



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion 2005

**La prise en charge psychiatrique des
détenus à travers l'exemple du C.H.S.
Montperrin**

Elisabeth COULOMB

R e m e r c i e m e n t s

Je tiens à remercier Monsieur TIREL d'avoir bien voulu encadrer ce mémoire et orienter ma réflexion, Madame LE QUELLEC, maître de stage, de m'avoir également guidée dans mes recherches et mes prises de contact, Monsieur VIDAL, Directeur du Pôle Patient, des Affaires Générales et de la Qualité et Monsieur FRANCOIS, directeur général du C.H.S. Montperrin, qui m'ont fait profiter de leur compétence et de leur expérience en la matière.

Monsieur SARTRE, cadre supérieur de santé du S.P.A.D., m'a accordé beaucoup de son temps et utilement éclairée sur la question de la prise en charge psychiatrique des détenus tout au long de mon stage hospitalier et le Docteur ARNAUD, médecin chef de service du S.P.A.D., m'a aidée à me documenter et à comprendre les enjeux de la question traitée.

Enfin, je souhaite remercier tout particulièrement Monsieur LERAT, enseignant à l'Ecole Nationale de la Santé Publique, pour sa disponibilité à mon égard et ses conseils précieux.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1. ETAT DES LIEUX : LES ENJEUX MULTIPLES DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DES DETENUS	9
1.1 Les conditions actuelles de la prise en charge psychiatrique des détenus	9
1.1.1 Santé et prison	9
A. La population carcérale	9
B. Données épidémiologiques	10
C. Les modalités de soins psychiatriques aux détenus : S.M.P.R., U.C.S.A., hospitalisation.....	12
D. Les limites de l'organisation actuelle.....	14
1.1.2 Aspects juridiques et éthiques	19
A. La réglementation en vigueur	20
B. La mise en application des textes : aspects pratiques et éthiques de l'accueil du « patient-détenu » dans les unités sectorisées.....	23
- le transfert et le transport	23
- les conditions de séjour et de soins : en l'absence de garde policière, le détenu est-il un « H.O. » comme les autres ?	24
- la question des chambres d'isolement	25
- le rôle du directeur d'établissement	26
- le secret professionnel	26
- problèmes éthiques	27
C. Orientations récentes	30
- A l'échelle nationale	30
- A l'échelle régionale	31
1.2 Le cas du Centre Hospitalier Montperrin	32
1.2.1 Le contexte local de la prise en charge psychiatrique des détenus	32
A. Présentation de l'établissement	32
B. Le contexte géographique, judiciaire et carcéral	33
1.2.2 L'activité et les deux facettes de la prise en charge : en milieu carcéral, en milieu hospitalier	33
A. Les soins en milieu pénitentiaire	33
B. L'accueil des détenus en service de psychiatrie générale	35
1.2.3 Le S.P.A.D.	36
1.2.4 La procédure suivie pour les Hospitalisations d'Office de détenus dits « D398 » au C.H.S. Montperrin	38
A. Principes	39
B. Règles particulières liées au statut de détenu	40
2. ANALYSE DE LA SITUATION A PARTIR DE L'ENQUETE SUR LE TERRAIN	44
2.1. Méthodologie	44
2.2 Analyse des données	47
2.2.1 Synthèse des éléments et conclusions issus de l'observation directe et de l'étude de documents internes	47
A. Les conditions des transferts	47
B. Les modalités d'accueil du patient détenu au regard des disponibilités en lits	49

C. La coopération et l'échange d'information entre les administrations hospitalière et pénitentiaire	49
2.2.2 Analyse thématique du contenu des entretiens	51
A. Collaboration et coopération	51
B. L'accès à la fiche pénale	52
C. La qualité des soins	53
- l'indication de placement en chambre d'isolement	53
- la continuité des soins	54
E. « Charge de travail »	54
- d'un point de vue quantitatif	54
- d'un point de vue qualitatif : dimension symbolique et ressenti des équipes	55
F. Les questions de sécurité	56
- les locaux	56
- les transferts	56
- les procédures	57
G. Bilan : principales difficultés et actions d'améliorations mises en œuvre ou à envisager	57
2.3 Perspectives et propositions	60
2.3.1 Au niveau ministériel/national	60
A. L'accompagnement des professionnels	60
B. La coopération des administration et la sécurisation des établissements de santé	61
C. Un protocole national et un statut clarifié du « patient-détenu »	62
D. Intégrer les U.H.S.A. aux U.H.S.I.	62
2.3.2. Au niveau local	63
A. Favoriser la coopération et la communication	63
B. Sécuriser les transferts	65
C. Une structure « lits-portes » au sein de l'établissement pénitentiaire.	66
 CONCLUSION.....	 68
BIBLIOGRAPHIE.....	69
LISTE DES ANNEXES.....	70

Liste des sigles utilisés

A.D.E.S.M.	Association des Etablissements gérant des Secteurs de Santé Mentale
A.N.A.E.S.	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
A.R.H.	Agence Régionale d'Hospitalisation
C.A.P. 48	Centre d'Accueil Permanent 48 heures
C.A.T.T.P.	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
C.H.	Centre Hospitalier
C.H.M.	Centre Hospitalier Montperrin
C.H.P.A.	Centre Hospitalier du Pays d'Aix
C.M.P	Centre Médico-Psychologique
C.P.P	Code de Procédure Pénale
C.S.P.	Code de la Santé Publique
D.D.A.S.S.	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.H.O.S.	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
D.R.S.P.	Direction des services pénitentiaires
F.A.U.P.L	Fédération Accueil, Urgence et Psychiatrie de Liaison
H.A.S.	Haute Autorité de Santé
H.O.	Hospitalisation d'Office
H.D.T.	Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
I.G.A.S.	Inspection Générale des Affaires Sociales
S.M.P.R	Service Médico-Psychologique Régional
S.P.A.D.	Service de Soins Psychiatriques Ambulatoires aux Détenus
S.P.I.P.	Services pénitentiaires d'insertion et de probation
U.C.S.A.	Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
U.H.S.A	Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
U.H.S.I.	Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
U.M.A.P.	Unité pour Malade Agité et Perturbateur
U.M.D.	Unité pour Malade Difficile
U.S.I.P.	Unité de Soins Intensifs en Psychiatrie

INTRODUCTION

Choix du thème, contexte et actualité de la question

« Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur » : titre du compte-rendu de l'enquête HID-prison, qui est une extension de l'enquête HID (Handicaps-Incapacités-Dépendances), une telle assertion ne surprend pas à l'heure où le problème des prisons en France connaît une visibilité et une médiatisation croissantes ; Aline Désesquelles précise dans son article que « plus de trois personnes détenues sur cinq rencontrent dans leur vie quotidienne des difficultés physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales liées à des problèmes de santé ». Il est alarmant de savoir que si « ces incapacités, le plus souvent antérieures à l'incarcération, (...) se traduisent notamment par le fait qu'une personne détenue sur dix déclare avoir besoin d'une aide humaine ou matérielle », ce besoin n'est pourtant « satisfait que dans un cas sur trois »¹.

La population carcérale est une population fragilisée et elle l'est tout particulièrement en ce qui concerne la santé mentale ; le Plan de Santé Mentale de 2001 réclamait « une meilleure attention portée à la santé mentale des détenus dans le cadre de la préparation du projet de loi d'orientation pénitentiaire »² et l'observatoire national de prisons indiquait en juillet 2004 que plus du quart des personnes détenues souffrait de troubles psychiatriques, ce qui montre à quel point les liens entre l'univers carcéral et la pathologie psychiatrique sont étroits. Selon les résultats d'une récente enquête ministérielle sur la période 2003-2005, 40% des détenus souffrent de troubles dépressifs et quelque 1 800 détenus sont actuellement hospitalisés en établissement psychiatrique. L'incarcération de malades mentaux (que reflète notamment le recul depuis quelques années du nombre de cas d'irresponsabilité en application de l'article 122-1) comme l'hospitalisation des prévenus ou condamnés ne sont pas sans poser des problèmes organisationnels, mais aussi éthiques. Les intrications complexes entre la sphère sanitaire d'une part, judiciaire et carcérale d'autre part, doivent conduire à engager une réflexion conjointe sur les problèmes communs aux professionnels de ces différents secteurs ; le plan Psychiatrie et santé mentale³ prévoit à cet égard pour la période 2005-2008 des actions santé-justice - et notamment un programme de développement de la prévention du suicide consécutif au rapport du Professeur Terra (2003).

La prise en charge psychiatrique des détenus représente aujourd'hui, du reste, une thématique à l'actualité brûlante du fait notamment du problème des évasions — le taux

¹ Aline Désesquelle, Institut National d'Etude Démographiques et groupe de projet HID-prisons, « Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur », juin 2002 ; www.insee.fr

² Plan de Santé Mentale, « L'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover », novembre 2001

³ www.sante.gouv.fr/html/dossiers/sante_mentale/plan_2005-2008.pdf

d'évasion à partir des hôpitaux psychiatriques où les détenus sont surveillés par le personnel hospitalier est 10 fois plus élevé qu'à partir des hôpitaux généraux, où ils sont gardés par la police et la gendarmerie - mais aussi parce que les rapports entre prison et hôpital, les conditions de prise en charge des détenus sont vraisemblablement amenés à être repensés dans les années qui viennent.

L'été 2005 a été placé sous le signe d'une réflexion au niveau national sur les possibilités à envisager pour améliorer et sécuriser les modalités de prise en charge psychiatrique des détenus, du fait d'inquiétudes liées à une série d'évasions de personnes internées en hôpital psychiatrique (Pau, Limoges et près de Rouen), inquiétudes dont la presse nationale et la presse locale se sont fait l'écho ; ainsi, dans *Le Figaro* du 10 août 2005, Cécilia Gabizon soulignait le « nombre croissant de détenus dangereux dans les services spécialisés » et la nécessité de « moyens accrus pour la sécurité des centres psychiatriques », ou encore l'article consacré à la sécurisation des hôpitaux psychiatriques par la plate-forme Hospimédia le 19 août 2005 était intitulé « Les C.H.S. ne sont pas des prisons »⁴. De la même façon, la presse régionale et locale a contribué à l'intense médiatisation de cette problématique, souvent à renfort de titres chocs et de reportages alarmistes⁵.

Face à de telles réactions des médias, l'A.D.E.S.M. (Association des Etablissements Gérant des Secteurs de Santé Mentale) a réagi par un communiqué de presse destiné à faire part de son inquiétude à propos « de la médiatisation excessive que connaissent les fugues de patients hospitalisés sous contrainte dans les établissements ou services psychiatriques ». Elle y indiquait également que « le risque majeur réside vraisemblablement, de la part de détenus, dans un objectif d'admission dans les services de psychiatrie qu'il est plus facile de quitter qu'un lieu de détention » pour conclure : « il est essentiel de rappeler que les établissements de santé ont pour mission la prise en charge de patients, dans un contexte qui ne peut être assimilé au milieu pénitentiaire, tant sur le plan des locaux que sur celui du rôle des personnels »⁶.

Face aux événements survenus dans le Centre hospitalier des Pyrénées à Pau et dans les centres hospitaliers spécialisés de Limoges et de Rouvray à Sotteville-les-

⁴ Géraldine Langlois, 19-08-2005, www.hospimedia.fr

⁵ *La Provence* du 29 août 2005 consacrait à cette question plusieurs articles, dont l'un était intitulé : « Pas moins de huit évasions en trois mois, des personnels agressés et une grande inquiétude », ainsi qu'une analyse de la part des détenus dans la file active du Centre Hospitalier Spécialisé Montfavet, qui mettant en évidence « la forte augmentation des détenus hospitalisés dont le nombre est passé de moins de 60 par an en 2002 à 157 en 2004 », et le fait que « ces détenus (...) installés en chambre d'isolement mobilisent beaucoup de personnels (...) La promiscuité avec les patients pose aussi des problèmes, notamment avec les visites autorisées des familles de détenus ». Catherine Estève, « La réalité sur la sécurité dans les hôpitaux psychiatriques », *La Provence*, 29 août, 2005, p. 17

⁶ A.D.E.S.M., Communiqué de Presse, 18 août 2005. L'Adesm regroupe l'ensemble des établissements publics qui gèrent des secteurs de santé mentale (qu'ils soient en CHS en CHU ou en CH) et de établissements privés participant au service public hospitalier.

Rouen, qui se sont conclus par la fugue de personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques, le ministre de la santé et des solidarités, Xavier Bertrand, a réuni le mardi 9 août l'ensemble des directeurs de centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie pour débattre avec eux de la situation et élaborer une stratégie commune pour améliorer la sécurité au sein des hôpitaux⁷. Il a également demandé à ce que deux personnes de l'Observatoire des violences hospitalières piloté par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (D.H.O.S.) se rendent au CHP de Pau dès le 4 août puis au CHS de Limoges le 5 août et enfin au centre hospitalier spécialisé du Rouvray le 6 août afin que cette mission fasse le point de la situation avec les Agences régionales de l'hospitalisation (A.R.H.), les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (D.D.A.S.S.) concernées, les représentants institutionnels et syndicaux et rende compte au Ministre de l'ensemble de sa mission le 9 août. La réunion des directeurs d'établissement a été l'occasion de réaffirmer l'attention devant être portée à la sécurité dans les établissements de santé en général et dans les établissements spécialisés en psychiatrie ainsi que la nécessité d'examiner cette question sous l'angle des soins à apporter aux patients pris en charge. Un double objectif a été formulé : accélérer la mise en œuvre du Plan Psychiatrie et santé mentale et mettre en place un programme d'actions spécifiques centré sur la sécurisation des personnels et des malades notamment en ce qui concerne la prise en charge psychiatrique des détenus.

Cette rencontre a permis également de préciser les modalités de mise en œuvre du programme des Unités hospitalières spécialement aménagées (U.H.S.A.), unités dédiées, au sein des hôpitaux, à la prise en charge des personnes détenues présentant des pathologies psychiatriques, prévues par la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002 et dont les premières ouvertures interviendront en 2008. L'objectif à cette date est augmenté de 50%⁸ pour un total de 700 places, le programme de création des UHSA devant répondre en priorité aux besoins des régions où la population pénitentiaire est la plus dense.

Le ministre de la santé et des solidarités a lui-même souligné que « ce calendrier bien qu'accélééré [laissait] émerger la nécessité d'aménager une période intermédiaire », pour laquelle il souhaitait proposer à la concertation la création rapide de chambres sécurisées mais aussi engager la réflexion sur la création, dans, les locaux existants, d'unités de type «UMAP »⁹ ou de type « USIP»¹⁰. Enfin, il a annoncé qu'un groupe de travail interministériel Intérieur, Justice, Santé devrait soumettre à concertation des propositions conjointes sur le statut des personnes détenues nécessitant une hospitalisation en

⁷ Voir Annexe n°2

⁸ la première tranche prévoit la création de en 2008 de 450 lits au lieu des 300 lits initialement prévus, la seconde tranche la création de 250 lits supplémentaires en 2010

⁹ U.M.A.P.: Unité pour malades agités et perturbateurs

¹⁰ U.S.I.P. : Unité de soins intensifs en psychiatrie

psychiatrie, les modalités de transport, les mesures de sécurité inhérentes à la prise en charge de ces personnes et la sécurisation des visites de familles ou de proches, tandis qu'un deuxième groupe de travail devrait définir le protocole d'accueil et de prise en charge des patients détenus (pour établir en particulier une fiche-type de liaison entre santé, police et justice).

Ce rappel quasiment exhaustif du contexte actuel de la question de la prise en charge psychiatrique des détenus semblait indispensable au seuil de cette enquête dans la mesure où les dernières évolutions de la situation, pour conjoncturelles qu'elles soient, ont accru la visibilité du problème et conduit à de nouvelles orientations nationales et locales en la matière.

Problématique

Si les difficultés manifestes liées à la prise en charge psychiatrique des détenus en C.H.S. débouchent au niveau national sur un aménagement du programme des U.H.S.A., et, en attendant leur mise en place, sur une réflexion orientée sur les unités spécialisées et les modalités de coopération interministérielles, qu'en est-il à l'échelle d'un établissement de taille moyenne ? L'accueil de détenus dans un centre hospitalier spécialisé pose un problème de sécurité pour le personnel et les autres malades, mais également un problème quant à la qualité des soins aux détenus, qui sont dispensés dans des conditions un peu particulières alors même qu'il s'agit de populations fragilisées. Seuls les patients (détenus ou non) hospitalisés en unités pour malades difficiles (U.M.D.) font l'objet d'une surveillance renforcée par les soignants, or il n'en existe que quatre en France et il faut rappeler que le nombre de détenus hospitalisés d'office a été multiplié par 15 en l'espace de dix ans. Qu'il s'agisse de troubles psychiatriques, diagnostiqués ou non, de toxicomanie¹¹, les populations des centres de détention et maisons d'arrêt ont un besoin particulier et croissant de soins psychiatriques, et ceux-ci s'organisent principalement suivant trois modes : les soins en ambulatoire, au sein des établissements carcéraux, ou l'hospitalisation au sein de l'établissement hospitalier.

Cette question apparaît donc comme une préoccupation essentielle pour un directeur d'établissement hospitalier. Au-delà des questions d'ordre général que peuvent susciter les relations entre hôpital psychiatrique et prison, il s'agit, dans le cadre d'un mémoire professionnel, d'observer les problèmes que pose la prise en charge de personnes détenues pour un centre hospitalier spécialisé et l'organisation qu'elle requiert, en termes de structures, de moyens humains, de coopération entre établissements. Le terrain d'observation choisi est le lieu de stage, le Centre Hospitalier Spécialisé Montpellier, qui

¹¹ Au 1^{er} mai 2000, 14,8% de détenus étaient incarcérés pour une infraction à la législation sur les stupéfiants selon l'Observatoire International des Prisons(O.I.P.)

correspond parfaitement aux conditions de taille et d'organisation interne et externe souhaité pour l'élaboration de ce travail. Le choix d'un mémoire de type professionnel ne saurait justifier ici l'économie de considérations d'ordre juridique et éthique, fondamentales dans la mesure où se pose la question de la recherche d'un équilibre entre punir et soigner, entre liberté individuelle et nécessité des soins, mais aussi d'une conciliation des impératifs de sécurité des patients et du personnel d'une part, de qualité des soins d'autre part.

Terrain de référence et d'observation : le C.H.S. Montperrin

Le centre hospitalier Montperrin apparaît comme un établissement de référence en psychiatrie dans la région d'Aix-en-Provence, couvrant un bassin de population de 500 000 habitants sur 6 secteurs : Aix-Trets, Salon de Provence, Aix-Miramas, Aix-Vitrolles, Aix-Gardanne et Aix-Pertuis - cette dernière ville lui faisant dépasser les limites du département des Bouches-du-Rhône. La file active de l'hôpital s'élève à plus de 16000 patients, et celui-ci emploie près de 1000 agents, dont plus de 700 soignants. Avec 565 lits et places autorisés, le centre hospitalier Montperrin apparaît également comme un établissement de taille humaine, qui permet d'appréhender clairement la question de la prise en charge des détenus. Celle-ci est assurée par l'équipe d'un intersecteur qui lui est spécifiquement dédié : infirmiers, médecins psychiatres et psychologues du Service de Soins Psychiatrique Ambulatoires aux Détenus (S.P.A.D.) assurent le suivi sur le plan psychiatrique des personnes incarcérées à la maison d'arrêt de Luynes et au centre de détention de Salon de Provence

Les soins psychiatriques en établissement pénitentiaire sont délivrés au sein des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (U.C.S.A.) en collaboration avec l'équipe somatique du Centre Hospitalier du Pays d'Aix ; lorsque l'état de santé mentale d'un détenu est incompatible avec son maintien en détention, un transfert est organisé dans un service hospitalier de psychiatrie. La procédure engagée est celle d'une mesure d'hospitalisation d'office prise par arrêté préfectoral. Le régime de l'hospitalisation d'office étant censé contenir en lui-même les mesures de sécurité adéquates, il n'est pas prévu de garde du détenu par la police ou la gendarmerie, contrairement à une hospitalisation en soins somatiques. Du reste il convient de souligner que le seul mode d'hospitalisation accessible aux détenus étant l'hospitalisation d'office, les critères d'hospitalisation à la demande de tiers n'étant nullement applicables aux détenus, il est impossible d'hospitaliser des personnes suicidaires ou dont l'état de santé s'aggrave mais qui ne présentent aucun élément de danger pour autrui.

Dès lors, on peut s'interroger sur la possibilité pour un centre hospitalier d'assurer vis-à-vis du personnel, des autres malades, des conditions de sécurité équivalentes à celle

d'un établissement carcéral et sur les moyens dont il dispose pour se substituer temporairement à la prison.

Plusieurs difficultés apparaissent a priori :

- Les locaux sont-ils adaptés à l'accueil des détenus ?
- Quel est le ressenti du personnel qui les prend en charge ? Comment évaluer la charge de travail supplémentaire que cette mission implique ?
- Plus généralement, quelles mesures sont mises en œuvre pour garantir la garde des détenus ainsi que la sécurité du personnel de l'hôpital et des autres patients ? Ces mesures permettent-elles de proposer une prise en charge optimale des personnes issues du milieu pénitentiaire ?

Il apparaît donc que le problème présente des aspects matériels (où et comment recevoir les malades détenus ? Comment concilier la sécurité et la qualité des soins ?), appelle une réflexion en matière de gestion des ressources humaines (charge de travail, ressenti du personnel) mais comporte également une forte dimension éthique et de qualité des soins (la personne détenue, au sein de l'hôpital psychiatrique, est-elle avant tout un malade, un détenu ? comment assurer l'équité de l'accès aux soins ?)

Objet de l'enquête et méthode

La méthodologie de ce travail sera présentée en détail préalablement aux résultats de l'enquête. Etant donné qu'il s'agissait, face à une difficulté pressentie notamment lors de la visites des unités d'hospitalisation durant le premier stage hospitalier, d'examiner les pratiques et procédures d'un établissement donné, afin de dresser un constat de la situation actuelle, de repérer notamment les difficultés ressenties par les professionnels, pour enfin proposer des pistes d'action et de réflexion, cette étude a été menée suivant une approche inductive. A la suite de la recherche documentaire, la première phase du travail, visant au recueil des données, s'est basée d'une part sur l'observation directe et la consultation des documents internes, d'autre part sur la rencontre des différents acteurs concernés, qui a donné lieu à une série d'entretiens : médecin chef de service et cadre supérieur de santé du S.P.A.D., directeur de l'établissement, directeur du pôle patients, de affaires générales et de la qualité, directeur d'établissement pénitentiaire, médecin, cadre supérieur de santé, cadre de santé et infirmiers des unités de soin les plus concernées par l'accueil des détenus. Cette enquête sur le terrain a été enrichie éléments fournis par une recherche bibliographique spécifique, par l'étude des procédures sur documents, des différents courriers et compte-rendu de réunions permettant de recenser les difficultés et points de vue des différents professionnels, et s'est accompagnée de visites à d'autres structures à titre comparatif.

La deuxième phase du travail a consisté, à partir du corpus de documents et d'informations réunis dans un premier temps, à analyser les données recueillies pour

redéfinir le questionnement à la lumière des problématiques essentielles ayant émergé lors de l'enquête sur le terrain, afin de formaliser l'organisation observée, de relever les difficultés rencontrées et les solutions mises en œuvre.

