détenus	1	20	20
Parloirs			95
Attente familles (dont fouille colis et sanitaires)	1	20	20
Sanitaires familles	1	4	4
Parloirs individuels (mono-famille)	5	7	35
Parloir famille (enfants)	1	12	12
Attente patients (entrée et sortie)	2	8	16
Local fouille	1	8	8
Locaux du personnel hospitalier et pénitentiaire			155
Vestiaires hommes	1	55	55
Vestiaires femmes	1	70	70
Local pause et repas	1	30	30

Poste intermédiaire de contrôle des circulations PICC	1	15	15
ZONE HOSPITALIÈRE			1 404
UNITÉ COMMUNE			227
Pôle de coordination médicale			119
Bureau médecins et psychologue	4	12	48
Bureau cadre supérieur de santé	1	12	12
Bureau secrétariat + photocopieurs	1	18	18
Local archives (80 ml)	1	12	12
Salle de réunion	1	25	25
Sanitaires personnel	2	2	4

CHD Daumézon : UHSA (suite)

Qté	SU unitaire en m2	SU TOTALE en m2
-----	-------------------	-----------------

Pôle salles d'activités			108
Salle d'activités corporelles	1	40	40
Salle d'activités manuelles	1	30	30
Salle multimédia	1	15	15
Local ménage	1	4	4
Local stockage matériel	1	15	15
Sanitaires patients	1	4	4
UNITÉS DE SOINS 1			546
Zone hospitalisation			337
Chambres individuelles	12	15	180
Chambre accessible PMR	1	20	20
Chambre double	1	24	24
Chambre d'isolement	1	20	20
Buanderie	1	6	6
Salle de bains	1	12	12
Zone pouvant être isolée			
Chambres de surveillance	5	15	75
Salon TV	1	15	pm
Zone de soins			129
Bureau infirmier	1	18	18
Salle de soins	1	13	13
Local pharmacie et préparation de soins	1	10	10
Bureaux polyvalents	2	12	24
Bureau cadre de santé	1	12	12
Salle de repas personnel	1	12	12
Sanitaires patient	1	4	4
Sanitaires personnel	2	2	4
Locaux linge sale/linge propre d'unité	2	5	10
Stockage	1	10	10
Local ménage + local décontamination	2	6	12
Zone de vie collective			80
Salle à manger patients	1	30	30
Office relais	1	20	20
Salons TV	2	15	30
Patio ciel ouvert	1	pm	pm
Jardin et jeux extérieurs	1	150	pm
UNITÉS DE SOINS 2			546
Zone hospitalisation			337

Chambres individuelles	12	15	180
Chambre accessible PMR	1	20	20
Chambre double	1	24	24
Chambre d'isolement	1	20	20
Buanderie	1	6	6
Salle de bains	1	12	12
Zone pouvant être isolée			
Chambres de surveillance	5	15	75
Salon TV	1	15	pm

CHD Daumézon : UHSA

Qté	SU unitaire en m2	SU TOTALE en m2
-----	----------------------	--------------------

Zone de soins			129
Bureau infirmier	1	18	18
Salle de soins	1	13	13
Local pharmacie et préparation de soins	1	10	10
Bureaux polyvalents	2	12	24
Bureau cadre de santé	1	12	12
Salle de repas personnel	1	12	12
Sanitaires patient	1	4	4
Sanitaires personnel	2	2	4
Locaux linge sale/linge propre d'unité	2	5	10
Stockage	1	10	10
Local ménage + local décontamination	2	6	12
Zone de vie collective			80
Salle à manger patients	1	30	30
Office relais	1	20	20
Salons TV	2	15	30
Patio ciel ouvert	1	Pm	pm
Jardin et jeux extérieurs	1	150	pm
LOCAUX LOGISTIQUES			85
Sas (surf. Selon conception)	1	15	15
Stockage cantine	1	10	10
Stockage linge propre (2 chariots)	1	12	12
Stockage chariots repas (2 chariots)	1	12	12
Stockage linge sale (2 chariots)	1	12	12
Local poubelles	1	20	20
Local ménage	1	4	4
Local serveur			pm
Locaux techniques divers			pm

TOTAL GÉNÉRAL Surf utiles

1 946

Espaces extérieurs en enceinte			858
Non bâtis			824
Cour de service	1	500	500
Patio d'unité	2	12	24
Cour de promenade des unités	2	150	300
Bâtis			34
Préaux (1 par unité)	2	15	30
Point d'eau ext. : 1 urinoir + 1 brumisateur	2	2	4

Espaces extérieurs hors enceinte			1 270
Non bâtis			1 250
Places de stationnement public	5	25	125
Places de stationnement pénitentiaire	10	25	250
Places de stationnement hospitalier	35	25	875
Bâtis			20
Abri vélos	1	20	20

Annexe 5 : note DAP/DHOS du 16 octobre 2008 relative à la répartition des dépenses d'investissement pour les UHSA

16 OCT. 2008



DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE
L'ORGANISATION DES SOINS

Le Directeur de l'administration
pénitentiaire

La Directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Note
à l'attention des

Messieurs les
Directeurs interrégionaux des
services pénitentiaires

Mesdames et Messieurs les
Directeurs
d'Agences régionales d'hospitalisation

00798

OBJET : Répartition des dépenses d'investissement DAP / DHOS pour les UHSA
REF : Circulaire de la DHOS en date du 18 juillet 2007
PI : 1

La mise en œuvre du programme de construction des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) suppose une répartition des charges financières en matière d'investissement entre la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et la direction de l'administration pénitentiaire (DAP).

