



**ENSP**  
ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTE PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'Hôpital**

**Promotion 2002 - 2004**

---

**IMPLANTATION D'UNE UNITE HOSPITALIERE  
SECURISEE INTERREGIONALE  
AU GROUPE HOSPITALIER PITIE-SALPETRIERE :  
ENJEUX ET PERSPECTIVES  
DANS LE CADRE DE LA POLITIQUE  
D'AMELIORATION DES SOINS AUX DETENUS**

---

**Artus PATY**

---

# Remerciements

---

**Je tiens tout particulièrement à remercier, pour leur aide précieuse :**

*Mes encadrants mémoire*

**François CHIEZE**

Responsable du pôle « santé publique » à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

**Philippe LECORPS**

Philosophe, chargé d'enseignement à l'Ecole Nationale de la Santé Publique

*Mon Maître de stage*

**Thierry KURTH**

Directeur des ressources humaines du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

**Alain LEPERE**

Directeur du GHU Ouest, ancien directeur du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

*et*

**Anne-Marie ARMENTERAS de SAXCE**

Directrice générale du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

**Je tiens également à remercier l'ensemble des personnes  
avec lesquelles j'ai été amené à travailler dans le cadre des UHSI  
ainsi que toutes celles qui ont eu l'amabilité de m'accorder un entretien.**

(cf. ANNEXE A)

**Je tiens par ailleurs à remercier, pour les services qu'ils m'ont apportés :**

La bibliothèque de l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP)

La médiathèque de l'Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire (ENAP)

Le centre de documentation de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP)

---

# Sommaire

---

<i>Introduction : l'hôpital et la prison</i> .....	<i>1</i>
<b>1 La prise en charge sanitaire des détenus : un enjeu de santé publique</b> .....	<b>4</b>
<b>1.1 Etat des lieux de la médecine en milieu pénitentiaire</b> .....	<b>4</b>
1.1.1 La population carcérale en France .....	4
A) Caractéristiques principales de la population carcérale .....	4
B) Régime juridique de la détention .....	6
C) Organisation administrative pénitentiaire .....	7
1.1.2 Les acteurs de la santé en prison avant 1994 .....	7
A) La prévalence de l'administration pénitentiaire.....	8
B) La place restreinte des autres acteurs .....	10
C) L'innovation du « Programme 13 000 » .....	12
1.1.3 Eléments de comparaison.....	13
A) Statistiques sur la population carcérale .....	13
B) Le sens de la peine .....	14
C) L'organisation des soins aux personnes détenues.....	14
<b>1.2 La nécessité d'une réforme ambitieuse</b> .....	<b>15</b>
1.2.1 La détérioration de l'état de santé des détenus .....	15
A) Données épidémiologiques.....	15
B) Les facteurs aggravants de l'incarcération .....	17
C) Interprétations .....	17
1.2.2 Le rapport du Haut Comité de Santé Publique .....	18
A) Constats.....	18
B) Propositions .....	19
C) Conclusions .....	19
1.2.3 Les enjeux d'une politique de santé en prison .....	21
A) Enjeux éthiques.....	21
B) Enjeux économiques.....	22
C) Enjeux symboliques.....	22
<b>1.3 L'implication croissante de l'hôpital</b> .....	<b>23</b>
1.3.1 La réforme de 1994 .....	23
A) Principes.....	23
B) Objectifs .....	23
C) Modalités de prise en charge .....	24
1.3.2 Dispositif institutionnel.....	25
A) L'hôpital, clé de voûte du dispositif .....	25
B) Les moyens humains et financiers .....	26
C) Les structures.....	27
1.3.3 L'hospitalisation des détenus.....	28
A) Conditions générales d'hospitalisation .....	28
B) Une réforme inachevée.....	30
C) La création des UHSI .....	31

<b>2</b>	<b><i>Le projet d'implantation d'une UHSI à la Pitié-Salpêtrière : cadre d'action</i></b>	<b>33</b>
<b>2.1</b>	<b>Contexte d'implantation de l'UHSI parisienne</b>	<b>33</b>
2.1.1	Les spécificités de l'UHSI parisienne	33
A)	Le binôme Pitié-Salpêtrière / EPSNF	33
B)	Les détenus de la direction pénitentiaire de Paris	35
C)	Comparaisons entre UHSI	35
2.1.2	Un jeu d'acteurs complexe	37
A)	Principaux acteurs	37
B)	Principaux facteurs de blocage	38
C)	Retards dans la mise en œuvre des UHSI	40
2.1.3	Le financement du projet	41
A)	Dispositif financier et budgétaire	41
B)	Investissement	42
C)	Exploitation	42
<b>2.2</b>	<b>Projet du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière</b>	<b>43</b>
2.2.1	Historique	43
A)	Un choix stratégique pour l'hôpital	43
B)	La démolition de Quentin et la construction d'un nouveau bâtiment R+2	44
C)	Un processus décisionnel complexe	45
2.2.2	Projet	46
A)	Description du bâtiment futur	47
B)	Contraintes techniques et logistiques	48
C)	Plan d'équipement	49
2.2.3	Procédure	50
A)	Budget de l'opération UHSI	50
B)	Calendrier prévisionnel	51
C)	Appel d'offre et choix des candidats	52
<b>2.3</b>	<b>Organisation fonctionnelle</b>	<b>53</b>
2.3.1	Organisation des soins	53
A)	Principes de fonctionnement	53
B)	Incidence de la loi du 4 mars 2002	54
C)	Projet médical et schéma d'articulation fonctionnelle	55
2.3.2	Dimension humaine	56
A)	Prendre en compte les spécificités des patients détenus	56
B)	Le personnel de l'UHSI	57
C)	La confrontation des cultures	58
2.3.3	Dimension stratégique	60
A)	Pour l'hôpital : intégrer le projet UHSI au Plan stratégique de l'établissement	60
B)	Pour les ministères : améliorer le fonctionnement des gardes et des escortes	61
C)	Pour l'Etat : se conformer à des principes et des recommandations européens	62
<b>3</b>	<b><i>L'hospitalisation des malades détenus : perspectives d'évolution</i></b>	<b>63</b>
<b>3.1</b>	<b>Les difficultés à régler</b>	<b>63</b>
3.1.1	La finalisation du projet	63
A)	Travaux	63
B)	Fonctionnement	64
C)	Points juridiques	66