Il semble indispensable de commencer par dresser un état des lieux de la situation actuelle en matière de prise en charge psychiatrique des détenus tant au niveau global ou national, pour présenter les aspects juridiques et sociétaux, épidémiologiques et statistiques de la question, qu'à l'échelle locale, pour exposer l'activité du Centre Hospitalier Montperrin en matière de soins aux détenus, mais aussi les données environnementales (contexte judiciaire et carcéral) et organisationnelles (procédures et politique d'établissement) caractéristiques de l'établissement.

Dans un second temps, il faudra s'attacher à rendre compte de l'enquête réalisée, et analyser les résultats à la lumière du positionnement des acteurs rencontrés. Ce bilan donnera l'occasion d'évaluer les modalités de coopération entre les différents professionnels concernés : équipes de soin et administration pénitentiaire. Cela permettra enfin de formuler les perspectives d'évolution de cette problématique et les propositions auxquelles ont abouti cette enquête, qui recoupent les actions susceptibles d'être mises en œuvre sur le plan global ou par une direction d'établissement. Il s'agira donc d'envisager la question selon les deux niveaux auxquels elle est susceptible d'évoluer : à l'échelle nationale et au niveau de l'établissement.

I. LES ENJEUX MULTIPLES DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DES DETENUS

1.1 Les conditions actuelles de la prise en charge psychiatrique des détenus

Aux frontières du juridique et du sanitaire, la question de la prise en charge psychiatrique des détenus conduit d'une part à examiner les relations entre santé et prison d'autre part à envisager en détail les aspects réglementaires et éthiques.

1.1.1 Santé et prison

Les relations entre santé et prison sont des plus complexes, et aujourd'hui, comme l'écrit Robert Caballero, «de plus en plus de détenus présentent des manifestations comportementales qui incitent les surveillants de l'administration pénitentiaire à les déclarer relever beaucoup plus de la psychiatrie que de la prison »¹² ; il faut commencer par examiner les caractéristiques sanitaires de cette population particulièrement fragilisée sur le plan psychiatrique, pour essayer de comprendre les liaisons dangereuses qui existent entre ces deux univers.

A) La population carcérale

La population carcérale est une population particulièrement fragilisée sur le plan psychiatrique. Les statistiques nationales du ministère de la justice mettent en évidence les caractéristiques principales de cette population.

Au 1^{er} juin 2005, en métropole et outre-mer, on recensait 59 786 personnes écrouées détenues dont 20 910 prévenus et 38 876 condamnés dont 2 129 femmes détenues, soit 3,6% de l'ensemble.

A la même date, le taux de détention est donc en France de 94,9 détenus pour 100 000 habitants (contre 75,6 pour 100 000 habitants au 1er janvier 2001).

¹² Robert Caballero, « Entre psychiatrie et prison. Réprimer ou soigner ? », Mémoire de directeur des soins, ENSP, 2001

La répartition par âge au 1^{er} avril 2005 fait apparaître que :

26,2% des détenus ont entre 30 et 40 ans,

18,1 % entre 25 et 30 ans,

17,3% entre 21 et 25 ans.

La répartition selon la nature de l'infraction principale commise donne un éclairage significatif sur la population carcérale : les quatre motifs de détention majoritaires statistiquement sont :

viol ou agressions sexuelles (sur mineur ou adulte) : 21,8 %,

vol simple et qualifié : 16,5 %,

coups et blessures volontaires : 17,4%,

infraction à la législation sur les stupéfiants : 14,9 %.

Enfin, le bilan des incidents en détention recensés au cours de l'année 2004 laisse entrevoir les difficultés quotidiennes liées à la vie carcérale :

- 115 suicides dont 109 en détention
- 18 évasions sous garde pénitentiaire concernant 22 détenus
- 38 tentatives d'évasion concernant 52 détenus
- 520 agressions contre le personnel.

B) Données épidémiologiques

L'enquête épidémiologique portant sur les « entrants » lancée par la Direction Générale de la Santé auprès des S.M.P.R. en 2001, révélait que 55% des entrants présentaient des troubles psychiques ; les affections se répartissant ainsi :

- anxiété : 55 %
- troubles addictifs : 54 %
- troubles psycho-somatiques : 42 %
- troubles de conduites 42 %
- symptôme de dépression : 43 %
- symptômes liés à la déficience : 24 %
- symptômes liés à la psychose : 19 %.

Or une étude épidémiologique plus récente consacrée à la santé mentale en prison – et non plus centrée sur les seuls SMPR – rendue publique mardi 7 décembre 2004,

alourdit encore ce bilan, puisqu'elle met en évidence que huit hommes détenus sur dix et plus de sept femmes détenues sur dix présenteraient au moins un trouble psychiatrique, la grande majorité en cumulant plusieurs ; dans 10% des cas, il s'agirait d'une schizophrénie. Cette enquête a été menée conjointement par la direction générale de la santé (DGS) et l'administration pénitentiaire sous la direction du professeur Bruno Falissard, biostatisticien et épidémiologiste, et du professeur Frédéric Rouillon, psychiatre. 998 personnes, détenues dans 23 établissements pénitentiaires et constituant un échantillon représentatif de la population carcérale, ont été interrogées entre juillet 2003 et septembre 2004. Les entretiens ont été réalisés selon le Mini international neuropsychiatric interview (Mini), un questionnaire diagnostique standardisé, couplé à un entretien ouvert réalisé par un psychiatre. Centrée sur le repérage de symptômes et non de pathologies identifiées, cette méthodologie aboutit souvent à des prévalences plus élevées que l'observation clinique.

Les pathologies rencontrées par les médecins psychiatres ayant réalisé l'enquête sont diverses : troubles anxieux (56 % des détenus en présenteraient au moins un), troubles dépressifs (47 %), dépendances aux substances illicites ou à l'alcool (34 %), troubles psychotiques (24 %).

Les troubles sont fréquemment antérieurs à l'incarcération : 28 % des détenus ont des antécédents de maltraitance, 16 % ont déjà été hospitalisés pour raisons psychiatriques ; en résumé plus d'un tiers des personnes détenues interrogées a consulté préalablement à son incarcération un psychologue, un psychiatre ou un médecin généraliste pour un motif psychiatrique.

Les conduites addictives, souvent à l'origine des comportements violents ayant entraîné l'incarcération, concernent un tiers de la population carcérale : un abus ou une dépendance à l'alcool ont ainsi été diagnostiqués chez 30 % des détenus incarcérés depuis moins de six mois et un abus ou une dépendance aux substances, chez 38 % d'entre eux.

Les troubles sont donc souvent anciens mais le contact avec l'univers carcéral, très anxiogène, explique en partie qu'un détenu sur deux ait été repéré comme manifestant des troubles anxieux ou dépressifs. Parmi eux, 31 % souffriraient d'anxiété généralisée, une pathologie deux fois plus fréquente en maison d'arrêt et en centre de détention qu'en maison centrale. Au sein des personnes souffrant de troubles de l'humeur, l'enquête a identifié 39 % de détenus présentant des syndromes dépressifs, avec une proportion moindre en centre de détention.

Enfin, le risque suicidaire est particulièrement prégnant : il est repéré pour 40 % des hommes détenus et 62 % des femmes incarcérées, risque jugé élevé pour la moitié d'entre eux. Ces résultats sont cohérents avec le taux de suicides dans les prisons françaises, qui, avec 22,4 pour 10 000 détenus en 2002, reste le plus important d'Europe.

Les résultats de l'étude en matière de prévalence des troubles psychotiques présentent les résultats suivants : un détenu sur quatre (24 %) serait atteint de troubles psychotiques : 8 % présenteraient une schizophrénie, 8 % une psychose chronique non schizophrénique, 3 % une schizophrénie dysthymique (associée à des troubles de l'humeur) et 5 % une pathologie dont le type n'a pas été précisé par les enquêteurs.

Il importe de préciser que, l'exploitation des résultats n'étant pas achevée, ces données sont encore provisoires, et devront être mises en perspective avec d'autres études ; mais il apparaît toutefois de façon indubitable que les besoins en santé mentale sont particulièrement élevés chez les personnes détenues.

C) Les modalités de soins psychiatriques aux détenus : SMPR, UCSA, hospitalisation en secteur psychiatrique

En 1994, la prise en charge sanitaire des détenus est transférée de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier. Cette réforme répond à la volonté d'améliorer l'accès aux soins des détenus et de mettre en place une politique de santé publique en milieu carcéral. La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a profondément modifié l'organisation des soins.

Le guide méthodologique annexé à la circulaire du 8 décembre 1994 décrit très précisément les modalités pratiques de mise en œuvre de la réforme, notamment l'organisation et le fonctionnement du nouveau dispositif de soins, ainsi que l'articulation entre le service public pénitentiaire et le service public hospitalier. Il prévoit notamment que les soins en milieu pénitentiaire seront dispensés par des unités fonctionnelles du service public hospitalier, dénommées unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), et que celles-ci auront également la charge d'organiser le recours à l'hôpital chaque fois que cela s'avérera nécessaire, qu'il s'agisse d'hospitalisations ou de consultations et examens spécialisés nécessitant un recours au plateau technique. S'agissant des soins psychiatriques, un dispositif mixte est instauré ; il prévoit que les actions de prévention et les soins psychiatriques courants sont assurés par les secteurs de psychiatrie générale locaux au sein des UCSA, et les soins plus spécialisés, y compris l'hospitalisation en milieu pénitentiaire, par les SMPR créés en 1986 (portés à 26 en 1994). Les hospitalisations d'office ont lieu en milieu hospitalier, dans les établissements habilités à recevoir les malades hospitalisés sous contrainte. La réforme a été mise en

place entre 1995 et 1997 dans le parc pénitentiaire public, et en 2001 dans les établissements du Programme 13 000. La prise en charge sanitaire des détenus est maintenant totalement assurée par le service public hospitalier. Le dispositif concerne 186 sites pénitentiaires, impliquant 239 établissements de santé publique et 88 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie.

Les équipes des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) dispensent des soins psychiatriques dans les centrales ou les maisons d'arrêt, auprès des détenus souffrant de problèmes psychologiques¹³. Quand la pathologie psychiatrique devient trop " lourde ", le détenu peut être transféré en service d'hospitalisation psychiatrique, sur ordre du Préfet¹⁴. Il revient alors aux équipes de soins des secteurs ordinaires d'assurer à la fois la garde du détenu et les soins psychiatriques requis.

L'article D 398 du Code de Procédure Pénale transforme l'établissement de soins en établissement d'enfermement... Il présuppose que le soin psychiatrique se fera nécessairement en pavillon fermé, ce qui n'est plus obligatoire depuis la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 du Code de Santé Publique, qui fait disparaître toute référence à l'enfermement qui était juridiquement la règle sous l'empire de l'ancien texte du 30 juin 1838.

Si le détenu-patient est violent ou jugé potentiellement dangereux, il peut être transféré en Unité pour malades difficiles (U.M.D.). Toutefois, les U.M.D. n'accueillent que peu de détenus (en mars 2003, les quatre UMD accueillait 61 détenus)

Pour résumer, le dispositif de soins psychiatriques aux détenus recoupe :

- les soins courants en UCSA (il en existe une par établissement pénitentiaire, elles sont rattachées à l'hôpital de proximité)
- les soins intensifs et l'hospitalisation dans l'un des 26 SMPR (en cas de consentement à l'hospitalisation)
- à défaut de SMPR ou en cas de refus des soins, l'hospitalisation en secteur de psychiatrie générale : les journées d'hospitalisation s'élèvent à 60 370, cela représente 165 lits occupés à titre permanent. Le nombre d'hospitalisations d'office est passé de 100 en 1994 à 1317 en 2001 et 1621 en 2002

L'évolution des effectifs médicaux et non médicaux dédiés aux soins psychiatriques dans les UCSA entre 1997 et 2001 témoigne d'une amélioration de la prise en compte des besoins en santé mentale de la population incarcérée :

Personnels médicaux	(en équivalent temps plein)	
	1997	128,81
	2001	172,51

¹³ Voir Annexe n°5

¹⁴ article D398 du Code de Procédure Pénale

Personnels non médicaux (en équivalent temps plein)

1997	422,98
2001	581,37

Une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), publiée en septembre 2005, effectue un bilan de la prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003. Celle-ci fait état d'un « recours aux soins de santé mentale 10 fois supérieur à celui observé en population générale »¹⁵.

Durant cette année, la plupart des 85 000 personnes entrées en détention, ont bénéficié d'un entretien avec une équipe de soins psychiatriques. 52% des entretiens réalisés en service médico-psychologique régional (SMPR) et 20% des entretiens réalisés dans des services de psychiatrie générale ont donné lieu à une préconisation de suivi psychiatrique, indique l'étude.

Selon les auteurs "Le taux de recours des détenus aux soins psychiatriques peut à cet égard être estimé à 271 pour 1000 (...) Etant donné les contraintes pénitentiaires, l'hospitalisation du patient s'effectue principalement avec le consentement du détenu, dans les locaux du SMPR ».

A l'heure actuelle, il semblerait que la coordination entre les UCSA, les SMPR et les services de psychiatrie reste à améliorer. Les soins psychiatriques aux personnes détenues, en application de l'article 48 de la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002, devront être dispensés dans des unités spécialement aménagées. Rappelons enfin que le nombre de détenus hospitalisés à l'heure actuelle est de 1830.

D) Les limites de l'organisation actuelle

Des rapports successifs (Pradier 1999, Sénat et Assemblée Nationale 2000, IGAS-IGSI 2001, Piel et Roelandt 2001) ont mis en évidence l'inadaptation de la réponse apportée de par le dispositif de soins psychiatriques aux besoins des personnes détenues. On évoquera ici les apports majeurs ces travaux.

¹⁵ Direction de la recherche des études et de l'évaluation statistique, *Etudes et Résultats*, n° 427, septembre 2005, « La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003 », source : www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er427/er427.pdf

Le rapport fait au nom de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la situation dans les prisons françaises¹⁶ mérite d'être ici évoqué dans la mesure où il met l'accent sur des éléments particulièrement problématiques et souvent négligés dans les analyses consacrées à la prise en charge psychiatrique des détenus. Il met en évidence d'une façon générale l'insuffisance de la prise en charge psychiatrique et propose cet éclairage pertinent sur les facteurs d'évolution de la situation :

« Un nombre croissant de personnes souffrant de troubles psychologiques ou psychiatriques, à des degrés divers, sont incarcérées ou développent ces troubles en prison. Cela tient, notamment, à la fois à l'évolution des pratiques en matière d'expertise psychiatrique et à la diminution des capacités d'hospitalisation psychiatrique »¹⁷.

Il souligne également les disparités de moyens des différents SMPR, qui posent un problème majeur par exemple, pour l'application de la loi relative à la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles, ou encore le fait que la possibilité de procéder à des hospitalisations d'office en hôpital psychiatrique se heurte à l'évolution de ces hôpitaux, qui «mettent en avant leur ouverture pour justifier leur réticence à l'accueil de ces détenus, car ils ne sont pas équipés pour répondre au risque d'évasion », ce qui donne lieu à des hospitalisations qui ne sont pas d'une durée suffisante pour être efficaces. Selon le Docteur Betty Brahmy, médecin psychiatre :

« Tous les psychiatres de SMPR ont beaucoup de difficulté à placer leurs patients en hôpital psychiatrique. En effet, ces établissements ont humanisé leurs services, les ont ouverts. Ils ont un personnel souvent moindre qu'il y a quelques années. Ils ont fermé un nombre de lits assez important. Ils ne souhaitent pas fermer un pavillon de vingt-cinq places pour un détenu.(...) L'équipe de psychiatrie a la charge non seulement des soins du patient, mais également de sa sécurité, ce qui les fait un peu réfléchir. Ils ont peur des conséquences. Quand il s'agit de quelqu'un qui encourt une peine d'un mois de prison, ils ne sont pas trop inquiets, mais quand le détenu est incarcéré pour des faits beaucoup plus graves, ils se sentent à juste titre très concernés par les questions de sécurité. »

Le rapport de l'Assemblée Nationale indique encore que l'hospitalisation d'office avec orientation en unité pour malade difficile (UMD) soulève, elle aussi, des difficultés en termes de capacités d'accueil et de délais, enfin, que la continuité de la prise en charge se heurte aux difficultés de coordination entre les SMPR et les services sectorisés : le suivi post-pénal n'est pas toujours organisé en Centre Médico-Psychologique (C.M.P.) et quand il l'est, les entretiens ont souvent lieu dans des conditions non satisfaisantes. Il

¹⁶ Documents d'information de l'Assemblée nationale n°2521, 2000

¹⁷ Source : www.assemblee-nationale.fr

insiste enfin avec véhémence sur l'attention que doit attirer le risque suicidaire en milieu carcéral, sept fois plus élevé qu'en milieu ordinaire.

Le rapport de l'I.G.A.S. et de l'Inspection Générale des Services Judiciaires¹⁸ publié en juin 2001, tout en soulignant les progrès permis par la loi de 1994, insiste sur les insuffisances du dispositif tant en termes de moyens alloués que d'organisation de la coopération des acteurs ; il souligne en effet que :

- le niveau et la répartition des moyens attribués aux UCSA établis sur des bases médicales et statistiques « insuffisamment étayées », ne correspondent plus aux besoins
- les relations entre les UCSA et les SMPR sont «marquées par des logiques de territoire » (circulation de l'information défaillante, absence de doctrine commune sur des dossiers comme l'urgence ou la toxicomanie)
- la multiplicité des intervenants aboutit à une faiblesse de la coopération avec les acteurs extérieurs à la prison, dont pâtit tout particulièrement la prévention su suicide.

Il est tout à fait utile de s'arrêter également sur les constats analyses et orientations de la mission effectuée en juillet 2001 par les Docteurs Eric Piel et Jean-Luc Roelandt, qui se sont appuyés notamment sur les travaux de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM). Le rapport de mission, intitulé «De la psychiatrie vers la santé mentale » a notamment pour objectif de « proposer, sur la base du constat fait par Pierre Pradier dans son rapport relatif à l'organisation des soins en milieu carcéral, les voies d'améliorations du dispositif de prise en charge en santé mentale pour la population placée sous main de justice ».

Le rapport Piel et Roelandt a dressé un état des lieux assez alarmant de l'organisation actuelle, faisant état d'une « opposition entre logique de soins et logique pénale ». L'enquête ainsi réalisée conduit les deux médecins à énoncer qu'« en ce qui concerne les soins aux personnes placées sous main de justice (...) il ne peut être seulement envisagé une simple adaptation de l'offre actuelle des soins spécialisés (...) » et que « l'évolution fondamentale des orientations, des organisations et des moyens internes au milieu pénitentiaire est un préalable indispensable. »

Passant en revue les différentes modalités de soins psychiatriques aux détenus, le rapport Piel et Roelandt souligne d'abord l'isolement des SMPR, qui « se manifeste

¹⁸ « L'organisation des soins aux détenus », Rapport d'évaluation, juin 2001, code IGAS : 20011054 / IGSJ 200106 ; Source : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000176/0000.pdf>

notamment par l'énorme difficulté à mettre en place les suivis spécialisés après la détention, avec les CMP concernés » mais aussi « par des hospitalisations obligatoires (suivant l'article D398), mal préparées, mal comprises et souvent bâclées rapidement par les secteurs, effrayées par l'étiquette " de détenu, et ceci in fine au détriment des soins aux personnes ». D'autre part, l'accent y est mis sur le fait que 80% des budgets de la psychiatrie en milieu carcéral étant consacrés aux SMPR, que ceux-ci n'étant qu'au nombre de 26 pour 187 établissements, « les moyens ne sont pas donnés pour la prise en charge psychiatrique des détenus en dehors du travail fait par les équipes des SMPR ». Pour ce qui est des soins psychiatriques dispensés aux détenus dans les services d'hospitalisation de secteur, le rapport souligne l'« hypocrisie » qui consiste à exiger que « les équipes de soins de secteur assurent en même temps la garde et les soins en structures ouvertes (...) alors que dans le même temps les équipes de soins somatiques envisagent la création de services d'hospitalisation en Hôpital Général, où la garde sera confiée aux agents de l'Administration Pénitentiaire ou de la Police ».

Enfin, pour les soins psychiatriques en prison, les « modifications indispensables » qu'appellent de leurs vœux les Docteurs Piel et Roelandt concernent le rapprochement avec les soins généraux ainsi que le développement des soins de proximité, la disparition de l'opposition entre les logiques de soin et pénale, « stérile tant au plan des intérêts de l'individu que de ceux de la société ».

D'autre part, il semblerait que les soins en UCSA, au sein de l'établissement pénitentiaire, posent le problème du positionnement des équipes médicales et soignantes vis à vis du personnel de l'administration pénitentiaire. L'observatoire international des prisons, dans un rapport publié en 2000, s'interrogeait : « L'hôpital peut-il entrer dans la prison ? » notant que :

« Si la prise en charge sanitaire des détenus est désormais placée sous la responsabilité du service public hospitalier, l'attitude du personnel médical qui considère les détenus comme des patients, avant d'être auteurs d'infraction, n'est pas toujours admise en milieu carcéral. D'où un exercice de la mission de santé publique rendu parfois difficile par les personnels pénitentiaires et des pratiques médicales en contradiction avec les contraintes de sécurité. »¹⁹

Les effectifs consacrés aux soins psychiatriques aux personnes détenues, en juin 2001 étaient les suivants :

¹⁹ Observatoire international des prisons, *Prisons : un état des lieux*, Editions L'Esprit frappeur, Paris, 2000, p.141

	Personne médical (en équivalent temps plein)	Personnel non médical (en équivalent temps plein)
Ensemble des Etablissements Publics	173	581
Dont : SMPR	109	351

Plus de la moitié des effectifs sont donc localisés dans les SMPR²⁰, qui sont au nombre de 26 en France et réservés généralement aux soins intensifs, tandis que les UCSA assument les soins courants.

Il apparaît que les difficultés ressenties par les professionnels, mises en relief par les observateurs et les experts, sont nombreuses. Elles concernent les différentes modalités de la prise en charge psychiatrique des détenus, qu'il s'agisse des soins en SMPR, en milieu pénitentiaire ou des hospitalisation en secteur psychiatrique ; insuffisance globale de moyens, faible rôle de recours des SMPR, problèmes de sécurité pour les hospitalisations en établissement de santé, ainsi que mauvaises conditions de dispensation des soins, indication d'Hospitalisation à la Demande d'un tiers non prévue... C'est à ces insuffisances plusieurs fois repérées et dénoncées que la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002 a souhaité répondre, et notamment en uniformisant la prise en charge puisque l'hospitalisation *avec ou sans consentement* d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux doit être réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée.

²⁰ Voir Annexe n°4

1.1.2 Aspects juridiques et éthiques

De tous temps et dans la plupart des pays, la maladie mentale est et a été une cause d'irresponsabilité pénale. Le droit classique se retrouve dans le Code pénal français de 1791 puis de 1810 ; il fait le postulat du libre arbitre qui est le pré-supposé de toute incrimination. La responsabilité dans le Code pénal de 1810 est objective et calculée d'après la nature de l'infraction et non d'après la personnalité de son auteur. Le Code pénal de 1810 stipule dans son article 64 qu'il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action. Le rapport entre troubles psychiques et sanction pénale est conçu alors de façon dichotomique : soit l'auteur de l'acte délictueux est responsable de ses actes et incarcéré, soit il est irresponsable, et à ce titre, interné (rien n'étant alors prévu pour son hospitalisation qui s'effectuait dans les mêmes conditions que celle des autres malades mentaux).