A l'instar des UHSI, le principe de répartition des dépenses d'investissement est le suivant : la construction des UHSA relève de la compétence des établissements de santé retenus. Toutefois, certains éléments de sécurité, générés du fait de la prise en charge de personnes détenues, seront à la charge de la direction de l'administration pénitentiaire. Il est à noter que le financement de la DAP porte exclusivement sur la sécurisation des locaux de l'UHSA, ce qui n'englobe ni le coût du gros-œuvre ni un ratio au m² des espaces dédiés aux services pénitentiaires.

La liste des éléments de sécurisation pris en charge soit par la DAP soit par la DHOS est précisée dans le tableau joint à la présente note.

Nous vous remercions d'intégrer ces éléments dans vos discussions locales et de faire remonter toute difficulté éventuelle liée à l'application de la présente note.

Claude d'HARCOURT

Annie PODEUR

Copie :
Sous-direction SD, EMS
Mme De Galard
Mme Peton-Klein

UHSA
Répartition des dépenses DAP / DHOS

Travaux bâtiment	Financement DAP	Financement partagé	Financement DHOS
Barreaudage ou claustras	X		
Cloisons, renforts cloisons, murs séparatifs chambres			X
Vitrage anti effraction (zone pénitentiaire)	X		
Vitrage anti effraction (zone hospitalière)			X
Vitrage pare balles	X		
Revêtement de sol			X
Autocom pénitentiaire	X		
Sécurisation du Sas véhicules (équipement vidéo, portes et asservissement, serrures, portail, barne anti bélier, ...)	X		
Sécurisation du Sas piétons (équipements vidéo, portes et asservissement, serrures de sûreté, hygiaphones, passe-documents, casiers consignés)	X		
Armurerie (armoires renforcées)	X		
Bagage X	X		
Portique de détection des masses métalliques	X		
Sécurisation zone commune et de soins	Financement DAP	Financement partagé	Financement DHOS
Portes issues de secours		X	
Grilles et/ou portes d'accès sécurisées	X		
Serrures chambres			X
Portes chambres (dont oculus)			X
PCC - Poste de contrôle central (équipements de sécurité)	X		
PCCi - Poste de contrôle des circulations (équipements de sécurité)	X		
Sécurisation des parloirs	X		
Vidéo (caméras intérieures report pénitentiaire)			X
Vidéo (caméras intérieure report infirmiers)			X
Equipements vidéo pénitentiaire	X		
Centrale alarme anti intrusion (détection périmétrique)	X		
Détecteur ouverture portes (zone hospitalière)			X
Onduleur (selon équipement protégé)		X	
Alarmes (émetteurs récepteurs) personnel hospitalier			X
Alarmes (émetteurs récepteurs) personnel pénitentiaire	X		
Alarmes coup de poing		X	
Infrastructure alarmes		X	
Sécurité câblage informatique	X		
Point phone * dans unité de soins	X		
Prestations intellectuelles (honoraires techniques, CSPS, CT, MOE, ...)			X
Travaux extérieurs	Financement DAP	Financement partagé	Financement DHOS
Clôture grillagée glacis 2.00m ht	X		
Mur d'enceinte 5.00m ht	X		
Cloture grillagée cour de promenade 4.00m ht	X		
Vidéo (caméras extérieures)	X		
Eclairage extérieur		X	
Détection périmétrique (radar infra rouge, scanner laser, ...)	X		
Liaison téléphonique sur réseau autocom			X
Liaison téléphonique sur réseau externe	X		
Borne anti bélier	X		
Filins anti hélicoptères	X		
Sécurisation places véhicules de transport pénitentiaire (2)	X		
Parking visisteurs, personnels			X

* fourni posé par prestataire SAGI

Annexe 6 liste des textes législatifs et réglementaires applicables aux UHSA

- **Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002** d'orientation et de programmation pour la justice, JORF du 10 septembre 2002 page 14934

- **Circulaire DHOS/O2/F2/E4 2007 du 16 juillet 2007** relative aux modalités de financement des dépenses d'investissement des UHSA et à l'attribution de subventions FMESPP pour 2007.

- **Cahier des charges techniques des UHSA** annexé à la circulaire précitée DAP/DHOS du 14 octobre 2006, comportant en annexe 1 le schéma fonctionnel des UHSA et en annexe 2 le schéma fonctionnel des unités de soins de l'UHSA.

- **Cahier des charges fonctionnelles** des UHSA DAP/DHOS 4 octobre 2006

- **Note DAP/DHOS du 16 octobre 2008** relative à la répartition des dépenses d'investissement des UHSA.