Aujourd'hui, en France, la maladie mentale est bien une cause d'irresponsabilité pénale : l'ancien article 64 du code pénal qui visait l'« état de démence » ou de « contrainte » a fait place à l'article 121-3 du code pénal selon lequel « *il n'y a point de crime ou délit sans intention de le commettre ...* » et à l'article 122-1 qui dispose que « *n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes* ». Ainsi, Les personnes malades mentales déclarées irresponsables font l'objet soit d'un non-lieu prononcé par le juge d'instruction, soit d'une décision d'acquittement ou de relaxe prononcée par la juridiction pénale, cour d'assises ou tribunal correctionnel ; le parquet avise le préfet qui prend « sans délai toute décision utile », décisions parmi lesquelles figure l'arrêté d'hospitalisation d'office.

Par contre si le discernement de la personne n'est pas « aboli » mais simplement « altéré » la sanction pénale reste la règle : l'article 122-1 du code pénal pose le principe selon lequel « *la personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ...* » Cependant « *la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime* ». En pratique, il convient de souligner que les juges s'appuyant sur l'avis des médecins, prononcent beaucoup plus rarement un non-lieu qu'auparavant : en 1989 611 non-lieux psychiatriques sont prononcés pour seulement 286 en 1999. Un rapport du Sénat indique qu'au cours de l'année 1997, 0,17% des auteurs de crimes et de délits ont été déclarés irresponsables au moment des faits par les experts, alors qu'ils étaient 17% au début des années 1980 soit presque cent fois

plus. Cela explique sans doute le nombre élevé de détenus souffrant de pathologies mentales ; du reste, selon Cyrille Canetti, psychiatre rattaché au centre de jeunes détenus de la Maison d'arrêt à Fleury Mérogis, «la société envoie ses fous en prisons » et l'atténuation du discernement censée entraîner une plus grande clémence de la part des juges entraîne au contraire «le prononcé d'une peine plus sévère que si l'individu avait été considéré sain d'esprit »²¹.

Comment est alors organisée la prise en charge psychiatrique des détenus ?

Les textes réglementaires de référence se trouvent dans le Code de la Santé Publique et le Code de Procédure Pénale. L'hospitalisation des détenus se fait selon la procédure d'une hospitalisation d'office (H.O.)

A) La réglementation en vigueur

Si la **loi du 27 juin 1990** énonce le principe que l'hospitalisation libre est la règle, l'hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'office devant être l'exception, s'agissant de personnes incarcérées, il en va autrement : la procédure d'hospitalisation est strictement encadrée. L'hospitalisation d'office se fait au vu d'un certificat médical circonstancié, ainsi que le prévoit **L'Article D 398 du code de procédure pénale** :

"Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L.342 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L 331 du code de la santé publique. Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation ».

Le certificat médical ne peut être établi par un par un psychiatre de l'établissement de santé d'accueil. Au vu du certificat médical, le préfet décide de l'hospitalisation d'office en application de **l'Art L 342 du code de la santé publique** :

«Les Préfets prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L 331 des personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes. Le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade ».

²¹ Cyrille Canetti, « L'impact psychiatrique de l'incarcération et la pénalisation de la maladie mentale », Colloque du 20 novembre 2003 «Où vont les prisons ? entre réalités et droits », in « Le droit face à la maladie mentale », Réseau des écoles de service public, Ecole Nationale de la Magistrature, mars 2005

La Circulaire n°45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge des détenus reprend ce principe, en précisant que « *Lorsque l'état de santé mentale d'un détenu est incompatible avec son maintien en détention, un transfert est réalisé dans un service hospitalier de psychiatrie, hors S.M.PR.. La procédure engagée est celle d'une mesure d'hospitalisation d'office prise par arrêté préfectoral* ».

C'est donc le médecin de la prison qui demande l'hospitalisation d'office. L'hospitalisation a lieu dans un établissement habilité à recevoir les malades hospitalisés sans leur consentement. Le plus souvent un protocole au titre des soins psychiatriques aux personnes détenues a été signé par l'établissement de santé. Le patient peut être hospitalisé dans une unité pour malades difficiles (UMD) s'il présente un caractère dangereux c'est-à-dire, selon l'**Arrêté du 14 octobre 1986** relatif au règlement intérieur, s'il s'agit de patients présentant « *pour autrui un danger tel qu'il nécessite des protocoles thérapeutiques intensifs et adaptés et des mesures de sûreté particulières mises en œuvre dans une unité spécialement organisée à cet effet* »

La levée de la mesure d' hospitalisation d'office s'effectue selon la même procédure que celle suivie pour l'hospitalisation d'office ; mais l'arrêté ne devient exécutoire qu'au moment de la remise du détenu aux autorités.

L'organisation des soins psychiatriques en prison :

Afin de répondre aux besoins de santé mentale des détenus, le **décret du 14 mars 1986** a créé les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Les secteurs sont rattachés à un établissement hospitalier public, et comportent un service médico-psychologique régional aménagé dans l'établissement pénitentiaire ; ce service peut assurer une mission de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. (article 8).

Il est utile de rappeler l'esprit humaniste qui a présidé à la **loi du 18 janvier 1994** et à la circulaire du 8 décembre 1994, lesquelles traduisaient la volonté politique d'assurer aux détenus une qualité et une continuité des soins équivalentes à celle offerte à la population générale. Cette loi a fait considérablement évoluer la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Elle a affirmé le développement d'une véritable politique de santé publique adaptée au milieu pénitentiaire. Juristes et psychiatres se sont alors généralement félicités de ce qu'elle permette d'introduire une véritable éthique des soins en détention et affirme l'égalité des droits aux soins des personnes incarcérées. Elle a institué le transfert de l'organisation et la mise en oeuvre de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au service public hospitalier et l'affiliation des personnes détenues, dès leur incarcération, au régime général de la sécurité sociale.

Enfin, dernière avancée en la matière, la **circulaire n°27 DHOS/DGS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005** actualise le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, et à leur protection sociale et dispose notamment que « les principes généraux de respect du corps humain, de liberté thérapeutique, de secret professionnel s'appliquent au détenu hospitalisé d'office, sauf dérogation expressément prévue par la loi ». La circulaire prévoit que « Le régime de droit commun et notamment **la loi du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé s'applique aux personnes détenues, que les soins dispensés aient lieu dans une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), dans un service médico-psychologique régional (SMPR) ou dans un établissement hospitalier (...) »

En ce qui concerne « l'information et le consentement du patient », la personne détenue a droit à l'information sur son état de santé, sur les soins proposés, sur le consentement ou le refus de soins, sur l'accès aux informations contenues dans son dossier médical » ; seule restriction, l'accompagnement par une personne de confiance dans sa démarche auprès des médecin, nécessite l'octroi d'un permis de visite. Le détenu peut prendre conseil d'un médecin de son choix

Les règles du secret professionnel lui sont applicables, et leur mise en œuvre pose parfois problème comme nous le verrons plus bas (le médecin n'a pas à communiquer d'information, ni à l'administration pénitentiaire, ni au magistrat).

Et selon l'article D.397 « lors des hospitalisations et des consultations ou examens (...) les mesures de sécurité adéquates doivent être prises dans le respect de la confidentialité des soins. » Ces règles sont applicables au détenu hospitalisé comme au détenu qu'il soit l'objet de soins psychiatriques à l'intérieur de la prison.

Il faut souligner que les détenus hospitalisés relèvent de deux régimes à la fois, celui de l'hospitalisation d'office (Code de la Santé Publique- loi du 27 juin 1990) et celui de la détention (Code Procédure Pénale – art. 395). Les règlements pénitentiaires demeurent applicables aux personnes détenues hospitalisées, en ce qui concerne les relations avec l'extérieur, et le suivi de leur situation pénale : ainsi la personne détenue hospitalisée bénéficie de l'ensemble des mesures d'individualisation de peine, libération conditionnelle, remise de peine...

L'Article D395²² dispose que « *les détenus admis à l'hôpital sont considérés comme continuant à subir leur peine ou, s'il s'agit de prévenus, comme placés en détention provisoire. 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. Par dérogation aux dispositions de l'article D. 318, le détenu admis à l'hôpital peut être autorisé par le chef d'établissement à détenir une somme d'argent provenant de*

²² Décret n ° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 *Journal Officiel* du 9 décembre 1998

la part disponible de son compte nominatif pour effectuer, à l'intérieur de l'établissement de santé, des dépenses courantes ».

L'exercice des droits de la défense s'applique au détenu en détention provisoire, et hospitalisé²³ ; les contacts avec l'extérieur sont strictement encadrés et l'on verra que sur le terrain, la mise en œuvre de ces normes par le personnel de l'hôpital pose parfois problème²⁴ : la personne détenue hospitalisée peut être autorisée à sortir, mais uniquement dans le cadre d'une autorisation de sortir sous escorte²⁵ ; ou d'une permission de sortir²⁶ ou bénéficier d'une mesure d'aménagement de peine²⁷. Les règles applicables aux gardes, aux escortes, au transport sur lesquelles nous reviendrons, sont précisées dans la note DH/EO4 n°990273 du 26 juillet 1999.

Enfin, il faut rappeler que la réforme de la médecine pénitentiaire mise en place par Philippe Douste-Blazy en 1994 a permis la création, dans les hôpitaux, d'unités spécialisées, les UHSI (Unités hospitalières sécurisées interrégionales) qui accueillent les détenus atteints de maladies somatiques dans des conditions optimales, à la fois sur le plan de la sécurité et des soins, dans chaque région pénitentiaire. La dernière « pierre » de cette architecture réglementaire complexe et évolutive a été posée avec la Loi d'orientation et de programmation pour la justice du **9 septembre 2002** qui prévoit comme on l'a dit, dans son article 48, la création d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) sur un modèle similaire aux UHSI.

- B) La mise en application des textes : aspects pratiques et éthiques de l'accueil du « patient-détenu » dans les unités sectorisées d'hospitalisation

Le transfert et le transport

Lorsque le détenu est hospitalisé d'office par application classique de la loi du 27 juin 1990, son statut ne répond qu'aux dispositions de cette loi ; en revanche lorsqu'il est transféré depuis un établissement pénitentiaire en application des dispositions de l'article D 398 du Code de procédure pénale les modalités de transport sont différentes. Elles ont été précisées par un courrier de l'administration pénitentiaire en date du 6 mai 1997. Il prévoit la nécessité d'un arrêté préfectoral pris sur certificat du médecin intervenant à la

²³ Les articles D 66 à D. 69 du Code de Procédure Pénale sont applicables au détenu hospitalisé en détention provisoire, qui peut ainsi choisir librement son défenseur (art. 66), communiquer librement avec son conseil, (articles 67 et 68), échanger de la correspondance avec lui (art.69). Le défenseur du détenu provisoire, avec un permis, peut s'entretenir librement avec lui, seul à seul comme le prévoit l'article D 68 du code de procédure pénale

²⁴ cf. supra, pp.38-41

²⁵ art. 148-5 et 723-6 du Code de Procédure Pénale

²⁶ art 723-3 et 712-5 du C.P.P.

²⁷ article 712-6 du C.P.P.

maison d'arrêt. Le transport est assuré par l'hôpital de rattachement du secteur psychiatrique lors de l'admission. En revanche, pour le retour, si le patient revient en détention, le transfert ne relève pas de l'autorité sanitaire ; il appartient donc à l'autorité préfectorale de l'organiser et de prescrire l'escorte nécessaire selon les dispositions de l'article D 394 du Code de Procédure Pénale.

Les conditions de séjour et de soins : en l'absence de garde policière, le détenu est-il un « HO » comme les autres ?

On retient que selon les termes de l'article D 398 du Code de Procédure Pénal, le détenu, hospitalisé d'office, ne bénéficie pas d'une surveillance particulière par les services de police. Il a donc le même statut que les autres patients en hospitalisation d'office du service. Cependant, sa communication avec le milieu extérieur relève toujours des règles du Code de procédure pénale. Il ne peut donc pas bénéficier dans leur totalité des dispositions prévues à l'article L 326-3 du Code de la Santé publique. Il en est ainsi notamment pour ce qui est de la possibilité d'émettre ou de recevoir des courriers. Il bénéficie des autres dispositions notamment la possibilité de prendre conseil d'un médecin de son choix ou d'un avocat de son choix ou encore de saisir la commission ou les autorités prévues. Il n'a pas non plus la liberté de téléphoner comme bon lui semble, mais les autres patients ne l'ont pas non plus aux termes de la loi du 27 juin 1990. Il ne peut pas non plus bénéficier des mêmes droits de visite que les autres patients.

Toutefois, les informations qui lui sont dues sont les mêmes que pour tout autre patient. Le médecin doit sur ce point appliquer la jurisprudence du Conseil d'Etat puisqu'il œuvre dans un service public de psychiatrie. Cependant, une limitation existe à cette information. Il s'agit des renseignements relatifs aux extractions du détenu. En effet, pour des raisons de sécurité, l'administration pénitentiaire ne renseigne jamais les détenus sur les jours et heures précises de leurs extractions. Cela peut poser problème dans le cadre de soins médicaux ; il est parfois difficile de ne pas révéler les dates prévues d'un examen complémentaire notamment si celui-ci doit être précédé d'un régime particulier. Le médecin doit cependant respecter cette obligation et n'agir dans ce cas qu'en plein accord avec l'administration pénitentiaire et le magistrat chargé du dossier. Les refus de soins doivent être respectés aussi bien que pour les autres patients. La question se pose en matière d'hospitalisation d'office. En effet, bien que cela ne soit pas clairement écrit dans la loi du 27 juin 1990 il est couramment admis que l'hospitalisation sans consentement emporte la possibilité de pratiquer des soins sans consentement. Dans certains pays étrangers, la loi dissocie ces deux aspects. L'hospitalisation peut être imposée au patient pour des raisons de sécurité mais tant que son état mental lui permet de décider ou non s'il souhaite des soins, il peut les refuser. Ce n'est que si l'état mental ne lui permet plus de connaître son propre intérêt qu'un tiers peut être désigné pour décider s'il y a lieu ou

non de rendre les soins obligatoires. C'est ce tiers qui donnera son consentement ou son refus au médecin. En France, on admet que l'impossibilité du consentement à l'hospitalisation est superposable à celle de l'impossibilité du consentement aux soins. Il est donc possible d'imposer des soins sans consentement à un patient en hospitalisation d'office.

La question des chambres d'isolement

Les risques d'évasion conduisent assez fréquemment à placer les détenus en chambre d'isolement or « l'isolement a but thérapeutique est à la fois une pratique fréquente et l'objet d'incertitudes persistantes sur la pertinence et l'adéquation des conduites à tenir dans ce domaine »²⁸. L'utilisation de ces chambres a fait l'objet d'un rapport de l'A.N.A.E.S. (actuelle H.A.S.) au mois de juin 1998 : « L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambre d'isolement en psychiatrie par l'A.N.A.E.S », deuxième guide d'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, présente un référentiel et détermine 23 critères de qualité²⁹ pour la Mise en chambre d'isolement. Divers éléments de cet audit méritent d'être évoqués ici.

Cet isolement doit d'abord répondre à un certain nombre d'indications qui sont la prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui, la prévention d'un risque de rupture thérapeutique ; l'isolement peut être prescrit en vue d'une diminution des stimulations ou dans un programme thérapeutique. On notera surtout qu' « il n'y a pas d'utilisation à titre non thérapeutique ».

Des contre-indications existent également notamment d'ordre somatique, qui doivent être soigneusement étudiées par l'équipe.

La décision doit être une prescription médicale qui doit prévoir la programmation des soins et la surveillance. En cas d'urgence, la mise en chambre d'isolement peut être réalisée sans l'accord explicite du médecin à condition que cela soit prévu dans un protocole et que la prescription soit rédigée dans l'heure qui suit le début de l'isolement. Les durées d'isolement ne doivent pas être prescrites pour des périodes de plus de vingt quatre heures. Elles peuvent être renouvelées après examen soigneux des indications et contre-indications. Parmi les facteurs de risque à prendre en compte, une attention particulière doit être portée aux risques de suicide, d'automutilation, aux risques métaboliques ou médicamenteux. Le patient doit être informé des raisons, des buts et des modalités de la mise en œuvre de l'isolement. Si un recours à la contention physique doit avoir lieu il doit être réalisé avec des matériels adéquats en toute sécurité en tentant de tenir compte du confort du patient. La surveillance de son état physique et de son état somatique doit être régulièrement effectuée. Une surveillance biologique peut être

²⁸ Dominique Friard, L'isolement en psychiatrie : séquestration ou soin ? Masson, Paris, 2002, p.4

²⁹ Voir Annexe n° 3

prescrite. Il est recommandé que les divers éléments soient recueillis et consignés dans le dossier du patient.

Le rôle du directeur d'établissement

Le directeur d'établissement hospitalier prononce l'admission et la sortie des patients ; par ailleurs il dispose d'une autorité sur l'ensemble des personnels, dans le respect des règles déontologiques. De par son pouvoir de police général, il peut interdire à certaines personnes de pénétrer dans l'établissement si leur comportement risque de perturber la sécurité de celui-ci, et notamment des patients qui y sont soignés ; c'est ainsi qu'un arrêt du Conseil d'Etat a établi qu'il était admis que le directeur d'hôpital était en droit de refuser les rencontres entre un patient hospitalisé d'office et un médecin traitant dans des conditions qui avaient été demandées par le patient. Il s'appuyait pour cela sur des règles de sécurité. Le médecin chef de service n'a qu'un pouvoir de police spécial qui ne s'applique donc qu'à la dispensation des soins au sens strict³⁰. Le directeur demande à la police d'intervenir au sein de l'établissement lorsque la sécurité du personnel, des malades ou des locaux est en jeu.

Le secret professionnel

Les règles du secret professionnel s'appliquent dans ce cas particulier comme dans tous les autres. Le médecin n'a pas d'information spécifique à donner à l'administration pénitentiaire ou au magistrat, qu'il s'agisse du juge d'instruction ou du juge d'application des peines. Dans le cas où le délinquant doit faire la preuve de certains soins, par exemple à l'occasion d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'une libération conditionnelle ou d'un contrôle judiciaire, c'est à lui de fournir les certificats médicaux. Ceux-ci pourront être délivrés et remis directement au sujet hospitalisé sans indication particulière autre que le fait qu'il se soumet aux obligations qui lui sont imposées par la procédure.

Il est cependant envisageable d'apporter des informations au médecin de la maison d'arrêt puisqu'il s'agit du médecin traitant. Il est justifié d'en informer le patient pour le cas où il verrait un obstacle à la communication de cette information.

La question du secret professionnel est pourtant particulièrement épineuse dans une problématique qui associe l'intervention de corps professionnels et d'administrations distinctes. Le secret médical ou judiciaire est une obligation légale qui s'impose aux professionnels. Il est garant pour le patient-détenu du respect dû à sa personne et souvent condition nécessaire d'une thérapie. Pour autant, le secret professionnel peut devenir un moyen pour le professionnel de succomber à une tentation de toute-puissance, tout devenant secret professionnel, sans discernement sur l'intérêt du malade.

³⁰ Conseil d'Etat, 17 novembre 1997

D'une façon générale, dans la pratique, on observe plusieurs attitudes : soit les professionnels se méfient les uns des autres, et dressent entre eux un mur de silence, soit la communication existe mais elle est informelle (coup de téléphone, conversation dans un couloir) et dépend finalement des personnalités de chacun et des bonnes relations entre les différents acteurs. Or de véritables collaborations s'imposent dans l'intérêt du « patient-détenu », lequel tirera les bénéfices de la substitution de la notion de secret partagé à celle de secret professionnel.

Lors du débat sur la loi du 22 juillet 1992 instituant le nouveau Code Pénal, le Parlement a refusé de consacrer la notion de secret partagé comme le prévoyait le projet de loi, en considérant que cette notion présentait aujourd'hui un caractère trop imprécis. Il ressort cependant des débats que ce refus n'avait pas pour objet de remettre en cause des pratiques qui, dans le silence des textes actuels, ont pu faire application de cette notion.

La circulaire Santé-Justice du 21 juin 1996 tente de donner un mode d'emploi du partage du secret : " Il convient, dans cette hypothèse, de ne transmettre que les éléments nécessaires, de s'assurer que l'utilisateur concerné est d'accord pour cette transmission ou tout au moins qu'il en a été informé ainsi que des éventuelles conséquences que pourra avoir cette transmission d'informations et de s'assurer que les personnes à qui cette transmission est faite sont soumises au secret professionnel et ont vraiment besoin, dans l'intérêt de l'utilisateur, de ces informations. Le professionnel décidant de l'opportunité de partager un secret devra également s'assurer que les conditions de cette transmission (lieu, modalités), présentent toutes les garanties de discrétion " .

Les psychiatres travaillant « sur le terrain » soulignent pourtant la difficulté de définir cette notion et de la mettre en œuvre :

« Les relations entre les services médicaux et l'administration pénitentiaire sont marquées par la méfiance ; la confrontation des contraintes pénitentiaires et médicales génère de l'incompréhension relative notamment à la séparation des fonctions entre médecins soignants et experts et aux conditions de vie en milieu carcéral et pour finir, le travail avec l'administration pénitentiaire et notamment les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP), se heurte à la difficile définition d'un secret professionnel partagé »³¹.

Problèmes éthiques

La prise en charge psychiatrique des détenus amène évidemment à s'interroger sur les « liaisons dangereuses » qui existent entre justice et santé, entre punir et soigner...

³¹ www.psychiatrie.com/fr/articles/art632.html

Les docteurs Piel et Roelandt dénoncent, dans leur rapport évoqué précédemment, l'article D 398 du Code de Procédure Pénale « qui transforme obligatoirement l'établissement de soins en établissement d'enfermement »³² et constatent par ailleurs que le recours systématique à l'expertise et la Loi de 1998 sur le suivi " socio-judiciaire " des délinquants sexuels aboutissent à « une dérive inquiétante des rôles respectifs des experts et des juges : les experts sont un peu en position de juge alors que les juges sont en position de prescrire des soins ! »³³

Selon le Docteur Evry Archer, « le projet des psychiatres intervenant en milieu carcéral est bien sûr de soigner en prison, mais lorsque les symptômes de la maladie mentale l'exigent, les détenus doivent être hospitalisés sans leur consentement sous le régime de l'hospitalisation d'office. Ces hospitalisations se révèlent malheureusement toujours trop brèves et ont lieu dans des conditions de séjour souvent pires que celles de la détention. Pourtant, le maintien en prison de ces malades mentaux avérés ne cesse de poser de graves problèmes éthiques et techniques aux psychiatres exerçant en milieu carcéral. »³⁴

Au delà des problèmes de l'organisation sanitaire, nombre de psychiatres dénoncent l'évolution sociale qui tend à livrer au psychiatre tout trouble grave du comportement et « qui n'entrevoit dans la violence individuelle ou groupale qu'une des manifestations de la maladie mentale (...) ». Cette évolution dépasse ou précède les seuls champs de la justice et de la santé : elle est sociétale et emporte des conséquences politiques, comme le montrent les propos introductifs d'Antoine Garapon et Denis Salas dans leur ouvrage *La justice et le mal* : « la démocratie hésite à regarder les crimes en face, car elle tire sa légitimité du citoyen qui ne peut être que bon. Au mieux, les délinquants sont des révoltés ; au pire des malades ou des laissés pour compte de la croissance économique. (...) Que des thérapeutes se déclarent impuissants et renoncent à soigner, et la même société se prend à hurler, se mue en procureur impitoyable »³⁵ ...

Il apparaît finalement que la question présente des aspects philosophiques, politiques, éthiques et sociologiques puisque « notre société sera toujours à la recherche d'un difficile équilibre entre punir et soigner, entre liberté individuelle et contrainte aux soins quand bien même la maladie est aliénation, entre social, sanitaire et judiciaire. »³⁶ ... Du reste, c'est une question à laquelle toute société est confrontée quels que soient ses choix en

³² Ils poursuivent : « cet article présuppose en outre que le soin psychiatrique se fera nécessairement en pavillon fermé, ce qui n'est plus obligatoire depuis la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 du Code de Santé Publique qui fait disparaître toute référence à l'enfermement qui était juridiquement la règle sous l'empire de l'ancien texte du 30 juin 1838. « De la psychiatrie vers la santé mentale », Rapport de mission, juillet 2001

³³ idem

³⁴ M. Evry Archer, médecin psychiatre, Extrait du rapport fait au nom de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la situation dans les prisons françaises, Documents d'information de l'Assemblée nationale n°2521, 2000

³⁵ Garapon A., Salas D., *La justice et le mal*, Opus, Odile Jacob, 1997

³⁶ « Prison et psychiatrie : à la difficile recherche d'un équilibre entre sanitaire social et judiciaire » Senon Jean-Louis, Lafay Nicolas, Papet Nathalie, Manzanera Cyril

matière de justice et de santé, comme l'explique Jean-Louis Senon dans «Troubles psychiques et réponses pénales » :

« Toutes les sociétés démocratiques connaissent le même problème. Il leur faut toujours rechercher un nouvel équilibre entre santé, justice et social, c'est-à-dire entre la prison, l'hôpital psychiatrique et l'hébergement socioéducatif. Notre pays comme tous les autres connaît une situation de crise dans ses établissements pénitentiaires, crise favorisée par la surpopulation pénale actuelle. L'opinion publique, qui accuse la psychiatrie d'être liberticide face à ses malades mentaux, la met en cause comme démissionnant face aux personnes présentant notamment des psychoses chroniques, retrouvées en trop grand nombre dans les établissements pénitentiaires. Pour les détenus malades mentaux n'ayant pas été reconnus irresponsables au moment des faits, comment limiter la surpénalisation actuelle et apporter des soins adaptés, dignes de notre démocratie ? Il se pose aussi en France, comme dans tous les pays industrialisés, le problème majeur de la réponse aux délinquants présentant, en dehors de toute pathologie psychiatrique évolutive au sens clinique du terme, des troubles de la personnalité de type psychopathique, à l'origine de crimes et délits récidivants : comment pour ceux-ci punir et soigner aux limites des connaissances thérapeutiques et en respectant éthique et déontologie ? »³⁷

Il reste que la prise en charge psychiatrique des détenus recouvre dans le même temps une réalité qu'affrontent au quotidien les professionnels de santé comme les personnels de l'administration pénitentiaire, des services de police et de justice, et qui nécessite des réaménagements concrets. Ceux-ci sont en cours et devront être menés conjointement à l'échelle ministérielle et locale ; avant d'aborder les résultats de l'enquête réalisée au Centre Hospitalier Montperrin, l'état des lieux ainsi exposé doit être complété des orientations récentes prises sur le plan national et régional.

³⁷ Jean Louis SENON, «Troubles psychiques et réponses pénales », Champ pénal, *Responsabilité / Irresponsabilité pénale* mis en ligne le 13 mai 2005. URL : <http://champpenal.revues.org/document77.html>.

C) Orientations récentes

- Au plan national :

Face aux insuffisances du dispositif, le besoin se fait sentir d'une intensification et d'une diversification des soins dans l'ensemble des établissements pénitentiaires, et d'une meilleure articulation avec le dispositif général des soins psychiatriques. L'article 48 de la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002 prévoit non seulement la création d'U.H.S.A.,, mais aussi :

- l'ouverture des indications de l'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (H.D.T.) aux personnes détenues,
- la suppression de l'hospitalisation à temps complet dans les S.M.P.R.,
- la garde et l'escorte par les forces de l'ordre et/ou l'administration pénitentiaire.

Ces dispositions, subordonnées à l'ouverture des U.H.S.A., ne sont pas immédiatement applicables.

Le groupe de travail interministériel associant les professionnels concernés s'est penché dans un premier temps sur trois principaux thèmes :

* l'estimation des besoins en lits : celle-ci a été réalisée à partir d'une enquête sur les Hospitalisation d'Office de personnes détenues en 2001 (nombre et durée), d'une enquête « à dire d'experts » auprès des responsables de SMPR, d'apport des membres du groupe de travail interministériel.

* la configuration du schéma d'hospitalisation psychiatrique : il s'agissait de s'interroger sur les modalités d'hospitalisation de proximité, en dehors des UHSA, le rôle dévolu aux Unités pour Malades Difficiles après l'ouverture de celles-ci et sur la localisation des UHSA (régional ou interrégional ? en Centre Hospitalisé Spécialisé, en Centre Hospitalier ou en Centre Hospitalier Universitaire ?)

* les conditions de fonctionnement des UHSA : l'ouverture prochaine de ces unités implique d'élaborer un cahier des charge architectural, mais aussi d'envisager les moyens de garantir une articulation efficiente avec les personnels pénitentiaires comme avec les soins en milieu pénitentiaire, d'intégrer les soins en UHSA dans le dispositif général de soins psychiatriques, enfin, de prévoir le contenu du règlement intérieur.

Le cahier des charges des U.H.S.A. est en cours de finalisation et doit être soumis à concertation au mois d'octobre 2005 , auprès des professionnels de terrain (notamment infirmiers) ; l'une des questions qui se posent actuellement est celle du choix entre une surveillance périmétrique ou intérieure de la part des personnels pénitentiaires.

- Au plan régional

Les initiatives régionales et locales visant à améliorer les modalités de prise en charge des détenus ainsi qu'à homogénéiser les procédures et le recueil d'informations sont un moyen d'adaptation des professionnels devant les faiblesses du dispositif actuel et fournissent une réponse positive aux difficultés ressenties.

Face au manque de lisibilité et aux difficultés à analyser les données de l'activité des UCSA, la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (D.R.A.S.S.) de la région Provence Alpes Côtes d'Azur (PACA) a développé un projet qu'il est utile d'évoquer ici : la mise en place d'un recueil d'information standardisé sur la prise en charge somatique et psychiatrique des détenus, destiné à l'usage de l'administration dans l'exercice de ses missions et des établissements de soins.

Il s'agit d'une part d'un rapport d'activité destiné aux UCSA et aux soins psychiatriques, dont le modèle est actuellement en cours de test par l'ensemble des établissements de la région PACA, et d'autre part de l'élaboration de « fiches patients » (fiche d'entrée, fiche de première consultation en psychiatrie, fiche de sortie) qui seront complétées lors de requêtes annuelles à un temps donné et permettront d'établir un état des lieux de l'état de santé des détenus de la région PACA, fiches qui sont elles-mêmes en cours de test auprès de plusieurs établissements avec une phase de validation d'une semaine. Le comité de pilotage du projet, composé des différents acteurs et partenaires : D.R.A.S.S., U.C.S.A., S.M.P.R., D.D.A.S.S., C.H.S., Direction des Services Pénitentiaires (D.R.S.P), Direction hospitalière, Ministère de la Justice a eu pour rôle de valider les procédures et les modalités de mise en place du dispositif pilote.

Trois documents ont donc été élaborés : un rapport type, une fiche de Recueil « Etablissement », une Fiche de recueil « Détenu ».

La réunion organisée par la DRASS le 27 juin 2005 pour présenter les résultats de cette phase de validation a mis en évidence l'intérêt des professionnels pour cette démarche et leur besoin très vif de disposer d'informations homogènes et susceptibles d'être croisées, comparées, évaluées. Par ailleurs, l'exemple de cette initiative de la D.R.A.S.S. PACA permet de souligner le rôle des politiques régionales et locales dans cette problématique globale de la prise en charge des détenus : les dynamiques régionales permettent d'anticiper et de relayer efficacement les politiques nationales puisque cet instrument et les résultats des analyses comparées qu'il permettra seront sans nul doute des plus précieux lors de la phase de définition des besoins de la région PACA dans le cadre de la mise en place des U.H.S.A..

Actuellement, le groupe de travail « S.R.O.S. de psychiatrie et milieu carcéral » réuni à la D.R.A.S.S. le 28 septembre 2005 a décidé d'organiser sa réflexion jusqu'à fin novembre autour des axes de travail suivants :

- l'organisation de la continuité des soins, en amont et en aval de l'incarcération
- la démographie médicale en prison
- l'optimisation de la prise en charge des risques suicidaires
- la mise en place du suivi médical et psychologique des auteurs d'infraction sexuelle avec organisation, à leur sortie, du suivi.

1.2 Le cas du Centre Hospitalier Montperrin

1.2.1 Le contexte local de la prise en charge psychiatrique des détenus

A) Présentation de l'établissement

Le Centre Hospitalier Spécialisé Montperrin (C.H.M.), établissement de santé mentale qui couvre un bassin de population de 515 000 habitants répartis en 6 secteurs de psychiatrie générale et 3 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile a une capacité de 379 lits et 203 places autorisées. La file active de l'hôpital s'élève à 16 000 patients ; les différentes unités de l'hôpital, intra-hospitalières et extra-hospitalières (CMP, hôpitaux de jour, CATTP) représentent au total 51 structures réparties sur 40 sites). Outre les 13 unités de psychiatrie générale et l'unité d'hospitalisation pour adolescents, l'établissement dispose de Fédérations et d'intersecteurs dédiés à des pathologies ou à des missions ciblées : il comprend ainsi un secteur interdépartemental d'Alcoologie, une Fédération de Soins aux Toxicomanes, deux Centres d'Accueil Permanent, aux urgences du Centre Hospitalier du Pays d'Aix et du CH de Salon, un Service Psychiatrique de Soins aux Détenus, une Fédération de Sociothérapie et de Réinsertion. Les partenaires privilégiés du Centre Hospitalier Montperrin en matière de soins aux détenus sont le Centre Hospitalier de Salon de Provence et le Centre Hospitalier du Pays d'Aix, avec lesquels il intervient respectivement dans les UCSA du Centre de Détention de Salon et de la maison d'arrêt de Luynes.

Le Centre Hospitalier Montperrin est organisé autour de quatre directions fonctionnelles dont le pôle patients, les affaires générales et la qualité (D.P.P.A.G.Q.) qui

gère le dossier des détenus et des relations avec les services de police, de justice et l'administration pénitentiaire.

B) Le contexte géographique, judiciaire et carcéral

La ville d'Aix-en-Provence a une activité judiciaire intense du fait des nombreuses juridictions qui y siègent : tribunal d'instance, tribunal de grande instance, cour d'appel, tribunal pour enfant, conseil des prud'hommes.

Les Etablissements Pénitentiaires rattachés au Centre Hospitalier Montperrin sont la Maison d'Arrêt de Luynes et le Centre de Détention de Salon, qui représentent 19% des effectifs de la population pénale de la région P.A.C.A. hors Corse selon une enquête de la D.R.S.P.³⁸.

La Maison d'Arrêt de Luynes a une capacité théorique de 587 places, dont 33 pour les mineurs. Le quartier pour mineur, avec 35 places théoriques, constitue quantitativement le second lieu d'incarcération pour mineurs en France après l'établissement de Fleury Mérojis. Les effectifs réels moyens sont de 725 détenus, soit un taux d'occupation de 123 % ; les effectifs présents au 1^{er} janvier 2005 étaient de 683 détenus. Un projet de création de places de semi-liberté est en cours d'élaboration.

La maison d'arrêt de Luynes accueille environ 2000 détenus par an.

Le centre de détention de Salon a une capacité théorique de 595 places, un effectif réel de 559 détenus au 1^{er} janvier 2004. Une extension à hauteur de 56 places est prévue à échéance 2007. Il accueille environ 1000 détenus par an.

Ces deux établissements, membres du programme 13 000, ont été rattachés au C.H. Montperrin par la circulaire du 27 décembre 2000, applicable au 4 mars 2001.

1.2.2 L'activité et les deux facettes de la prise en charge : en milieu carcéral, en milieu hospitalier

A) Les soins au sein de l'établissement pénitentiaire

Les prestations psychiatriques dispensées au sein des UCSA par le Centre Hospitalier Montperrin ont fait l'objet d'un protocole complémentaire entre celui-ci et :

Le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation

Le Centre Hospitalier du Pays d'Aix

³⁸ Voir Annexe n°6

Le Directeur Régional des Services Pénitentiaires

L'établissement pénitentiaire concerné : la Maison d'Arrêt de Luynes dans un cas, le Centre de Détention de Salon dans l'autre.

Ce protocole définit l'organisation des soins, la composition de l'équipe, la coordination avec le somatique, l'organisation en matière de dispensation des médicaments, le mode de communication des dossiers médicaux, les modalités de répartition des locaux et du secrétariat de l'UCSA.

Il en ressort que sont à la charge de l'établissement de santé :

- la fourniture des produits et petits matériels à usage médical, ainsi que les médicaments et produits pharmaceutiques
- l'équipement médical et non médical des locaux
- le traitement, le ramassage et le transport des déchets hospitaliers (tandis que les déchets ménagers ou assimilables restent à la charge de l'administration pénitentiaire).

Les locaux de l'unité de consultation sont mis à disposition par l'administration pénitentiaire, qui en assure l'entretien et la sécurité. Le coût du transport des produits, matériels à usage médical et médicaments qu'assure l'établissement de santé est remboursé par l'Administration pénitentiaire.

Un comité de coordination se réunit une fois par an, et à l'occasion de la remise du rapport annuel d'activité, il réunit : le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation, le Directeur Régional des Services Pénitentiaires, le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales, le Médecin Inspecteur Régional, le Pharmacien Inspecteur Régional, le Médecin Inspecteur Départemental, le médecin chef de service de rattachement de l'UCSA, le médecin psychiatre de l'UCSA, le cadre de Santé, du pharmacien, le chef de détention, les Directeurs des deux établissements de santé et le directeur de l'établissement pénitentiaire.

Par ailleurs, un comité de liaison est chargé de régler les problèmes de fonctionnement rencontrés par les deux institutions et il est réuni par semestre ou à la demande du Directeur de l'hôpital ou de la Prison.

L'évolution de l'activité en nombre d'actes en cumul des deux UCSA entre 2002 et 2004 a été la suivante :

Année	2002	2003	2004
Nombre d'actes	10294	10923	15833

La file active en 2004 s'élevait à 893 patients.

B) L'accueil des détenus en service de psychiatrie générale

Les données disponibles en année pleine sont celles de l'année 2004 ; il est intéressant de les comparer aux données 2003 afin d'apprécier l'évolution de l'hospitalisation des détenus au CH Montperrin, et d'évoquer les statistiques disponibles en ce qui concerne le premier semestre 2005.

En 2004, la file active des détenus hospitalisés au CH Montperrin était de 45 patients, dont 5 mineurs :

27 détenus venant de la prison de Luynes

16 détenus de la prison de Salon

2 détenus de la prison des Beaumettes à Marseille

La durée moyenne de séjour de ces patients est de 15,5 jours pour l'année 2004 et ces séjours correspondent à 1501 journées d'hospitalisation.

Il est intéressant de noter à titre de comparaison l'évolution du nombre de patients détenus présents en « HO D398 » sur 5 ans :

Année	File active	journées
2000	30	726
2001	19	664
2002	28	654
2003	26	941
2004	45	1501

L'évolution entre 2003 et 2004 correspond donc presque à une multiplication par deux de la file active.

Sur les sept mois de 2005 (janvier à juillet inclus) ayant donné lieu à une analyse de l'activité, la file active s'élève à 32 patients-détenus, la durée moyenne de séjour est de 11,2 jours le nombre de journées d'hospitalisation de 334.

On constate que l'hospitalisation des détenus en services de établissement spécialisé est de plus en plus fréquente, ce qui s'explique à la fois par les données épidémiologiques que l'on a évoquées plus haut et par la sensibilisation des personnels pénitentiaires aux problématiques sanitaires de la population carcérales. Les données d'une enquête réalisée par la D.R.S.P. confirment que l'évolution constatée par le C.H. Montperrin se vérifie au niveau de la région³⁹.

³⁹ Voir annexe n°7

1.2.3 Le S.P.A.D. : Service de soins Psychiatriques Ambulatoires aux Détenus

Le service de soins psychiatrique ambulatoires aux détenus S.P.A.D. a vu le jour en juin 2001, suite au rattachement des établissements pénitentiaires de Luynes et Salon de Provence au Centre Hospitalier Montperrin, en application de l'attribution au Service Public Hospitalier de la prise en charge sanitaire des personnes détenues dans les établissements pénitentiaires du « Programme 13000 ».

La communauté médicale du Centre Hospitalier Montperrin jugeant le rattachement des établissements pénitentiaires à deux secteurs de psychiatrie différents (par exemple le secteur 13G 19 : Salon et le secteur 13 G 22 Aix sud-Gardannes) comme « une erreur tant sur le plan de la psychiatrie elle-même que sur celui des soins en milieu carcéral » selon le chef de service du S.P.A.D., il a été décidé de créer un dispositif spécifique : un service intersectoriel dédié exclusivement à la prise en charge psychiatrique des détenus. Le projet qui a présidé à la mise en place de cette organisation était ambitieux, le S.P.A.D. avait en effet vocation à être :

- une structure autonome face à la spécificité du cadre clinique et institutionnel de la détention, juridiquement différent des S.M.P.R.
- un dispositif de soin homogène et cohérent face à la disparité des conditions d'exercice propres à chaque établissement pénitentiaire (Maison d'Arrêt et Centre de Détention)
- un service de psychiatrie générale pouvant développer et garantir une réelle articulation avec les secteurs de psychiatrie afin de favoriser la liaison avec les services lors des hospitalisations, et avec les CMP dans le cadre du suivi post-pénal
- un dispositif du Centre Hospitalier Montperrin mettant à disposition des structures pénitentiaires, l'ensemble de ses prestations mais aussi les actions spécifiques développées dans l'établissement autour de la prise en charge des toxicomanies (en lien avec la Fédération de Soins aux Toxicomanes, F.S.T.) des patients infectés par le V.I.H. et le V.H.C. (en lien avec l'équipe mobile psy-V.I.H.) et des patients alcoolodépendants (en lien avec le service d'alcoologie de l'établissement)
- un service pouvant entretenir une réflexion permanente en terme de spécificité des pratiques, d'évaluation de l'offre de soin, de formation, de partenariat, de progrès déontologiques, de réflexion éthique... en lien avec les autres professionnels intervenant en détention.

L'équipe psychiatrique pluridisciplinaire s'est constituée à partir de début 2002 en s'appuyant largement sur les psychologues et psychiatres précédemment en place au sein des U.C.S.A., permettant une lecture plus facile des fonctionnements de l'institution pénitentiaire, et la montée en charge rapide du nombre de consultations dans les

premiers mois de fonctionnement du service a témoigné de la visibilité et du repérage du dispositif « psy » ainsi mis en place.

– les psychologues en poste sur les deux sites ont été intégrés au CH Montperrin ; il s'agit de 3,5 équivalents temps-plein (ETP) répartis comme suit : 2,5 ETP à Luynes et 1 ETP à Salon.

- la fonction infirmière « psychiatrique » n'existant pas dans l'ancienne organisation, elle a dû être mise en place et précisément définie dans sa spécificité professionnelle et culturelle vis à vis du pôle soignant de l'U.C.S.A. 4,5 équivalents temps plein d'infirmiers ont ainsi été déployés (2,5 ETP à Luynes et 2 ETP à Salon).

- Sur les 3 équivalents temps plein médicaux prévus, 2,5 ont été pourvus, un poste à temps partiel étant demeuré vacant il y a donc 1,5 ETP à Luynes (3 praticiens) et 1 ETP à Salon (2 praticiens).

L'intégralité des moyens alloués a donc été affectée aux établissements pénitentiaires rattachés au Centre Hospitalier Montperrin ; le chef de service consacre un tiers de son temps à la liaison et la coordination ; le cadre infirmier est en charge, outre sa responsabilité vis-à-vis de l'équipe soignante, de l'articulation avec l'administration pénitentiaire sur chacun des deux sites lors de réunion hebdomadaires de suivi.

Le travail du S.P.A.D. recoupe naturellement l'activité clinique sur site, dont les consultations psychologiques et psychiatrique, les entretiens infirmiers constituent l'essentiel de la prise en charge, mais également un travail de liaison avec les équipes dans le cadre des Hospitalisations d'Office de détenus en secteurs de psychiatrie générale au C.H. Montperrin : rencontre, échanges avec les équipes, visites aux détenus en fonction des demandes des praticiens. Le S.P.A.D. travaille également en étroite collaboration, notamment en matière d'évaluation et d'orientation, avec les « urgences psychiatriques » (la F.A.U.P.L. : Fédération Accueil, Urgence et Psychiatrie de Liaison) sises au Centre Hospitalier du Pays d'Aix, qui reçoivent les détenus quand ceux-ci sont admis dans les services d'urgences généraux (souvent pour des actes d'auto-agression).

Les axes prioritaires de travail définis en 2002 et réaffirmés en 2003 et 2004 sont :

- La prise en charge des addictions
- La prévention du suicide
- Le projet spécifique du Quartier mineurs de la Maison d'Arrêt de Luynes

Le S.P.A.D. est chargé d'une mission de soin identique à celle des secteurs de psychiatrie générale ainsi que de missions spécifiques du fait de la population qu'il prend en charge. Ainsi, le suivi post-pénal doit être organisé en amont : de même que pour

l'hospitalisation, le lien avec les structures extra-hospitalières doit être établi afin de favoriser l'inscription du détenu dans le dispositif des CMP au moment de la sortie de détention. Parallèlement, la prise en charge des addictions, l'éducation à la santé et la prévention recouvrent une nécessité accrue étant donné la diversité des problématiques de la population carcérale. De même, l'accent est mis sur la coopération entre les acteurs. Si cette dimension partenariale et interprofessionnelle est inhérente à la fonction soin, et davantage encore aux soins psychiatriques qui impliquent par exemple une coopération du sanitaire et du social, elle est tout simplement indispensable en matière de soins aux détenus, qui associent les équipes hospitalières, les services de police, de justice, l'administration pénitentiaire. La définition d'une politique de coopération, dans l'intérêt du patient détenu, a abouti à la mise en place de réunions régulières entre les différents intervenants pour leur donner l'occasion de faire le point sur les questions communes à leurs approches respectives du détenu:

- **S.P.A.D. – U.C.S.A.** : réunions cliniques pluridisciplinaires
- **S.P.A.D.-S.P.I.P** (Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation) rencontres mensuelles autour du suivi social du patient détenu, préparation de la sortie, droits sociaux, ... dans une approche de projet individuel
- **S.P.A.D.-J.A.P.** (Juge d'Application des Peines) place et rôle des soignants dans le contexte des aménagements de peine
- **S.P.A.D.- surveillants pénitentiaires** : contacts quotidiens (nécessité pour la demande de soins de transiter par le surveillant) pour un repérage des détenus à risque suicidaire, un renforcement de l'observation

Quatre ans après sa mise en place, le bilan dressé par le chef de service et le cadre supérieur de santé est mitigé : si l'activité clinique quotidienne répond à l'importante demande en santé mentale de la population incarcérée, des éléments demeurent préoccupants du point de vue de l'organisation et de l'évaluation de l'activité (manque de lisibilité en terme de repérage d'activité, lacunes du suivi post-pénal...) et de la qualité de la prise en charge (manque d'autonomie et d'indépendance de l'activité psychiatrique, nécessité de clarifier le statut du S.P.A.D. vis à vis des UCSA et des hôpitaux de rattachement, absence de possibilités de prise en charge de groupe...).

1.2.4 La procédure suivie pour les hospitalisations d'Office de détenus dits « D398 » au CHS Montperrin

La mission conduite au Centre Hospitalier des Pyrénées (Pau), au Centre Hospitalier Esquirol de Limoges et au Centre Hospitalisé du Rouvray à Sotteville-les Rouen du 4 au 6

août 2005 par deux représentants de la Direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a fait le constat suivant : « S'agissant des détenus en hospitalisation d'office, les protocoles d'accueil et de prise en charge sont très différents d'un établissement à l'autre »⁴⁰ ; il convient donc de détailler la procédure d'accueil des patients dits « H.O. D398 » au Centre Hospitalier Montperrin, qu'il s'agisse des aspects encadrés par la réglementation ou des pratiques locales.

A) Les principes

Comme on l'a vu, les détenus admis à l'hôpital sont considérés comme continuant à subir leur peine ou, s'il s'agit de prévenus, comme placés en détention provisoire, les règlements pénitentiaires demeurent donc applicables notamment en ce qui concerne les relations avec l'extérieur mais doivent néanmoins être adaptés en raison du contexte d'exercice hospitalier. De ce fait, le Directeur de l'hôpital doit être informé par le directeur de la prison des conditions dans lesquelles le détenu peut entretenir des relations avec l'extérieur du fait de son double statut de détenu et d'hospitalisé⁴¹.

Il convient de rappeler les règles appliquées aux aspects éléments de la vie quotidienne du détenu à l'hôpital ; la procédure suivie lors d'une Hospitalisation d'office d'un Détenu au Centre Hospitalier Montperrin, en application de la réglementation en vigueur, est la suivante :

Toute admission de détenu fait l'objet d'une information le plus en amont possible : de l'unité d'accueil et de la direction (pôle patient ou directeur de garde) par l'intermédiaire de l'accueil soignant.

Tout les renseignements nécessaires à la gestion de ce type d'hospitalisation prévus par le code de procédure pénale (régime des visites, courrier etc.) sont demandés à l'établissement pénitentiaire pour transmission à l'unité d'accueil.

L'orientation du patient est déterminée dans le respect du principe de continuité des soins :

- Soit le patient est orienté à la demande du service médical de l'établissement pénitentiaire vers le secteur qui l'a précédemment suivi ou dont il dépend, avec l'accord de ce secteur .
- Soit le patient est orienté vers l'hôpital de rattachement du lieu d'implantation de la prison, charge au Directeur de l'hôpital désigné par le préfet d'admettre le patient ou de lui trouver une place dans un autre établissement habilité

⁴⁰ Discours « La sécurisation des établissements de santé », www.sante.gouv.fr

⁴¹ Code de la Santé Publique, loi du 27 juin 1990 et Code de Procédure Pénale D.395

Le centre Hospitalier Montperrin assure le transport sanitaire du détenu sous escorte des forces de l'ordre, selon la procédure suivante : ordre de mission, constitution de l'équipe infirmière pour l'intervention, Accueil soignant, escorte..... En dehors des heures d'ouverture de la DDASS la procédure prévue pour les Hospitalisation d'Office d'urgence demeure applicable ; il appartient à l'établissement pénitentiaire de solliciter l'arrêté préfectoral d'hospitalisation d'office en joignant, par l'intermédiaire de la préfecture, le cadre d'astreinte de la DASS.

B) Règles particulières liées au statut de détenu durant le séjour à l'hôpital

- La correspondance :

Sauf restrictions du Magistrat instructeur pour ce condamné ou du directeur de la prison, le détenu est autorisé à écrire et recevoir des correspondances de toute personne mais les courriers d'un détenu hospitalisé d'office transitent par l'établissement pénitentiaire, qu'il s'agisse d'un courrier au départ, adressé par le détenu, ou d'un courrier dont il est destinataire. Les plis doivent être envoyés non fermés et porter la mention claire et précise du détenu expéditeur (identité et numéro d'écrou). Seule la correspondance doit se trouver dans l'enveloppe.

Les courriers relatifs à la mesure et aux conditions de l'hospitalisation, prévus à l'article 332.2 du Code de la Santé Publique, adressés aux Préfets, Juges, Présidents de Tribunaux, Maires et Procureurs, s'ils ne peuvent être retenus par l'hôpital, transitent également par l'établissement pénitentiaire.

Le détenu peut aussi écrire sous pli fermé directement au Directeur de l'hôpital.

Les courriers en langue étrangère peuvent être traduits par l'administration pénitentiaire aux fins de contrôle.

En ce qui concerne la communication du détenu avec son défenseur le courrier doit aussi être échangé par l'intermédiaire de l'établissement pénitentiaire, même s'il n'y a pas de contrôle de son contenu⁴².

- Les visites⁴³

Les permis de visites aux *prévenus* sont accordés par le juge d'instruction chargé de l'information judiciaire et pour les *condamnés* par le directeur de l'établissement pénitentiaire. Toutefois, à l'égard des détenus hospitalisés, les permis de visite sont accordés par le préfet délégué à la sécurité. Ces permis peuvent être soit permanents soit limités dans le temps et doivent être en possession de leurs titulaires lors de la visite.

⁴² articles D.66 à D.69 du Code de Procédure Pénale

⁴³ articles D.403 à D.412 du Code de Procédures Pénale

En milieu pénitentiaire le Code de Procédure Pénale prévoit la possibilité de recevoir trois visites par semaine pour les prévenus et les mineurs, et une visite par semaine pour les condamnés (même si ils sont en appel ou prévenus pour une autre cause). Cependant, s'agissant d'une hospitalisation, les dispositions de la loi du 27 juin 1990 autorisent certaines limitations pour des nécessités thérapeutiques, toutes visites restent donc soumises à l'avis médical. De plus l'exercice du droit de visite reste conditionné par la possibilité, pour le service hospitalier, de permettre sa mise en œuvre dans des conditions de sécurité suffisamment satisfaisantes pour le personnel et les autres usagers, et sans perturber trop fortement le fonctionnement du service.

Un membre du personnel soignant doit être présent au cours de la visite et avoir la possibilité d'entendre les conversations qui doivent se tenir en français en l'absence de traducteur. L'impossibilité pour le personnel soignant de fouiller les visiteurs et les difficultés liées au contrôle des propos échangés conduisent à n'accepter qu'exceptionnellement et avec la plus grande prudence l'exercice de ce droit, nonobstant l'accord préalable du juge d'instruction, du directeur de la prison ou du préfet. Ainsi le droit de visite peut être suspendu à l'initiative du médecin chef de service ou du directeur durant l'hospitalisation, l'administration pénitentiaire et/ou le préfet étant alors informés de cette suspension et de ses motifs.

La liste des visites autorisées, pour la maison d'arrêt de Luynes, est remise par le greffe au moment de la prise en charge. Pour le centre de détention de Salon, cette liste est généralement envoyée par fax après accord du directeur du centre de détention. En cas de difficulté à ce sujet, l'équipe s'adresse à la préfecture par l'intermédiaire de l'Accueil Soignant ou de l'administrateur de garde.

Par ailleurs, toute remise d'argent, échange de lettres ou d'objets durant les visites sont interdits.

Seuls des entrées et sorties de linge (sauf blouson, chaussures ou paquet fermé) et de livres brochés sont possibles et ce, par l'intermédiaire d'un soignant.

- Les Biens et valeurs :

Le régime est le même que pour les autres personnes hospitalisées, mais une liaison doit être établie avec l'établissement pénitentiaire pour tout transfert de sommes sur le compte, ouvert ou non, du détenu respectivement dans chacun des établissements (pénitentiaire et hospitalier)

- Les Mouvements :

Tous les déplacements des personnes sous HO D398 à l'intérieur de l'établissement de soins s'effectuent avec du personnel en nombre suffisant, de préférence en

ambulance. Cependant, en fonction du statut ou de la dangerosité du détenu, l'équipe peut envisager de limiter ou de ne pas effectuer de déplacements non urgents (changement d'unité par exemple), et notamment si cela expose le personnel effectuant le transfert à un risque particulier.

En ce qui concerne les consultations ou les hospitalisations programmées dans un autre établissement de soins, le Directeur de garde, la DDASS, l'établissement pénitentiaire voire l'autorité judiciaire pour les prévenus, en sont immédiatement prévenus, et une escorte de police est sollicitée.

En cas d'urgence vitale, le SMUR est contacté et il est escorté des personnels de police nécessaires.

Tout les rendez-vous liés à des consultations ou des soins extérieurs à l'unité sont pris avec la plus grande discrétion pour que soit respectée la confidentialité nécessaire à un transfert sécurisé. Ainsi, lorsqu'une hospitalisation est décidée lors d'une consultation, aucune information n'est transmise au détenu et son nom n'apparaît pas sur les plannings des unités de soins.

- Les conditions de séjour :

La politique du Centre Hospitalier Montperrin est de placer des détenus en chambre d'isolement : faute de locaux mieux adaptés, il s'agit de la solution la plus sûre pour assurer la surveillance rigoureuse que nécessite ce type de patient. C'est une décision de nature médicale ; il appartient au médecin d'en évaluer la nécessité, il prend en considération dans sa décision les risques particuliers de fugue d'un patient détenu, celle-ci aboutissant de fait à une rupture de prise en charge thérapeutique, en sus des problèmes de nature judiciaire qu'elle entraîne.

- La Levée de la mesure d'Hospitalisation d'Office

L'arrêté de levée d'hospitalisation d'office d'un détenu ne devient exécutoire qu'au moment de la remise aux autorités pénitentiaires.

L'information de levée d'hospitalisation d'office est centralisée à l'accueil soignant pour une meilleure coordination, celui-ci informe l'établissement pénitentiaire de la demande de levée d'hospitalisation d'office par fax, afin qu'il puisse mobiliser une escorte. Un résumé d'hospitalisation et le traitement de sortie adressés au service de soins (UCSA/SPAD) accompagnent le retour du détenu afin de permettre le suivi médical et la continuité des soins.

Une fois exposé le dispositif actuel de prise en charge psychiatrique et le contexte du Centre Hospitalier Montperrin, il convient de se pencher sur les résultats de l'enquête

réalisée dans cet établissement, dans laquelle on s'est particulièrement attaché à mesurer les divers aspects de l'accueil d'un détenu en C.H.S.

2 ANALYSE DE LA SITUATION A PARTIR DE L'ENQUETE SUR LE TERRAIN

2.1 Méthodologie

La méthode d'enquête de ce travail est mixte puisqu'elle a été orientée selon le double axe de l'observation directe et l'étude de documents internes d'une part, de la conduite d'entretiens d'autre part. Il s'agissait de se rendre compte des difficultés réelles (et aménagements trouvés) de l'hospitalisation des détenus en service de psychiatrie générale.

Il était indispensable avant toute chose d'observer la fréquence à laquelle se posait la question de l'accueil des détenus et les difficultés concrètes qui pouvaient émerger ; le suivi de l'actualité de l'établissement en la matière, la consultation du cahier des gardes administratives, des compte-rendus et suites données aux incidents survenus, des échanges de courriers entre le directeur du Pôle Patient des Affaires Générales et de la qualité (D.P.P.A.G.) et l'administration pénitentiaire a permis de donner un aperçu des principales difficultés posées au quotidien sur une période d'observation de six mois environ.

Par ailleurs, des entretiens ont été réalisés afin d'analyser à la fois les pratiques des professionnels et le sens qu'ils leur donnent, leur ressenti personnel face à la mission de soins aux détenus.

Le premier choix qui a dû être fait consistait à opter entre la méthode de l'entretien et l'élaboration d'un questionnaire-type, diffusé dans les unités de soins, pour lequel il était préférable d'envisager des questions fermées ou semi-ouvertes. Cela ne laissait pas la place à l'expression du ressenti du personnel, d'une part parce que les réponses se devaient d'être relativement encadrées dans un souci d'économie de temps, d'autre part parce que le support écrit apparaissait comme un obstacle à la libre expression des sentiments et opinions individuelles sur la question. Cette méthode menaçait donc de neutraliser considérablement l'énoncé. Il apparaissait nécessaire, compte-tenu de l'objet de la recherche, d'approcher assez finement les opinions et ressenti des professionnels concernés par la prise en charge psychiatrique des détenus.

Après consultation de la Directrice des Ressources Humaines et du Directeur des soins, il est apparu plus pertinent, étant donné les enjeux de la question et les objectifs de l'enquête, de mettre en œuvre une démarche qualitative. Celle-ci s'imposait ici car elle permet une analyse fine et proche du réel de comportements humains qui ne peuvent pas toujours être appréhendés par une approche quantitative. La démarche qualitative est caractérisée par sa nature exploratoire ; utilisée pour l'étude d'un domaine vaste, elle permet d'analyser un phénomène en identifiant et en recensant ses différents composants. Elle se fonde sur l'interrogation d'individus, l'analyse de leur discours et de leur comportement. L'échantillon est en général de taille réduite, et tend vers la meilleure représentativité possible de la population étudiée. La collecte d'informations se fait soit par des entretiens individuels, soit par l'observation des comportements.

Dans le cas de notre recherche, des entretiens non-directifs et semi-directifs avec deux agents au maximum, ont été menés dans l'objectif de déterminer, selon le discours des personnes interrogées - à partir de questions ouvertes plus susceptibles de faire émerger les opinions personnelles et le positionnement individuel des acteurs de terrain - les caractéristiques les plus significatives de la mission de soins aux détenus et de laisser les personnes s'exprimer librement sur cette thématique dans le but qu'elles formulent des aspects non envisagés initialement. La démarche qualitative permet en effet de laisser aux individus interrogés la possibilité d'apporter des éléments nouveaux sur l'analyse du phénomène par lequel ils sont directement concernés. La limite de cette démarche réside toutefois dans son caractère subjectif dans la mesure où les résultats obtenus dépendent des personnes interrogées, de la manière dont sont conduits les entretiens, même si elle est mise en œuvre dans le respect de critères de recherche précis. De nombreux biais peuvent intervenir, qu'il faut alors prendre en compte pour pouvoir mener une analyse la plus juste possible du phénomène étudié.

Le terrain de recherche choisi a été l'hôpital où le stage était effectué, pour des raisons pratiques et méthodologiques. Il était plus aisé de mettre en œuvre une recherche au sein d'un établissement où j'étais présente au quotidien, afin d'être proche de l'objet de recherche

Deux types d'entretiens⁴⁴ qui ont été conduits selon la fonction et le rôle de l'interlocuteur. Il a paru en effet indispensable d'adapter la méthode de recueil des informations à la fonction et au rôle de la personne interrogée : dans le cas du chef de service du S.P.A.D., du directeur du centre hospitalier comme du directeur de l'établissement pénitentiaire, le choix s'est porté sur un entretien non directif. L'objectif était alors de circonscrire le

⁴⁴ Voir Annexe n°1

problème, de repérer les différents aspects de la question et de faire émerger les axes prioritaires en fonction du positionnement de ces acteurs. Cette première phase d'enquête avait également un rôle exploratoire dans la mesure où elle a permis de délimiter les aspects du sujet et de définir les objectifs, thèmes et questions de la consultation élargie des personnels.

S'agissant des personnels médicaux et soignants travaillant en unité ou à l'U.C.S.A., les consultations ont été réalisées sous la forme d'entretiens semi-directifs : une même grille de thèmes et de questions a été utilisée pour les médecins, cadres supérieurs, cadres de santé et infirmiers des services de soins, mais le déroulement des entrevues s'est naturellement adapté au discours de l'interviewé, faisant émerger des points non prévus, regroupant parfois deux thèmes ou questions suivant le point de vue de l'intéressé.

L'objectif de ces entretiens était d'appréhender les pratiques en matière de prise en charge des détenus, de faire émerger le ressenti des personnels dans l'accomplissement de cette mission, de hiérarchiser les difficultés posées, et d'amener les personnes rencontrées à exprimer leur position et leur point de vue personnel.

De ce fait, il paraissait important d'appréhender la question avec les différents professionnels concernés : médecins, cadres supérieurs, cadre de santé, infirmiers, aides-soignants.

Les entretiens ont eu lieu sur la base d'une liste de personnes représentatives, susceptibles d'apporter un regard éclairant sur la question, élaborée en concertation avec la Directrice des Ressources Humaines et le Directeur des Soins. Le choix des unités de soins d'appartenance a été fait au vu de l'activité : les deux unités les plus concernées par l'hospitalisation de détenus (qui le sont pour des raisons liées aux locaux ou au taux d'occupation) étaient naturellement désignées, une troisième unité connaissant un nombre d'entrée de détenus voisin de la moyenne de l'établissement a été choisie comme « témoin ».

Les personnes ont été contactées par téléphone et les entretiens ont eu lieu entre la fin du mois de juin et la mi-août. Les entretiens d'une durée variant de 30 minutes à une heure ont tous eu lieu à l'hôpital. Neuf entretiens ont été réalisés. Ils ont eu lieu soit dans les services : bureau du cadre de santé ou dans le bureau médical, soit dans les bureaux de la direction.

La méthodologie étant présentée, il convient désormais d'exposer et d'analyser de façon thématique les résultats de cette enquête.

2.2 Analyse des données

2.2.1 Synthèse des éléments et conclusions issus de l'observation directe et de l'étude de documents internes.

Les données d'observations consistent en un relevé des incidents relatifs à l'hospitalisation de détenus survenus dans l'établissement du mois d'avril au mois de septembre 2005, à la synthèse des échanges des instances, réunions, courriers ayant porté sur ce thème. La garde administrative assurée en doublon par l'élève-directeur au cours du stage a également donné l'occasion d'appréhender les problèmes qui peuvent se poser à l'Accueil soignant et à l'administrateur de garde.

Trois thèmes de réflexion se dégagent de l'observation et de l'étude de documents internes :

A) Les conditions des transferts

Cette question recouvre trois éléments : le problème des extractions au regard des effectifs présents dans l'établissement, et du retour de détenu au centre pénitentiaire ainsi que celui des transferts vers le Centre Hospitalier du Pays d'Aix pour une consultation somatique

Tout d'abord, lorsque l'arrêté d'hospitalisation d'office est pris, il est immédiatement exécutoire⁴⁵ et il appartient à l'établissement hospitalier de rattachement du centre pénitentiaire d'assurer le transfert du détenu dans un service de psychiatrie générale. L'ambulance est escortée par une voiture de police, de la prison au centre hospitalier. La pratique au Centre Hospitalier Montperrin, pour garantir la sécurité du transfert, est de prévoir 3 infirmiers dont au moins un homme pour cette opération. Les problèmes d'effectifs soignant, notamment la nuit et la nécessité de maintenir un effectif minimum dans les unités, peuvent amener à réduire ce nombre. Cette question a été abordée en Comité d'Hygiène de Sécurité et de Conditions de Travail, lequel a voté la règle de la présence de trois soignants pour tout transfert de détenu. La difficulté de garantir cette pratique amène également la question du recrutement infirmier et notamment du nombre d'hommes dans l'établissement.

D'autre part, se pose le problème de la sortie du détenu et de son maintien en service de soins au-delà de la levée d'hospitalisation d'office. En effet, contrairement à l'arrêté

⁴⁵ « dans les meilleurs délais » aux termes de l'article D 398 du Code de procédure pénale (décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96)

initial d'hospitalisation d'office, la levée de l'H.O., une fois décidée sur la base du diagnostic médical et arrêtée par le préfet, n'est exécutoire que lors de la remise du détenu au personnel pénitentiaire. Or celui-ci évoque la difficulté d'organiser la réintégration du détenu notamment le jeudi et le vendredi, pour des raisons d'effectifs. La question a été abordée en Commission Médicale d'Etablissement où il a été décidé, afin d'éviter absolument que le détenu soit maintenu en hospitalisation pour des raisons étrangères à son état de santé, de mettre en place un protocole qui garantisse des engagements réciproques en matière de transfert avec l'Administration Pénitentiaire.

Enfin, des détenus hospitalisés au Centre Hospitalier Montperrin doivent parfois sortir de l'enceinte de l'Etablissement, pour des consultations ou des examens complémentaires réalisés au Centre Hospitalier du Pays d'Aix en raison de leur état de santé, le plateau médico-technique de l'hôpital Montperrin ne permettant pas de réaliser ces examens complémentaires. Le transfert se déroule alors sans mise à disposition systématique d'une escorte de police. Seuls des infirmiers du Centre Hospitalier Montperrin assurent alors l'accompagnement et la surveillance de ces détenus durant le temps de transfert au Centre Hospitalier du Pays d'Aix puis au sein de cet hôpital.

Or, dès lors qu'un détenu quitte les locaux du Centre Hospitalier psychiatrique et qu'il se trouve en transfert sur la voie publique, la nécessité d'une escorte adaptée se fait sentir et l'on sort du cadre strict prévu par l'article D.398 du Code de Procédure Pénale. En ce qui concerne les hospitalisations de ce type, une circulaire de 1994 (n° 45 du 8 décembre 1994) prescrivait au Directeur du Centre Hospitalier psychiatrique où est hospitalisé le détenu d'informer le chef de l'établissement pénitentiaire d'écrou de tout transfert vers un autre établissement de santé:

« Lorsque l'état de santé du patient hospitalisé au titre de l'article D 398 du C.P.P. nécessite une hospitalisation pour soins somatiques dans un autre service, voire dans un autre Centre Hospitalier, le Préfet, en concertation avec l'administration pénitentiaire et l'autorité judiciaire pour les prévenus, doit en être immédiatement informé afin qu'il puisse mettre en oeuvre les mesures de surveillance adéquates, conformément au 2° alinéa de l'article D 386 du Code de Procédure Pénale. »

En cas de nécessité d'une hospitalisation au Centre Hospitalier du Pays d'Aix, il est procédé comme pour les autres patients en hospitalisation d'office soit à une levée de la mesure d'hospitalisation d'office si l'état de santé mentale du détenu le permet, soit à une sortie d'essai autorisée par la Préfecture (D.D.A.S.S.) avec une assistance spécialisée apportée en tant que de besoin aux services de soins du Centre Hospitalier Général sur le mode de la psychiatrie de liaison depuis le CAP 48 ou par des visites d'infirmiers du secteur psychiatrique.

Or dans le cas de consultations ou examens sans hospitalisation en service de soins somatiques, le transfert et la surveillance au C.H.P.A. devraient être assurés, dans l'intérêt même du personnel et des autres usagers du Centre Hospitalier Général, soit par du personnel pénitentiaire soit par du personnel de police ce qui n'est pas toujours le cas actuellement faute d'effectifs disponibles suffisants de la part de l'Administration Pénitentiaire ou de la Police. Un infirmier du service d'hospitalisation psychiatrique reste à disposition pour assurer la prise en charge *sanitaire* spécialisée du détenu hospitalisé d'office durant la consultation ou l'examen médical mais il ne devrait plus avoir la responsabilité de sa surveillance autre que thérapeutique.

B) Les modalités d'accueil du patient-détenu au regard des disponibilités en lits

Pour des raisons de sécurité, les détenus hospitalisés d'office au Centre Hospitalier Montperrin sont généralement placés en chambre d'isolement thérapeutique ; l'obligation réglementaire évoquée, qui commande d'exécuter l'arrêté d'H.O. «dans les meilleurs délais » se heurte donc au problème du taux d'occupation au moment où l'arrêté est pris. La mise en œuvre de l'arrêté est conditionnée à la disponibilité en lits et à la possibilité d'accès à une chambre d'isolement. Cette situation repose la question de l'opportunité du placement du détenu en C.I., qui n'est pas une obligation réglementaire mais qui se justifie par un risque d'évasion élevé.

En pratique, l'hospitalisation des détenus dans des conditions satisfaisantes de sécurité du personnel et de confort du patient se heurte donc à des problèmes d'effectifs, de sécurité des locaux : elle est consommatrice de ressources matérielles et humaines.

C) La coopération et l'échange d'information entre les administrations hospitalière et pénitentiaire

En l'absence de garde policière, l'hôpital psychiatrique «se substitue » aux services pénitentiaires dans la mission de surveillance du détenu qui y est hospitalisé d'office ; cette tâche n'est pas aisée pour les équipes de soins qui ne sont pas formées en ce sens ; de plus, le droit applicable varie en fonction du statut de la personne (détenue ou prévenue rotamment) et l'échange d'information est insuffisant - d'ailleurs la Mission effectuée dans les trois établissements ayant connu des évasions de détenus placés en hospitalisation d'office a constaté et souligné que la fiche dite de "liaison" entre l'administration pénitentiaire et l'hôpital est insuffisamment formalisée dans son contenu et

que nombre d'informations relatives au détenu-hospitalisé font défaut⁴⁶... Aussi la communication par l'Administration Pénitentiaire d'informations et consignes pour chaque détenu entrant au Centre Hospitalier Montperrin apparaît indispensable pour garantir une surveillance appropriée.

Ces informations concernent aussi bien le « profil » et la dangerosité potentielle du détenu que ses droits. En ce qui concerne ceux-ci, le Directeur de l'un des établissements pénitentiaires rattachés au Centre Hospitalier a rappelé par courrier qu' « aucun détenu écroué en Maison d'Arrêt, qu'il soit condamné ou prévenu, ne peut téléphoner ou communiquer avec un tiers sauf dans le cadre réglementé des parloirs ». Or l'hôpital ne dispose pas de tels lieux ; il n'y aurait donc en son sein absolument aucune possibilité de communication pour les détenus sauf circonstances très exceptionnelles qui seraient traitées avec l'Administration Pénitentiaire et les autorités concernées.

Le manque d'informations et la non communication de certaines autorisations amènent donc les services de soins à devoir refuser toute visite pour des raisons autres que strictement médicales.

D'autre part, des informations sur le « profil » et la dangerosité potentielle du détenu s'avèrent indispensables à la sécurisation de son hospitalisation, or à l'heure actuelle ce type d'informations n'est pas transmis de manière systématique par l'administration pénitentiaire à la Direction de l'hôpital afin que celle-ci puisse donner s'il y a lieu des consignes particulières aux personnels soignants. La fiche d'écrou, qui ne contient pourtant qu'un nombre restreint d'informations sur le détenu, est adressée seulement à la D.D.A.S.S. sans être aussi adressée ou retransmise au Centre Hospitalier Montperrin.

Le comité de liaison de l'U.C.S.A. a été l'occasion pour le directeur adjoint en charge de la question de réitérer sa demande de ce que le Centre Hospitalier Montperrin soit destinataire de certaines informations concernant le détenu hospitalisé d'office, notamment les autorisations (droits de visite, courrier, fiche pénitentiaire) pour les relations avec l'extérieur. A cette occasion, le directeur de l'établissement pénitentiaire s'est engagé à ce que trois envois soient fait pour tout transfert d'un détenu vers le C.H.S. : à destination de la préfecture, de la direction et du personnel soignant du Centre Hospitalier.

⁴⁶ « Les informations relatives au détenu hospitalisé (détention provisoire ou condamnation, dangerosité éventuelle pour lui-même ou pour autrui, risques d'évasion... etc.) ne figurent pas de manière systématique sur la fiche dite de liaison. Les explications recueillies auprès des personnels hospitaliers, font état de quelques réticences de la part de l'administration pénitentiaire à fournir certains éléments (notamment lorsqu'il s'agit d'un prévenu). S'y ajoute la crainte des personnels hospitaliers que la connaissance de ces éléments altère ou modifie leur relation au patient et donc la qualité des soins susceptibles d'être délivrés. »
Source : www.sante.gouv.fr

2.2.2 Analyse thématique du contenu des entretiens

A partir des notes prises au cours des entretiens réalisés, une analyse des principaux thèmes abordés peut être réalisée, qui fait apparaître, selon les thèmes, des discours convergents ou divergents dont on verra qu'ils ne diffèrent pas en fonction de la profession et du rôle des personnes interrogées à l'hôpital mais dépendent plutôt de leur conception de la psychiatrie.

A) Collaboration et communication personnels hospitalier et pénitentiaire

Les professionnels interrogés s'estiment globalement satisfaits des relations entre les deux administrations mais évoquent l'éloignement géographique ou culturel de la prison et de l'hôpital comme des freins à leur collaboration. Le chef de service du S.P.A.D. souligne par exemple la « difficulté matérielle des équipes à se rencontrer ».

Le directeur d'un établissement pénitentiaire considère que la coopération entre le S.P.A.D. et l'établissement pénitentiaire sur le suivi et la prise en charge psychiatrique des détenus est correcte ; il affirme avoir des relations hebdomadaires avec le chef de service du S.P.A.D. qui compte, avec les infirmiers psychiatriques, parmi ses interlocuteurs principaux - les psychiatres quant à eux rencontrent surtout le responsable de bâtiment, le chef de détention, les adjoints du directeur. Il se félicite de ce que « le relationnel se fasse dans les deux sens : l'U.C.S.A. saisit les chefs de détention pour revoir les conditions de détention, le S.P.A.D. en cas de perturbation pour un détenu ; parallèlement la prison saisit l'U.C.S.A. si un détenu présente des signes inquiétants, le personnel pénitentiaire assure un suivi pour les personnes fragiles, suicidaires, parmi lesquelles il faut distinguer d'une part les malades psychiatriques d'autre part les personnes vulnérables, les premiers représentant environ 15 à 20 % de la population incarcérée ». Il souligne toutefois que « les relations avec les responsables de bâtiments sont bonnes mais sont parfois difficiles s'agissant d'un sujet très sensible, qui interpelle le personnel de surveillance qui n'est pas toujours bien armé pour gérer les détenus psychiatisés et qui ne comprend pas toujours les décisions du S.P.A.D. »

Du point de vue de l'information, il y a à ses yeux une vraie spécificité de la prise en charge psychiatrique par rapport aux soins somatiques des détenus.

Les cadres de santé indiquent quant à eux que les relations avec l'administration pénitentiaire sont bonnes mais que la communication est le plus souvent informelle : lorsqu'un besoin particulier se fait ressentir, le cadre téléphone au personnel de la prison pour obtenir les renseignements nécessaires, lequel faxe par exemple les permis de

visite. Mais il arrive que les consignes en matière de droit de visite, de permis de téléphoner, etc. ne puissent pas être transmises à l'équipe. Selon madame F., cadre de santé, « un problème particulier se pose en matière de gestion des biens et valeurs ; les détenus sont en général transférés sans argent et le cadre doit téléphoner à la prison pour faire le lien avec le service de gestion des biens ».

Les médecins soulignent que l'information qui fait le plus souvent défaut concerne les droits de visite, et le Docteur H. explique qu'« en l'absence d'information, la règle qui s'applique dans les unités de soins se fonde sur la clinique », c'est-à-dire que le médecin décide si la visite doit avoir lieu, sans déroger toutefois à la réglementation en la matière

Les infirmiers regrettent par ailleurs que les relations entre eux et les personnels de l'établissement pénitentiaire soient quasiment inexistantes du fait que ces derniers traitent presque exclusivement des questions administratives, et ce directement avec le cadre de santé ; en effet ceux ci sont en contact permanent avec le détenu dans sa vie quotidienne au sein de la prison et selon Madame B., infirmière en unité de soins, « les surveillants de prison pourraient donner des informations utiles sur les troubles les manies ou les habitudes du patient ».

B) L'accès à la fiche pénale

Le directeur d'un établissement pénitentiaire considère que la fiche pénale indiquant les condamnations antérieures et les motifs de condamnation, il lui apparaît souhaitable de ne pas la communiquer aux services d'hospitalisation, mais de les renseigner sur le degré de dangerosité, la longueur de la peine et la nature de la surveillance à prévoir : « ce sont des informations dont les équipes de soins ont besoin ». Le signalement de la dangerosité du patient et de la durée de sa peine doit parvenir sous pli fermé à l'équipe médicale par l'intermédiaire du psychiatre, et être accompagné de contacts téléphoniques pour toutes précisions utiles sur les consignes de sécurité proprement dite.

Il n'y a pas de consensus à ce sujet de la part des équipes médicales et soignantes, et les différentes positions sur cette question ne coïncident pas avec les catégories professionnelles. Deux points de vue s'affrontent :

- Certains médecins et infirmiers ne souhaitent pas avoir accès à la fiche pénale pour éviter que la connaissance des actes commis par le détenu-patient n'interfère dans le relationnel de l'équipe avec lui, d'autant qu'il est préférable à leurs yeux que ces informations soient données par le patient lui-même en entretien. Monsieur C. considère que « cela n'apporte rien » insiste au contraire sur l'importance à ses yeux d'avoir un « regard neuf » sur le patient, indépendamment de toute connaissance de son dossier judiciaire et carcéral.

- Au contraire, d'autres professionnels interrogés considèrent l'accès à la fiche pénale comme une condition indispensable à la fois pour garantir la sécurité et assurer une prise en charge adéquate du patient. Le Dr I. voit dans le refus d'accès à ces informations une position « théorique » et « inconsciente » ; selon la gravité du délit, la surveillance à mettre en œuvre dans l'unité n'est pas la même. Monsieur A., cadre supérieur de santé, affirme qu'« il faut connaître le suivi socio-judiciaire, savoir s'il s'agit d'un pédophile s'il a commis des violences sur personnes âgées, connaître le nombre d'évasions... Le passage à l'acte, en psychiatrie, a toujours été révélateur d'une pathologie ». La connaissance des motifs de condamnation peut s'avérer importante en cas de levée d'écrou durant le séjour hospitalier ; Monsieur A. évoque le cas problématique d'une fugue de patient survenue deux jours après la levée d'écrou qui avait donné lieu à une levée d'H.O. : « ce patient était en réalité recherché par la D.S.T. pour d'autres faits, bien plus graves, que ceux pour lesquels il était alors incarcéré... ». Les services hospitaliers n'avaient aucune connaissance de sa dangerosité.

C) La qualité des soins

a) *La question de l'indication de placement en Chambre d'isolement*

Le placement systématique des détenus en chambre d'isolement pour des raisons de sécurité et non d'indication thérapeutique constitue pour les médecins le problème majeur dans l'hospitalisation des détenus, contrevenant à une qualité de soins optimale. Le Dr H. affirme que « ce qu'il faudrait changer en priorité dans l'accueil des détenus dans les services, c'est le placement en chambre d'isolement ».

Les infirmiers soulignent que les conditions de vie lors de l'hospitalisation sont de ce fait plus dures pour les patients qu'en incarcération, où leurs mouvements ne sont pas aussi réduits. Madame B. souligne qu'en hospitalisation contrairement à l'incarcération, « ils n'ont pas accès à la télévision⁴⁷, ils ne peuvent pas fumer quand ils veulent ». Pourtant, renoncer à cette pratique impliquerait de fermer totalement les unités, y compris l'accès au jardin dont les grilles ne sont pas sécurisées, et donc de pénaliser tous les autres patients du pavillon. Madame F. indique qu'il faudrait donc « plus de moyens humains pour pouvoir les faire sortir ». Selon Monsieur C. « La chambre d'isolement perd ici son sens thérapeutique », Monsieur J. souligne que « l'enfermement en chambre d'isolement peut contribuer à accroître l'anxiété et l'agressivité du patient » ; que celle-ci « n'est pas adaptée par exemple à certains patients dépressifs »...

⁴⁷ N. B. La télévision est localisée dans des salles communes dans les pavillons

Monsieur C. constate qu'« avant il y avait beaucoup moins de C.I. et elles étaient rarement occupées, maintenant il y en a plus et elles sont toujours occupées ; donc le problème c'est bien l'utilisation des C.I., il faut arriver à une gestion différente de l'enfermement ».

b) La continuité des soins

La durée de séjour est insuffisante selon les médecins pour une prise en charge satisfaisante ; le Docteur H. souligne que les détenus restent trop peu de temps, la situation étant inconfortable aussi bien eux que pour les équipes et que de ce fait la prise en charge est limitée dans le temps. Monsieur D., infirmier à l'U.C.S.A., regrette que « certains services renvoient trop rapidement les patients en milieu pénitentiaire au détriment de la qualité de la prise en charge ».

D'autre part, la continuité des soins se heurte au fait que de véritables projets de soins, tels qu'ils sont mis en place avec les autres patients, sont ici rendus impossibles par le retour en prison, par le fait que les séjours successifs d'un même patients ne peuvent pas toujours avoir lieu dans la même unité et donc sous la responsabilité de la même équipe : un effort est fait pour les diriger, autant que faire se peut, dans l'unité où ils sont connus de l'équipe mais l'orientation des détenus se fait également en fonction des contingences de disponibilité en chambres d'isolement au niveau de l'établissement.

Madame F., cadre de santé, rappelle également que « l'observation clinique en psychiatrie s'appuie largement sur la relation aux autres », dimension rendue impossible par l'isolement permanent des détenus : « c'est [donc] tout un pan d'observation clinique auquel personne n'a accès ».

D'une façon générale l'indication d'hospitalisation est justifiée, mais à l'inverse les médecins s'inquiètent de ce que certains détenus ne soient pas transférés à l'hôpital en raison de leur dangerosité ou d'un risque particulier d'évasion.

D) « Charge de travail »

a) D'un point de vue quantitatif

L'accueil des détenus représente une charge de travail supplémentaire pour les équipes de soins pour les visites : un travail de vérification des identités, de contrôle des visiteurs est exigé du personnel hospitalier qui n'est pas coutumier du fait. Madame G., cadre supérieur de santé, explique que les infirmiers doivent « vérifier les cartes d'identité pour chaque visite, recevoir les avocats et vérifier aussi leur identité ». Les visites posent aussi des problèmes techniques et de sécurité : en l'absence de détecteurs de métaux, le

personnel soignant - qui, dans l'esprit des textes, se substitue véritablement à la police et au personnel pénitentiaire - devrait également fouiller les visiteurs, ce qui n'est pas le cas.

Les infirmiers considèrent que la charge de travail supplémentaire n'est pas négligeable : la prise en charge des détenus exige une organisation particulière pour garantir la sécurité des patients et du personnel, d'autre part il est souvent fait appel aux infirmiers hommes présents dans l'établissement pour accompagner tous les déplacements ; monsieur D., infirmier, note « parfois on est appelés trois fois dans la journée comme renfort ».

b) D'un point de vue qualitatif : Dimension symbolique de la mission et ressenti des équipes

La responsabilité de l'équipe et de l'établissement en cas de fugue d'un détenu est pesante ; madame F., cadre de santé, se rappelle que l'évasion de l'un d'eux depuis la chambre d'isolement de son secteur, trois ans auparavant, avait considérablement perturbé le fonctionnement du service : « on se demandait qui était responsable, l'équipe, l'établissement ? ».

Dans le cadre d'une hospitalisation d'office et encore plus de l'hospitalisation d'un détenu, l'hôpital psychiatrique est garant de la tranquillité publique, l'hospitalisation d'office a pour mission de maintenir l'« ordre public » et les infirmiers se voient alors assimilés à des gardiens de prison. Monsieur C., infirmier « La dominante de surveillance dans le rapport au patient-détenu menace toujours de prendre le pas sur la dimension thérapeutique ; Madame G. cadre de santé « Cela dénature le travail infirmier et la mission de soin ».

L'un des problèmes le plus fréquemment soulevé par les professionnels, notamment médicaux, est aussi celui de la continuité des soins ; ils indiquent que la D.M.S des détenus est insuffisante pour assurer une bonne prise en charge. Cela génère une certaine frustration de la part des professionnels qui affirment comme le Docteur H. : « on n'a pas la possibilité de les soigner comme le voudrait », les médecins soulignent l'impossibilité de mettre en place une relation avec la famille par exemple, les relations avec elles étant très dures et limitées dans le temps.

A la question du « statut » premier des « H.O. D.398 » à leurs yeux, à savoir détenu ou patient, tous les médecins et soignants interrogés déclarent considérer le détenu avant tout comme un patient, mais ne jamais perdre de vue le fait qu'il s'agit d'un détenu, et ce pour des raisons de responsabilité et de surveillance particulières. Les infirmiers soulignent que la relation soignant-soigné est identique qu'il s'agisse d'un détenu ou d'un autre patient ; rien ne les distingue d'un point de vue thérapeutique, mais la responsabilité endossée par l'équipe vis-à-vis des autres patients, ou de la société en cas d'évasion, est

quant à elle tout à fait différente et ne doit jamais être laissée de côté. La difficulté ne réside pas en somme dans la prise en charge psychiatrique mais dans le rôle de surveillance et de garde qui est attribué à l'hôpital.

E) Les questions de sécurité

Le problème qui se pose n'est pas, du point de vue des équipes médicales et soignantes celui de leur propre sécurité ou de celle des patients mais le risque de fugue des détenus.

a) *Les locaux*

La plupart des infirmiers interrogés soulignent que les locaux de l'hôpital sont inadaptés, aucun lieu n'est prévu pour pouvoir faire sortir ces patients en toute sécurité, alors qu'au sein de l'établissement pénitentiaire ils sont beaucoup plus mobiles. Les grilles de clôture des pavillons sont insuffisantes pour permettre l'accès des détenus aux jardins, « cela représente un risque que l'on ne peut pas prendre » regrette Madame B., infirmière. Même sans prendre ce risque, il va de soi que les unités ne sont pas sécurisées et qu'il est très facile pour quelqu'un d'extérieur de s'y introduire ; de plus, le personnel soignant n'est pas formé spécifiquement pour se défendre et défendre les autres patients en cas d'intrusion violente. Monsieur J. cadre supérieur de santé explique qu'il donne aux infirmiers de son service la consigne de se protéger en priorité « si quelqu'un venait ici avec une arme pour faire sortir un détenu, on n'essaierait pas de s'interposer, on n'est pas là pour ça ».

Monsieur C. appelle de ses vœux « une réflexion sur les zones de chambre d'isolement » afin de laisser un accès particulier de ces zones vers l'extérieur et de ne pas fermer le pavillon entier pour un seul patient.

Monsieur J., cadre supérieur de santé souligne que « les structures de la prison étant naturellement bien mieux adaptées, la tentation existe à l'arrivée d'un détenu de le renvoyer dans son établissement le plus vite possible, d'autant qu'eux-mêmes souhaitent y retourner... »

b) *Les transferts*

Les cadres de santé considèrent comme l'une des principales difficultés la question de l'organisation des transferts, et notamment le fait que les transports vers le Centre Hospitalier du Pays d'Aix pour des soins somatiques soit à la charge du Centre Hospitalier Montperrin lorsque le détenu y est hospitalisé : organiser ce transfert oblige

généralement à dépouiller les unités du personnel infirmier (notamment masculin) présent.

Monsieur A., cadre supérieur de santé, insiste sur le fait que même le transfert du détenu d'un pavillon à l'autre dans l'hôpital pose problème : « il y a quelque temps, on a organisé le transfert d'une unité vers une autre d'un détenu très dangereux, en simple ambulance ; si ses amis avaient été dans les allées de l'hôpital, ils auraient pu attaquer l'ambulance pour le récupérer très facilement... ».

c) *Les procédures*

Le dispositif présente des insuffisances en matière de sécurité du fait de l'impossibilité du personnel hospitalier – qui n'est pas formé en ce sens - de se substituer à la police ou l'administration pénitentiaire ; ainsi lors de visites, les fouilles obligatoires ne sont pas réalisées ; de même, l'hôpital ne peut s'engager à mettre en place pour les visites des conditions équivalents à celle d'un parloir.

Le cadre supérieur de santé du S.P.A.D., souligne que le niveau diplôme d'état des infirmiers ne prépare pas du tout à cette mission d'accueil des détenus en hôpital psychiatrique : « les infirmiers diplômés d'Etat ne connaissent pas la législation ; l'un d'eux par exemple a prêté son téléphone portable à un détenu, dans une totale ignorance des règles de sécurité ».

F) Bilan : principales difficultés et actions d'amélioration mises en œuvre ou à envisager

A la question du problème majeur auquel se heurte la prise en charge psychiatrique des détenus, un directeur d'établissement pénitentiaire, répond que c'est la question des moyens humains : « la carence se situe non pas au niveau de l'hôpital psychiatrique en lui-même mais au niveau des moyens déployés à l'U.C.S.A. : un temps plein psychiatrique et deux psychologues paraissent insuffisants au regard de la file active et des missions qui nous sont assignées : suivi des détenus ayant des problèmes de comportement, délits sexuels dans le cadre du suivi socio-judiciaire, détenus fragiles, toxicomanes etc. »

Monsieur D., infirmier à l'U.C.S.A., précise que les difficultés de cette unité sont liées à la structure, aussi bien en termes de moyens humains (« l'équipe, très réduite, rencontre une trentaine de patients ») que de locaux, dont l'exiguïté malmène la protection du secret professionnel : « quand tous les bureaux sont occupés, que le patient-détenu doit aller à un parloir et ne peut pas attendre, on est parfois obligés de délivrer les traitements dans un couloir »

Les médecins soulignent les problèmes qui se posent en matière de qualité et de continuité des soins ; le Dr K. considère que les difficultés principales viennent de « la durée de séjour insuffisante et de la difficulté des équipes à se rencontrer ». Les relations entre les équipes des services d'hospitalisation et de l'U.C.S.A. sont rendues difficiles à la fois par l'éloignement géographique et par les « logiques de territoire » : Monsieur D., infirmier à l'U.C.S.A. déclare que « certaines équipes ne comprennent pas que l'on vienne rencontrer les patients-détenus hospitalisés pour évaluer leur état. »

Monsieur G., directeur d'établissement pénitentiaire rappelle que « le personnel pénitentiaire a été très sensibilisé à la fois sur la suicidité et sur la notion plus vaste de fragilité », mais il regrette que « l'information réciproque qui marche bien dans la rencontre individuelle ne soit pas corroborée par un travail en réunion ou chacun s'efforcerait de mieux comprendre le travail de l'autre ».

L'hypothèse d'une unité intersectorielle fermée destinée aux D398 dans le Centre Hospitalier Montperrin repose le problème de la ségrégation, contre laquelle s'est élevé le courant psychiatrique qui a mis en œuvre la sectorisation. C'est une question qui divise les professionnels et qui ne recueille pas d'unanimité.

Le directeur de l'établissement hospitalier considère que le dispositif de soins aux détenus, dans son articulation entre les UCSA, les SMPR et les secteurs de psychiatrie fonctionne comme un « mariage de raison », qui a ses limites, et dont le manque de coordination est préjudiciable à la prise en charge du détenu-patient. Le S.P.A.D. a précisément été créé au Centre Hospitalier Montperrin pour donner une réponse à la problématique, particulièrement prégnante dès lors qu'il s'agit de la population carcérale, de l'accès aux soins et de leur continuité. Il a sans nul doute débouché sur une meilleure coordination entre ces différentes structures distinctes géographiquement et culturellement ; il a aussi ses limites et propose une approche spécifique qui ne peut pas couvrir pas, par exemple, l'intégralité des besoins des détenus en matière de toxicologie et d'addictologie en général... Un problème demeure également en aval, en matière de suivi post-pénal ; la sortie des détenus, de l'établissement hospitalier comme de l'établissement pénitentiaire induit en général une rupture dans la prise en charge.

A la question sur la possibilité d'envisager la mise en place d'une surveillance policière dans les unités de soins, les communautés médicales et soignantes répondent unanimement par le refus d'une telle ingérence de la police, hautement préjudiciable au patient du fait de la fantasmagorie associée à l'uniforme. Monsieur A., cadre supérieur de santé, indique que « pour des malades souffrant de psychoses paranoïaques, par exemple, l'uniforme est trop chargé de fantasmes ».

D'autre part, certains professionnels insistent sur l'existence d'un « vide juridique » et d'« injonctions contradictoires » : le cadre supérieur de santé du S.P.A.D. souligne les contradictions de la réglementation actuelle : « les familles devraient être fouillées, le Code de Procédure Pénale est très strict à propos des relations des détenus avec l'extérieur, et pourtant le droit de fouille est très encadré et n'existe pas pour les infirmiers ; l'aspect d'obligation de surveillance et de garde repose sur un vide juridique ».

Le Docteur I. souligne « l'injonction paradoxale massive » selon laquelle « le principe de libre circulation du patient se heurte aux exigences de sécurité très fortes dans les cas de HO D398 ».

Enfin, les thèmes abordés lors des entretiens ouvrent de vastes interrogations d'ordre éthique suscitées notamment par les « liaisons dangereuses » entre la prison et l'hôpital ; Certains infirmiers considèrent l'intrication entre le monde de la psychiatrie et le milieu pénitentiaire comme l'une des conséquences malsaines du tout venant psychiatrique, qui remet aux médecins et soignants les membres de la société qu'elle refuse en son sein, dans une conception asilaire totalement en rupture avec le modèle médical de la sectorisation et les politique en matière de santé mentale qui prônent l'ouverture. Monsieur B. voit là « une conséquence de la judiciarisation de la société qui gagne l'univers de la psychiatrie : « on assiste depuis quelques années à une confusion entre le milieu pénitentiaire et le milieu psychiatrique, tout comme entre la psychopathie et la sociopathie : les psychotiques sont en prison et les délinquants en hôpital psychiatrique ».

Monsieur D., infirmier à l'U.C.S.A., considère que « beaucoup de patient-détenus sont emprisonnés alors que leur place n'est pas en prison mais à l'hôpital psychiatrique (pour certains d'entre eux, l'incarcération est même contre-indiquée) mais celui-ci ne joue plus son rôle du fait des fermetures de lits et la prison se substitue à lui ».

Il apparaît donc que le problème dépasse les seules dimensions pratique et professionnelle (sécurité, qualité des soins, adaptation des locaux, modalités de coopération, ...) pour aboutir à un véritable débat de société, qui ne pourrait être circonscrit ici. Dans l'attente de la réponse apportée par les UHSA, il convient d'envisager les perspectives et propositions permettant à court et moyen terme d'améliorer les conditions de la prise en charge psychiatrique des détenus.

2.3 Perspectives et propositions

Le dispositif sanitaire actuel en matière de prise en charge psychiatrique des détenus est insuffisant ; il montre ses limites devant l'augmentation constante du nombre de détenus hospitalisés en service de psychiatrie générale. La difficulté de trouver des chambres d'isolement disponibles pour répondre aux besoins, la mobilisation du personnel comme sa difficulté pour assurer la surveillance sécuritaire font que les conditions d'hospitalisation ne sont pas satisfaisantes sur un plan matériel et humain pour le malade détenu et les équipes soignantes en charge du patient. De plus, le risque d'évasion est particulièrement fort en C.H.S. et pèse sur les esprits. Plusieurs pistes peuvent être évoquées face à cette situation, dont certaines dépendent des décisions nationales, et d'autres pourraient être mises en place au niveau local.

Il semble indispensable en effet, étant donné l'actualité de cette problématique, de commencer par évoquer les propositions formulées par la Mission menée du 4 au 6 août dans les établissements ayant connu des évasions de détenus placés en hospitalisation d'office, au regard des situations rencontrées sur le terrain, ainsi que les orientations nationales dessinées par le ministre de la santé à l'occasion de la réunion qu'il a consacré à cette problématique, avant d'envisager les possibilités d'aménagement dont dispose un établissement en l'état actuel de la réglementation.

2.3.1 Au niveau ministériel / national

L'article 48 de la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002 qui prévoit la mise en place des UHSA, a vocation à améliorer et sécuriser la prise en charge psychiatrique des personnes détenues ; le ministre de la santé, tout en décidant l'accélération du calendrier (2008-2010), a souligné cet été « la nécessité d'aménager une période intermédiaire ». C'est à celle-ci qu'il convient de s'intéresser en dernière analyse, étant entendu que la réalisation des U.H.S.A. fait l'objet selon le compte-rendu de la Mission menée dans les établissements ayant connu des évasions de détenus d'une « très forte attente de l'ensemble des personnes rencontrées ».

A) L'accompagnement des professionnels

Dans son discours du 9 août 2005, le ministre de la santé a évoqué plusieurs thèmes de réflexion prioritaires destinés à améliorer la prise en charge psychiatrique des détenus dans l'attente de la mise en place des U.H.S.A. Il a ainsi porté l'attention sur la nécessité

de la définition du « compagnonnage tutorat », c'est-à-dire l'« accompagnement au sein du service par un professionnel averti des jeunes diplômés pendant au moins leur première année d'exercice », et d'autre part la définition de l'adaptation à l'emploi, qui pourrait consister en des formations à l'extérieur du service pour une meilleure prise en compte des spécificités du domaine psychiatrique. La question de la présence policière, des bracelets électroniques, des systèmes vidéo a été abordée et devra faire l'objet d'une réflexion concertée ; un groupe de travail interministériel (santé, police, justice) aura notamment pour mission d'émettre des propositions à ce sujet.

Jean Castex, directeur de la D.H.O.S., confiait récemment au *Quotidien du médecin* que l'objectif, en développant la formation continue et le compagnonnage tutorat, était d'« ancrer les infirmiers en psychiatrie, qui ont parfois tendance à en partir au bout de deux ou trois ans »⁴⁸.

B) la coopération des administrations et la sécurisation des établissements de santé

La Mission effectuée dans trois établissements ayant connu des évasions de détenus a mis en évidence que « les personnels hospitaliers considèrent qu'en l'état actuel de la réglementation, les hôpitaux psychiatriques ne sont pas configurés pour l'accueil et la prise en charge des détenus » et formulé diverses propositions toujours dans la perspective de la mise en œuvre du programme des U.H.S.A., dont elle a d'ailleurs requis l'accélération ; il s'agit notamment de :

– Favoriser l'échange d'informations entre les administrations : pendant la période de montée en charge des UHSA, la mission recommande la mise en place d'un protocole d'accueil et de prise en charge des détenus en hospitalisation d'office (en lien avec les services du Ministère de la Justice et du Ministère de l'Intérieur). Ce protocole devrait notamment préciser le contenu des informations devant figurer dans la fiche de liaison au moment du transfert du patient détenu, vers l'hôpital.

– Favoriser l'adaptation de l'exercice professionnel : la mission recommande « compte tenu des prévisions de départs prochains à la retraite de certains des personnels les plus expérimentés, que soient rapidement mises en œuvre les dispositions du plan santé mentale concernant le tutorat renforcé pour les jeunes infirmiers, ainsi que des formations d'adaptation à l'emploi pour ceux d'entre eux qui choisissent d'exercer en psychiatrie » et que « soient développées, des actions de sensibilisation, formation des personnels à la violence et à sa prévention »,

⁴⁸ *Le quotidien du médecin*, 1^{er} septembre 2005, n°7791, p. 3

– De sécuriser les établissements spécialisés en psychiatrie et notamment « qu'une suite rapide soit donnée, s'agissant des investissements, aux diagnostics de sécurité réalisés au début de l'année 2005, dans les établissements de santé ».

C) Un protocole national et un statut clarifié du « malade-détenu »

Il s'agit enfin d'améliorer les conditions d'accueil des détenus en C.H.S. en clarifiant le statut juridique du patient détenu et la délimitation précise des compétences de chaque administration :

« La mission recommande que soit conduite à brève échéance, entre les administrations concernées, une réflexion visant à clarifier ledit statut et à préciser les rôles et responsabilités de chacun en matière de surveillance à l'intérieur des établissements de santé et à l'occasion des transferts » et « que soient également étudiées les conditions dans lesquelles l'entourage de ces patients détenus serait autorisé à leur rendre visite sans mettre en danger la sécurité des patients, des personnels, ni favoriser une éventuelle tentative d'évasion ».

D) Intégrer les UHSA aux UHSI ?

Enfin, il faut rappeler que dans le rapport « De la psychiatrie vers la santé mentale », déjà évoqué, les docteurs Piel et Roelandt formulaient de nombreuses propositions visant à permettre une « organisation des soins aux personnes sous main de justice qui articule logique de soins et logique pénale ». Ils y appelaient notamment de leurs vœux les futures UHSA, ou « UHSI-psy » selon leurs propres termes estimant nécessaire de « réformer les modalités d'organisation de l'hospitalisation des personnes placées sous main de justice nécessitant des soins psychiatriques, (...) l'évolution des missions et des pratiques des équipes de secteur [rendant] impossible la double mission de garde et de soins en structures ouvertes ».

Si cette proposition d'une structure *ad hoc* a été entendue par les pouvoirs publics, il faut souligner que la recommandation de ce rapport envisageait dans certains cas de doter les UHSI de services de psychiatrie de sorte que les soins somatiques et psychiatriques aux détenus soient étroitement articulés, et géographiquement rassemblés :

« Les services de psychiatrie implantés, dans certains cas, à côté de ces services somatiques, devraient bénéficier de la même organisation de garde "périmétrique" par les agents de l'Administration Pénitentiaire ou de la Police, et être placés, pour les soins, sous la responsabilité d'un psychiatre. De plus, sans compter que cette implantation

confirmerait encore la volonté de mettre fin à la fracture psychiatrie /somatique, la proximité d'un plateau technique régi par la même organisation sécuritaire simplifierait le travail de tous. »

Le schéma national d'hospitalisation (S.N.H.) des personnes détenues, qui concerne les hospitalisations hors motifs psychiatriques, a été officialisé par la signature en date du 24 août 2000, d'un arrêté interministériel relatif à la création d'unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées. Etant donné que le calendrier de mise en place des U.H.S.A. laisse entrevoir une période intermédiaire liée aux délais de conception et de réalisation de ces unités destinées à la prise en charge psychiatriques, on pourrait aujourd'hui imaginer d'intégrer leur mise en place, provisoire ou définitive selon les cas, à celles des UHSI, dont la réalisation est déjà engagée. La future UHSI de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (A.P.H.M.), bâtiment situé à l'hôpital Nord dont la construction est programmée en septembre 2005 et l'ouverture en 2006, sera dotée de 45 lits de court et moyen séjour. Les moyens prévus pour l'U.H.S.A. de la région P.A.C.A. pourraient permettre d'agrandir cette capacité globale et d'intégrer des lits de psychiatrie dans ce même bâtiment.

2.3.2 Au niveau local

On a vu que les modalités actuelles de prise en charge psychiatrique des détenus soulèvent au quotidien des problèmes qui relèvent principalement de la sécurité et de la qualité des soins : il s'agit de domaines où un directeur d'établissement dispose d'une marge de manœuvre lui permettant de trouver des réponses adaptées aux difficultés particulières rencontrées dans le cadre de la mission de prise en charge des détenus.

Certaines de ces propositions sont subordonnées à la question des moyens alloués à la sécurisation de la prise en charge psychiatrique des détenus.

Ces propositions ont été inspirées des rencontres et entretiens réalisés au cours de l'enquête sur le terrain et nombre d'entre elles ont été discutées avec les professionnels de terrain.

A) Favoriser le partenariat et la communication

Il s'agit d'abord du partenariat entre les différentes administrations : une coopération efficace entre les acteurs de santé et le ministère de la justice est essentielle dans la mission de soins aux détenus ; le Plan de Santé Mentale formulait en novembre 2001 les objectifs suivants dans ce cadre :

- Affiner la connaissance des troubles rencontrés en milieu carcéral ainsi que les facteurs de décompensation liés à l'incarcération
- Améliorer la prise en charge des détenus souffrant de troubles mentaux en facilitant l'accès aux soins ambulatoires et hospitaliers
- Fonder les pratiques cliniques à l'égard des auteurs d'infractions à caractère sexuel sur des éléments scientifiques validés
- Favoriser une meilleure articulation des prises en charge entre professionnels judiciaires, pénitentiaires et soignants.

Au niveau local, il semble fondamental que les liens entre l'administration pénitentiaire et l'administration hospitalière soient étroits, et ce à plusieurs échelles : celui de la direction et du personnel.

Tout d'abord, il est essentiel que des rencontres régulières aient lieu entre les cadres administratifs des deux institutions, afin que la communication soit instaurée en continu et que le contact se fasse rapidement en cas de difficulté de tout ordre. Le comité de liaison de l'U.C.S.A. est naturellement le lieu privilégié de ces rencontres, mais il faudrait également envisager de les organiser, trimestriellement par exemple, à l'échelle départementale (D.D.A.S.S.) afin que cette communication ne repose pas que sur les volontés personnelles de collaborer. Enfin, un support d'information et d'échanges pour chaque détenu entrant pourrait être établi conjointement par l'établissement hospitalier et chaque établissement pénitentiaire dans l'attente du document que pourraient concevoir les ministères de la Justice et de la Santé.

D'autre part, afin que les équipes soignantes (des U.C.S.A. comme des services sectorisés) et les personnels des centres pénitentiaires travaillent mieux ensemble et parlent « le même langage », on pourrait envisager d'organiser des formations communes par l'intermédiaire des chargés de formation et des directeurs adjoints des deux établissements, d'un programme de rencontre des personnels des deux institutions autour de thèmes de santé publique comme :

- La prévention du suicide
- Les addictions,

ainsi qu'un module juridique qui donnerait les bases du statut du détenu hospitalisé.

L'idée de réunir les personnels hospitalier et pénitentiaire autour de ces thématiques permettrait au-delà des apports théoriques, de les sensibiliser aux problématiques rencontrées indépendamment par chacun d'eux dans leur exercice professionnel quotidien en ce qui concerne la prise en charge des détenus.

D'autre part, il serait utile de proposer des stages, d'une durée de un ou deux jours, afin que le personnel pénitentiaire découvre les unités sectorisées et réciproquement, que

les équipes soignantes puissent visiter la prison et l'U.C.S.A. Ces stages reposant sur le volontariat, permettraient ainsi aux chefs des services pénitentiaires, par exemple, de prendre connaissance des conditions souvent difficiles d'hospitalisation des détenus en C.H.S. et de sensibiliser son équipe au volant sanitaire de sa mission ; de la même façon, les infirmiers des unités de soins pourraient observer le travail des équipes de l'U.C.S.A. et prendre conscience du rôle des surveillants et chefs de détention dans le repérage des pathologies psychiatriques des détenus.

Cette démarche de formation et d'information des personnels pourrait s'accompagner du reste d'un plan de recrutement qui vise à diversifier le personnel : aides-soignants mais aussi éducateurs, travailleurs sociaux dans l'optique d'un travail sur la réinsertion, ont leur place dans la prise en charge des détenus.

Mais la coopération doit également être améliorée entre les différentes structures de soin afin d'améliorer l'orientation des patients entre elles , de façon par exemple à ce que le transfert vers un S.M.P.R. d'un patient-détenu hospitalisé dans un C.H. puisse se faire directement, sans passer par l'établissement pénitentiaire où il est incarcéré, ce qui n'est pas toujours le cas comme le montre une enquête sur les HO D398 réalisée sur le deuxième trimestre 2005 dans la région PACA⁴⁹. L'une des pistes de réflexion du groupe de travail « SROS de psychiatrie et milieu carcéral » réuni au niveau de la D.R.A.S.S. concerne la mise en place de procédures de coordination et de protocoles entre établissements à cet effet.

B) Sécuriser les transferts

Les conditions de transfert pourraient être revues en terme de sécurité ; ainsi on pourrait imaginer que le transport sanitaire du détenu et l'escorte de police se fasse dans le même véhicule, comme l'a propos le groupe de travail sur les déplacements infirmiers lié au C.H.S.C.T. du C.H. Montpellier. Le transport se ferait a priori dans le véhicule sanitaire compte tenu des dispositions légales pour le transport des personnes hospitalisées sans leur consentement, ce qui permettrait de réduire le personnel infirmier d'accompagnement prélevé sur les personnels des unités d'hospitalisation et également de réduire l'effectif des personnels de police affectés à l'escorte.

D'autre part, la sécurité paraîtrait mieux assurée avec la présence des personnels de police dans le véhicule où se trouve le détenu, plutôt que dans un véhicule parfois éloigné de celui des infirmiers.

⁴⁹ Voir Annexe n°8

Des problèmes de divers ordres, - en terme de responsabilité, de couverture des personnels de police en matière d'accident de trajet, etc. - peuvent être soulevés et nécessiteront d'être réglés préalablement à la mise en oeuvre d'une telle proposition... Dans le cas de l'un des deux centres pénitentiaires, une telle organisation est rendue difficile par le fait que les « gardes » alternent entre la police et la gendarmerie, ce qui double les difficultés liées à la coopération des administrations. A titre provisoire, il faudrait envisager au moins de mettre en place une liaison radio entre les deux véhicules (ambulance d'une part de voiture de police ou gendarmerie d'autre part) afin que les deux équipes puissent se repérer en cas de circulation difficile ou de problème de l'une ou l'autre sur le trajet.

C) Une structure « lits-portes » au sein de l'établissement pénitentiaire ?

Face à l'augmentation du nombre d'hospitalisations de détenus en raison de leurs troubles mentaux, on pourrait envisager la création de chambres médicalisées situées au sein de l'établissement pénitentiaire, dans l'esprit d'un service de « lits-portes » constitué de 2 ou 3 cellules médicalisées situées dans les U.C.S.A. Une telle proposition repose sur l'idée, comme le dit le médecin psychiatre Jean-Marc Chabanne que « le soin institutionnel est possible en prison »⁵⁰. C'est du reste l'une des orientations envisagées par le Plan de Santé Mentale qui formule pour la période 2005-2008 l'objectif d'« intensifier la prise en charge psychiatrique des personnes détenues dans les établissements non pourvus d'un S.M.P.R. ».

Ces chambres permettraient de faire une première évaluation de l'état clinique du patient en toute sécurité et dans des conditions plus confortables aussi bien pour le patient que pour les équipes, grâce à une observation 24 heures sur 24, comme cela est fait par exemple au service des urgences psychiatriques situées au sein des urgences de l'hôpital général. Ce service dit « CAP 48 » pour « Centre d'Accueil Permanent 48 heures », accueille les patients adressés par les urgences somatiques en observation pour une durée maximale de 48 heures comme son nom l'indique, à la suite de quoi, selon leur état, ils sont orientés vers un service d'hospitalisation ou rentrent chez eux. (Du reste, la pratique, en ce qui concerne le Centre de Détention de Salon, consiste à adresser certains malades-détenus qui ne peuvent être maintenus en détention à raison de leur état psychiatrique dans un premier temps au C.A.P. 48 du Centre Hospitalier de Salon de Provence, plus proche géographiquement, pour une phase d'observation et d'évaluation de leur état.)

⁵⁰ Jean-Marc Chabannes, « Les unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) ou le résultat d'un divorce malheureux » in *L'Information Psychiatrique*, revue mensuelle des psychiatres des hôpitaux, « Soins aux détenus » volume 80, n°4, avril 2004, pp.291-294

Un tel service au sein de l'U.C.S.A., qui ne se substituerait naturellement pas à la possibilité d'une hospitalisation au C.H.S. Montperrin ou dans les futures U.H.S.A., permettrait dans certains cas de différer l'hospitalisation, de l'annuler si elle n'est pas indiquée, tout en évitant les difficultés posées par la question des transferts. L'hospitalisation, si elle s'avère souhaitable, pourrait également être mieux préparée en amont, en collaboration avec l'Accueil Soignant du Centre Hospitalier.

Une telle proposition se heurte évidemment à la question des moyens mis en œuvre, qu'il s'agisse de moyens matériels (les locaux des deux U.C.S.A. apparaissant insuffisants au regard de son activité, la création, *a minima* de deux chambres médicalisées paraît difficile) ou de moyens humains (la présence, 24 heures sur 24 d'un infirmier supposerait la création de 14 ETP infirmiers dans chaque structure, et ce pour la création de 2 lits ou plus).

Quoi qu'il en soit, on dans l'attente de l'ouverture des U.H.S.A., des aménagements locaux doivent être mis en place ; ils ne peuvent consister à placer des policiers dans les hôpitaux, piste parfois envisagée mais « qui ne correspond ni au problème rencontré ni aux attentes des professionnels » comme l'a souligné Monsieur Jean Castex, Directeur de la D.H.O.S., dans un entretien récent au *Quotidien du Médecin*.

CONCLUSION

Ainsi, la prise en charge psychiatrique des détenus pose des problèmes qui recouvrent divers aspects de la gestion hospitalière : au regard des exigences de sécurité particulières, les locaux ne semblent pas adaptés à cette mission, ni les professionnels de santé formés à cet effet, d'autre part, la population carcérale, particulièrement fragilisée sur le plan psychiatrique, n'est pas accueillie en Centre Hospitalier Spécialisé dans des conditions permettant une qualité des soins optimale (placement en chambre d'isolement, Durée Moyenne de Séjour insuffisante...), enfin, la coopération des administrations hospitalière et pénitentiaire, si elle fonctionne, se heurte notamment au problème posé par le partage de l'information... Les professionnels de santé rencontrés se sont montrés prioritairement préoccupés par la qualité de la prise en charge, conformément à leur mission de soins, tout en soulignant que celle-ci se heurtait aux conséquences de la responsabilité pesant en la matière.

En dernière analyse, il faut souligner que ce sujet de réflexion comporte une forte dimension éthique qui implique des positions personnelles chez les acteurs concernés ; si la création des U.H.S.A. semble globalement répondre aux attentes des professionnels, le débat est naturellement loin d'être clos ; Jean-Marc Chabannes, psychiatre des hôpitaux, s'élève assez violemment contre ce « résultat d'un divorce malheureux », selon le titre de l'article qu'il leur a consacré dans *L'Information psychiatrique* ; instituer les UHSA risque selon lui de compromettre l'équilibre entre justice et psychiatrie et revient à « créer un troisième secteur ». Il s'interroge sur leur dimension « asilaire » :

« La « re » création des asiles par le biais de l'instrumentalisation de la psychiatrie n'est-elle pas à l'œuvre quand sont institués ces nouveaux lieux de soins spécialisés pour malades mentaux détenus ? »⁵¹

Dans l'attente de la mise en place des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées, plusieurs pistes d'amélioration peuvent être envisagées pour la prise en charge psychiatrique des détenus ; il reste que la diversité des difficultés évoquées par les professionnels interrogés sur ce thème conduit à penser que seules des structures spécifiques seront susceptibles de répondre efficacement à la double exigence de garantir aux détenus un accès aux soins équivalent à celui de la population générale et d'assurer des conditions de sécurité satisfaisantes pour tous.

⁵¹ Jean-Marc Chabannes, « Les unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) ou le résultat d'un divorce malheureux » in *L'Information Psychiatrique*, revue mensuelle des psychiatre des hôpitaux, « Soins aux détenus » volume 80, n°4, avril 2004, pp.291-294

Bibliographie

Ouvrages

Observatoire international des prisons, *Prisons : un état des lieux*, l'Esprit frappeur, Paris, 2000

Justice et psychiatrie, « Normes, responsabilité, éthique » sous la direction de Claude LOUZOUN et Denis SALAS, Editions Erès, 1998

FRIARD, Dominique, *L'isolement en psychiatrie, séquestration ou soin ?* Editions Masson, Paris, 2002

Revues

L'information psychiatrique, « Soins aux détenus », Volume 80, n°4, avril 2004

Rapports

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

« L'organisation générale des soins aux détenus », juin 2001, Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et de l'Inspection Générale des Services Judiciaires

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

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

Compte-rendu de colloques

« Le droit face à la maladie mentale », Ecole Nationale de la Santé Publique, Réseau des écoles de service public, session du 7 au 11 mars 2005

Mémoires

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

Dr BRUSQUET, Anne, *Prise en charge des personnes détenues hospitalisées d'office*, ENSP, 2001

Sites

www.sante.gouv.fr

www.justice.gouv.fr

www.psychiatrie.com

www.hospimedia.fr

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Annexe 2 : Discours de Monsieur le ministre de la santé prononcé le 9 août 2005 : « La sécurisation des établissements de santé »

Annexe 3 : Extrait de l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie, A.N.A.E.S., juin 1998 ; Chapitre 4 : Le référentiel

Annexe 4 : Les personnel des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et des secteurs de psychiatrie générale

Annexe 5 : Les modalités de prise en charge dans les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire en 2003

Annexe 6 : La population pénale en PACA

(Annexe non publiée)

Annexe 7 : Les hospitalisations psychiatriques en PACA (source DRSP)

(Annexe non publiée)

Annexe 8 : Extrait de l'étude sur les HO-D398 en PACA deuxième trimestre 2005

(Annexe non publiée)

ANNEXE 1

LE GUIDE D'ENTRETIEN

Objectifs : apprécier l'importance quantitative et qualitative de la mission de prise en charge des détenus dans le travail quotidien des infirmiers, cadres et médecins, prendre connaissance de leur ressenti sur les modalités actuelles d'accomplissement de cette mission, hiérarchiser les difficultés rencontrées

Personnes interrogées :

- Les acteurs clefs ont été rencontrés : directeurs d'établissements hospitalier et pénitentiaire, directeur adjoint en charge du dossier, médecin chef de service et cadre supérieur de santé du S.P.A.D., infirmiers de l'U.C.S.A.
- Le personnel médical et soignant rencontré a été choisi dans les deux unités les plus concernées par l'hospitalisation de détenus ainsi qu'une troisième unité « témoin ».

Modalités : Les entretiens se sont déroulés pendant un mois et demi (juillet-août), durant entre 30 minutes et une heure dans les services (bureau du cadre de santé ou dans le bureau médical) ou dans les bureaux de la direction.

En ce qui concerne le personnel médical et soignant des unités intra-hospitalières, la grille d'entretien a été la suivante :

Consigne initiale

Pouvez-vous me parler des modalités actuelles de prise en charge des détenus à l'hôpital ?

Thèmes

1. Les caractéristiques spécifiques de la prise en charge des détenus (aspects quantitatifs, qualitatifs)
2. Les principales difficultés posées par l'hospitalisation d'office des détenus
3. La coopération avec l'administration pénitentiaire
4. La relation soignant-soigné avec le patient-détenu
5. Les améliorations possibles des modalités actuelles de prises en charge des détenus (dans l'attente de l'ouverture des U.H.S.A.)

Consignes de relance :

A vos yeux, quelles est la principale difficulté en la matière ?

Un « H.O. D 398 » est-il pour vous d'abord un patient ou un détenu ?

ANNEXE 2

« LA SECURISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE », DISCOURS DE MONSIEUR XAVIER BERTRAND, MINISTRE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, MARDI 9 AOUT 2005

Mesdames et Messieurs,

Suite aux événements survenus la semaine dernière, j'ai souhaité rassembler dès aujourd'hui les directeurs des établissements de santé mentale, les présidents de conférence des directeurs d'établissements, les présidents de conférence des Commissions médicales d'établissements et les fédérations d'établissements ainsi que les directeurs d'agences régionales d'hospitalisation pour une réunion de travail sur le thème de la sécurité et la prise en charge psychiatrique et santé mentale. Je tiens d'ailleurs à les remercier de leur mobilisation.

Permettez tout d'abord de vous rappeler les objectifs de cette réunion de travail.

Réaffirmer mon soutien aux professionnels de la psychiatrie.

Je connais la difficulté de leur mission et je sais qu'ils l'exercent avec compétence et dévouement. Je tiens à leur dire que je suis à leurs côtés et que je veillerai à ce qu'ils puissent poursuivre leur action dans des conditions de qualité et de sécurité toujours améliorées.

Réaffirmer la continuité de l'action engagée par le Plan de Santé Mentale.

La sécurité dans les établissements de santé en général et dans les établissements de santé mentale en particulier n'est pas une préoccupation nouvelle des pouvoirs publics et le Plan de Santé Mentale en est l'illustration. Des actions spécifiques de ce Plan visent, en effet, à renforcer la sécurité des établissements psychiatriques aussi bien publics que privés.

Par ailleurs, je tiens à réaffirmer que toutes les mesures de sécurité qui sont prises ou qui seront envisagées à l'issue de cette concertation doivent être aussi examinées sous l'angle des soins à apporter aux patients pris en charge.

Rappeler que la qualité du cadre de l'exercice professionnel est garant de la qualité des soins délivrés aux patients.

La qualité des conditions de travail, et la sécurité en fait partie, est une préoccupation légitime des professionnels de la psychiatrie. Il nous appartient à tous, administration centrale, préfets, agences régionales de l'hospitalisation, établissements de santé, de nous mobiliser dès aujourd'hui afin d'améliorer cette qualité qui passe à la fois par des investissements, des équipements, des programmes de formation, des mesures d'organisation, des renforcements d'effectifs.

Engager une nouvelle phase de concertation avec les professionnels.

L'élaboration du Plan de Santé Mentale a donné lieu à une très large concertation. Il me paraît nécessaire de relancer cette concertation sur les mesures à prendre en matière de sécurité afin de faire émerger, avec les professionnels, les solutions les plus adaptées aux problèmes posés en matière de sécurité, notamment en lien avec les hospitalisations sans consentement, qu'elles concernent des patients détenus ou non.

Il va de soi que la concertation qui s'ouvre aujourd'hui concernera l'ensemble des acteurs: professionnels médicaux et non-médicaux, organisations représentatives et représentants des

patients et de leurs familles notamment. A l'issue de cette concertation, je vous présenterai d'ici 3 mois, un programme d'actions spécifique sur cette question. A l'issue de cette réunion, je souhaite pour ma part, développer deux axes de travail:

- la nécessaire accélération du Plan de Santé mentale
- et un programme d'actions spécifique centré sur la sécurisation des personnels et des malades notamment en ce qui concerne la prise en charge psychiatrique des détenus.

1. Tout d'abord, il est nécessaire d'accélérer la mise en œuvre du Plan Psychiatrie et santé mentale.

- Je donne instruction aux Agences régionales de l'hospitalisation, lesquelles ont dores et déjà reçu les crédits 2005 prévu par le Plan de santé mentale à hauteur de 17,2 millions d'euros, de les répartir entre les établissements dont elle ont la charge afin que ceux ci puissent dès à présent procéder aux recrutements nécessaires, tant en terme de personnels soignants que de personnels de sécurité.

Je souhaite à ce propos que chaque établissement concerné ait un correspondant dédié à la sécurité. Ces crédits permettront également de finaliser la mise en place des systèmes de sécurité pour les personnels (bips, télésurveillance...).

Pour 2006, 44 millions d'euros seront alloués aux ARH dès mi février afin qu'ils parviennent au plus vite aux établissements.

Je rappelle que si le secteur de la psychiatrie souffre à l'heure actuelle d'un défaut de personnels disponibles, l'application du Plan de Santé mentale prévoit de renforcer l'attractivité de ce secteur par un système de compagnonnage/ tutorat et par un système d'adaptabilité à l'embauche qui sera intensifié.

Je tiens à préciser également que tous les départs à la retraite seront systématiquement remplacés

- En ce qui concerne le programme des Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), qui je vous le rappelle seront, au sein des hôpitaux, des unités dédiées à la prise en charge des personnes détenues présentant des pathologies psychiatriques, la première tranche prévoit la création de en 2008 de 450 lits au lieu des 300 lits initialement prévus. La seconde tranche prévoira la création de 250 lits supplémentaires en 2010 pour atteindre un total de 700 places. Le programme de création des UHSA devra bien évidemment répondre en priorité aux besoins des régions où la population pénitentiaire est la plus dense. Ainsi, l'objectif pour 2008 sera augmenté de 50%

2. Ce calendrier bien qu'accélééré laisse émerger la nécessité d'aménager une période intermédiaire. Je souhaite donc proposer à la concertation la création rapide de chambres sécurisées.

Par ailleurs, je souhaite également engager la réflexion sur la création rapide, dans les locaux existants, d'unité de type «UMAP»: Unité pour malades agités et perturbateurs ou de type « USIP» : Unité de soins intensifs en psychiatrie. Ces unités fermées devraient être dotées en particulier d'équipes renforcés et d'une architecture adaptée.

De plus, un groupe de travail interministériel Intérieur, Justice, Santé devra soumettre à concertation des propositions conjointes sur le statut des personnes détenus nécessitant une hospitalisation en psychiatrie, les modalités de transport, les mesures de sécurité inhérentes à la

prise en charge de ces personnes et la sécurisation des visites de familles ou de proches. Un deuxième groupe de travail devra définir le protocole d'accueil et de prise en charge des patients détenus. Ce protocole devra établir en particulier une fiche-type de liaison entre santé, police et justice.

3 Questions réponses

Rappel Plan Santé mentale

Données épidémiologiques

- La prévalence des troubles mentaux des personnes détenues oscille, selon les enquêtes disponibles, entre 20 et 50 %.
- Les premiers résultats de l'enquête nationale en cours (2003-2005) montrent que 40 % des détenus souffrent de troubles dépressifs et que 14,6 % ont des troubles psychotiques dont 7,3 % de troubles schizophréniques et 7,3 % d'autres troubles (paranoïa, psychose etc.)
- Le nombre de suicides enregistrés est, en moyenne annuelle, supérieur à 100, soit un taux six fois supérieur à celui de la population générale étant toutefois précisé que le comportement de la population carcérale ne reflète pas celui de la population générale.

Rappel des mesures initiées dans le cadre du Plan Santé Mentale:

- renforcement des moyens humains (140 ME entre 2005 et 2008 = 2500 ETP dont 17,2 ME en 2005)
- formation initiale et continue: tutorat/compagnonnage, adaptation à l'emploi (25ME par le FMESPP dès 2006)
- investissements (1,5 ME entre 2006 et 2010 - état des besoins en cours)
- observatoire de la violence hospitalière (créé en 2004): centralisation des signalements (événements, incidents), évaluation des politiques régionales de sécurisation, mobilisation permanente d'une équipe opérationnelle en cas de violences
- protocole ministère de la Santé - ministère de l'Intérieur: modalités de coopération sur la prévention, la sécurisation et suivi des plaintes en lien avec le ministère de la Justice
- affectation d'un commissaire de police à la DHOS dès septembre 2005 pour définir et soutenir un programme de prévention et d'action contre les violences à l'hôpital
- Diversification de l'offre de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire
- Développement des soins ambulatoires (Consultations, Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, ateliers thérapeutiques au sein des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA))

4 Orientation des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) vers l'hospitalisation de jour et les alternatives à l'hospitalisation (accueil à temps partiel) exclusivement

- Création des UHSA (Unités Hospitalières Spécialement Aménagées)

19 UHSA pour une capacité totale de 700 lits:

1618 tranche 2005/2008: 4 à 5 UHSA (300 lits) couvrant 40 % de la population pénale. Aujourd'hui, le programme sera accéléré pour atteindre en 2008 la couverture de 60% de la population pénitentiaire, et 100% en 2010

Coût d'investissement de la 1^{ère} tranche: 57,30 ME

Coût de fonctionnement (assurance maladie): 21 ME à financer hors plan santé mentale, soit 4, 5 ME pour une UHSA standard de 60 lits (composée de 3 unités de 20 lits)

Couverture finale de la prise en charge des détenus par les UHSA: en 2008 : 60%, en 2010 : 100%.

Définition du compagnonnage tutorat : accompagnement au sein du service par un professionnel averti des jeunes diplômés pendant au moins leur première année d'exercice.

Définition de l'adaptation à l'emploi: accompagnement par des formations à l'extérieur du service pour une meilleur prise en compte des spécificités du domaine psychiatrique

Combien de détenus hospitalisés: 1830

Quid de la présence policière, des bracelets électroniques, des systèmes vidéo ? Le groupe de travail interministériel que j'ai évoqué aura notamment pour mission d'émettre des propositions à ce sujet qui seront soumis ensuite à concertation.

Compte rendu de la Mission effectuée dans trois établissements ayant connu des évasions de détenus placés en hospitalisation d'office (H.O.)

La Mission conduite au Centre Hospitalier des Pyrénées (Pau), au Centre Hospitalier Esquirol de Limoges et au Centre Hospitalisé du Rouvray à Sotteville-les Rouen du 4 au 6 août 2005 par deux représentants de la Direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a fait les constats suivants:

Les situations rencontrées d'évasion de détenus, sont très différentes d'un établissement à l'autre, leur point commun étant leur conjonction dans un laps de temps rapproché.

Les difficultés induites par l'évasion de personnes détenues dans ces trois établissements ont, dans l'ensemble, été bien gérées par les autorités locales (directions d'établissements, autorités de tutelle régionale et départementale et autres services). Des mesures matérielles ont été prises immédiatement sur chacun des sites concernés.

Les personnels hospitaliers rencontrés manifestent leur volonté de poursuivre leur travail dans la sérénité.

S'agissant des détenus en hospitalisation d'office, les protocoles d'accueil et de prise en charge sont très différents d'un établissement à l'autre et la fiche dite de "liaison" entre l'administration pénitentiaire et l'hôpital semble insuffisamment formalisée dans son contenu: les informations relatives au détenu hospitalisé (détention provisoire ou condamnation, dangerosité éventuelle pour lui-même ou pour autrui, risques d'évasion... etc.) ne figurent pas de manière systématique sur la fiche dite de liaison. Les explications recueillies auprès des personnels hospitaliers, font état de quelques réticences de la part de l'administration pénitentiaire à fournir certains éléments (notamment lorsqu'il s'agit d'un prévenu). S'y ajoute la crainte des personnels hospitaliers que la connaissance de ces éléments altère ou modifie leur relation au patient et donc la qualité des soins susceptibles d'être délivrés.

Les personnels soignants et médicaux, souhaitent pouvoir continuer à délivrer des soins aux patients, qu'ils soient détenus ou non, et ne souhaitent surtout pas se substituer aux missions dévolues à l'Administration Pénitentiaire, considérant d'une part qu'ils ne sont pas formés à cet effet, et d'autre part, qu'une telle évolution dénaturerait leur mission tout en les exposant plus encore à d'éventuels actes de violence, de la part des patients détenus. La question du bracelet électronique a été évoquée, non pas comme une solution mais comme une interrogation.

Plus généralement, les personnels hospitaliers considèrent qu'en l'état actuel de la réglementation, les hôpitaux psychiatriques ne sont pas configurés pour l'accueil et la prise en charge des détenus. Ils font observer qu'il convient d'aménager des structures spécifiques d'accueil et de prise en charge de ces patients.

La mission a donc pris note de la très forte attente de l'ensemble des personnes rencontrées, à l'égard des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) prévues dans la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002, et dont la première tranche doit être mise en œuvre dans le cadre du plan santé mentale.

Compte tenu de ces éléments, la mission formule les propositions suivantes

* Concernant l'accueil et la prise en charge des patients détenus, la mission recommande:

- Que soit accélérée la mise en œuvre du programme UHSA afin d'assurer une couverture plus rapide du territoire. La publication d'un calendrier de montée en charge lui semble indispensable.
- Que pendant la période de montée en charge des UHSA, soit mis en place un protocole d'accueil et de prise en charge des détenus en hospitalisation d'office (en lien avec les services du Ministère de la Justice et du Ministère de l'Intérieur). Ce protocole devrait notamment préciser le contenu des informations devant figurer dans la fiche de liaison au moment du transfert du patient détenu, vers l'hôpital.

* Concernant l'adaptation de l'exercice professionnel, la mission recommande:

- Compte tenu des prévisions de départs prochains à la retraite de certains des personnels les plus expérimentés, que soient rapidement mises en œuvre les dispositions du plan santé mentale concernant le tutorat renforcé pour les jeunes infirmiers, ainsi que des formations d'adaptation à l'emploi pour ceux d'entre eux qui choisissent d'exercer en psychiatrie.
- Que soient développées, des actions de sensibilisation, d'information et de formation des personnels à la violence et à sa prévention.
- Qu'une suite rapide soit donnée, s'agissant des investissements, aux diagnostics de sécurité réalisés au début de l'année 2005, dans les établissements de santé.

* Concernant le statut juridique du patient détenu, la mission recommande:

Que soit conduite à brève échéance, entre les administrations concernées, une réflexion visant à clarifier ledit statut et à préciser les rôles et responsabilités de chacun en matière de surveillance à l'intérieur des établissements de santé et à l'occasion des transferts.

- Que soient également étudiées les conditions dans lesquelles l'entourage de ces patients détenus serait autorisé à leur rendre visite sans mettre en danger la sécurité des patients, des personnels, ni favoriser une éventuelle tentative d'évasion.

ANNEXE 3

L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie, Chapitre 4 : Le référentiel

1. Les données concernant l'identité, les date et heure de début et de fin de MCI sont renseignées.
2. Si le patient vient d'une autre unité de soins, dans le cadre de ce qui est appelé un prêt de chambre d'isolement, le dossier du patient et toutes les informations nécessaires sont fournies, en temps utile.
3. La MCI est réalisée sur prescription médicale, d'emblée ou secondairement. Dans ce dernier cas, la prescription doit être réalisée dans l'heure qui suit le début de l'isolement.
4. L'isolement initial et chaque renouvellement éventuel sont prescrits pour une période maximale de 24 heures.
5. Le trouble présenté par le patient correspond aux indications de MCI et il n'y a pas d'utilisation à titre non thérapeutique.
6. Les contre-indications somatiques de la MCI sont identifiées et notées.
7. Les facteurs de risque éventuel (suicide, automutilation, confusion, risques métaboliques, médicamenteux et liés à la thermorégulation) sont repérés et un programme spécifique de surveillance et de prévention est mis en place.
8. La conformité de la MCI avec la modalité d'hospitalisation est examinée lors de la prescription.
9. L'absence de tout objet dangereux est vérifiée dans la CI ainsi que sur le patient. EN cas d'existence d'un objet dangereux, les mesures adaptées sont prises.
10. L'entrée et la sortie du patient son signalées aux services de sécurité incendie en temps réel.
11. La MCI est effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.
12. Le patient reçoit les explications nécessaires sur les raisons, les buts et les modalités de la mise en œuvre de l'isolement. La nécessité d'informer l'entourage est examinée.
13. En cas de recours à la contention physique, celle-ci est réalisée avec les matériels adéquats, en toute sécurité pour le patient et en tenant compte de son confort.
14. Une visite médicale est assurée dans les deux heures qui suivent le début de l'isolement.
15. Le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par jour.
16. Le rythme programmé de surveillance de l'état psychique est respecté.
17. Le rythme programmé de surveillance de l'état somatique est respecté.
18. La surveillance biologique prescrite est réalisée.

19. Le séjour du patient en CI est interrompu par des sorties de courtes durée, durant la journée.
20. Un entretien centré sur le vécu du patient en CI est réalisé à la fin du processus.
21. L'hygiène du patient est assurée durant toute cette phase de soins.
22. L'état de propreté de la chambre est vérifié au moins deux fois par jour.
23. Les documents (feuille de surveillance, rapport d'accident...) sont intégrés au dossier du patient.

ANNEXE 4

LES PERSONNEL DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE EN MILIEU PENITENTIAIRE ET DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE GENERALE

	Personnels mobilisés eu égard à la population couverte ⁵²		Personnels mobilisés en regard de la population prise en charge ⁵³	
	Equipe SMPR en 2003	Equipe de secteur de psychiatrie générale en 2000	Equipe SMPR en 2003	Equipe de secteur de psychiatrie générale en 2000
Population moyenne de référence	5 332	54 013	1 299	1 045
ETP rémunérés :	pour 100 000 individus		pour 1000 patients	
- Médecins	72,9	9,8	3,0	5,1
- Internes	7,8	1,7	0,3	0,9
- Secrétaires médicales	37,4	5,9	1,5	3,1
- Personnel infirmier	188,0	99,6	7,7	51,5
- Psychologues	57,1	4,6	2,3	2,4
- Personnel socio-éducatif	19,6	5,4	0,8	2,8
- Personnel de rééducation	4,5	1,7	0,2	0,9
- Autre personnel soignant	5,0	28,3	0,2	14,6
- Autre personnel	2,0	2,2	0,1	1,1
Total ETP	394,4	159,2	16,2	82,3

Source : Drees, Rapports de secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, 2003, étude réalisée sur la France entière

⁵² Pour les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, il s'agit du nombre d'entrants en provenance de l'état de liberté en 2003 + les présents au 1er janvier. Pour les secteurs de psychiatrie générale, il s'agit de la population moyenne âgée de 20 ans ou plus desservie par un secteur de psychiatrie générale.

⁵³ File active corrigée des patients vus une seule fois dans l'année

ANNEXE 5

LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DANS LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE EN MILIEU PENITENTIAIRE EN 2003

	Nombre total (estimation nationale)		Nombre moyen par secteur	
	Patient s	Jours, séance s ou actes	Patient s	Jours, séance s ou actes
File active totale	54 248		2 086	
Vus pour la 1 ^{ère} fois	29 836		1 148	
Vus une seule fois	20 451		787	
Ambulatoire	49 539		1 905	
Exclusivement ambulatoire	42 984		1 653	
Entretien d'accueil par le SMPR	32 688	35 977	1 257	1 384
<i>Soins ou interventions :</i>				
Au SMPR	21 050	296 966	810	11 422
En établissement pénitentiaire d'implantation	11 237	158 159	432	6 083
Au quartier disciplinaire	601	3 562	26	
En autre établissement pénitentiaire	2 082	13 818	80	
En structure extérieure à la prison	1 386	8 386	53	323
Au domicile ou institution substitutive au domicile	16	27	1	
En unité de soins	48	83	2	
Autre ambulatoire	4 064	17 352	156	667
Temps partiel	3 674		141	
Exclusivement temps partiel	550		21	
<i>Accueil en :</i>				
Hospitalisation de jour ou assimilée	131	4 014	5	154
Atelier thérapeutique au SMPR	1 495	9 253		
Atelier thérapeutique en autre établissement pénitentiaire	127	481		
Atelier thérapeutique en structure extérieure à la prison	0	0		
Activité thérapeutique à temps partiel au SMPR	1 322	15 286	51	588
Activité thérapeutique à temps partiel en autre établissement pénitentiaire	151	835	6	32
Activité thérapeutique à temps partiel en structure extérieure à la prison	9	28		
Autre temps partiel	465	26 806	18	1 031
Temps complet	1 377		53	
Exclusivement temps complet	447		17	
<i>Accueil en :</i>				
Hospitalisation temps plein avec permanence de l'équipe soignante	299	17 845	12	686
Hospitalisation temps plein sans permanence de l'équipe soignante	1 293	89 870	50	3 457
Interventions en dehors de la présence du patient				
Auprès d'un professionnel d'une structure de la justice	2 153	2 552	83	98
Auprès d'un professionnel d'une structure de soins	1 157	2 447	44	94

Source : Drees, Rapports de secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, 2003, étude réalisée sur la France entière