3.1.2	Le statut de l'EPSNF.....	67
A)	Un monstre juridique .....	68
B)	Une organisation médicale à clarifier .....	69
C)	L'avenir de l'EPSNF.....	70
3.1.3	L'aval de l'UHSI.....	71
A)	Aval hospitalier.....	71
B)	Aval pénitentiaire .....	72
C)	La continuité des soins .....	73
<b>3.2</b>	<b>Propositions .....</b>	<b>74</b>
3.2.1	Définir des règles de fonctionnement .....	74
A)	Mettre en œuvre une politique de gestion des ressources humaines .....	74
B)	Etablir des modes de relation entre services hospitalier et pénitentiaire .....	76
C)	Elaborer un règlement intérieur et des procédures de fonctionnement.....	77
3.2.2	Définir des outils de gestion .....	79
A)	Renforcer la communication des UHSI.....	79
B)	Développer un système d'information standard et sécurisé.....	80
C)	Intégrer les UHSI aux dispositifs de planification sanitaire .....	81
3.2.3	Définir des modalités d'évaluation.....	81
A)	Principes.....	81
B)	Les outils d'une démarche qualité .....	82
C)	L'évaluation du dispositif par les acteurs locaux.....	82
<b>3.3</b>	<b>L'avenir de la réforme .....</b>	<b>83</b>
3.3.1	Bilan provisoire.....	83
A)	Les apports des UHSI.....	83
B)	Les lacunes du dispositif .....	84
C)	Scénarios d'évolution .....	85
3.3.2	Les nouveaux chantiers.....	86
A)	La mise en œuvre d'une politique de santé publique .....	86
B)	L'hospitalisation en santé mentale .....	87
C)	La prise en charge médico-sociale .....	88
3.3.3	Ouvertures.....	89
A)	Le programme pénitentiaire immobilier .....	89
B)	L'expérimentation en télémédecine .....	90
C)	Vers une réforme de la Justice ? .....	91
	<b>Conclusion : Le directeur d'hôpital, acteur de la réforme .....</b>	<b>93</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>97</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

**AAPC** : Avis d'appel public à la concurrence  
**ACOSS** : Agence centrale des organismes de sécurité sociale  
**ANAES** : Agence nationale d'accréditation des établissements de santé  
**AP** : Administration pénitentiaire  
**AP-HP** : Assistance publique des hôpitaux de Paris  
**APD** : Avant projet définitif  
**APS** : Avant projet sommaire  
**ARH** : Agence régionale d'hospitalisation  
**BET** : Bureau d'étude technique  
**CA** : Conseil d'administration  
**CAO** : Commission d'appel d'offre  
**CCM** : Commission consultative médicale  
**CDAG** : Centre de dépistage anonyme et gratuit  
**CEDH** : Cour européenne des droits de l'Homme  
**CHIC** : Centre hospitalier intercommunal  
**CHRU** : Centre hospitalier régional universitaire  
**CHS** : Centre hospitalier spécialisé  
**CHSCT** : Commission hygiène, sécurité et conditions de travail  
**CISIH** : Centre d'information et de soins de l'immunodéficience humaine  
**CME** : Commission médicale d'établissement  
**CMU** : Couverture maladie universelle  
**COM** : Contrat d'objectifs et de moyens  
**CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie  
**CPP** : Code de procédure pénale  
**CPT** : Comité de prévention de la torture du Conseil de l'Europe  
**CSI** : Conseil de sécurité intérieure / Cadre supérieur infirmier  
**CSP** : Code de la santé publique  
**CTE** : Commission technique d'établissement  
**DAP** : Direction de l'administration pénitentiaire  
**DCE** : Dossier de consultation des entreprises  
**DDASS** : Direction départementale de l'action sanitaire et sociale  
**DGCCRF** : Direction générale de la concurrence, consommation, répression des fraudes  
**DHOS** : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins  
**DMS** : Durée moyenne de séjour  
**DPL** : Direction du patrimoine et de la logistique  
**DPM** : Direction de la politique médicale  
**DPP** : Direction pénitentiaire de Paris  
**DRASS** : Direction régionale de l'action sanitaire et sociale  
**DRSP** : Direction régionale des services pénitentiaires

**DU** : Diplôme universitaire  
**EHPNF** : Etablissement d'hospitalisation public national de Fresnes  
**EPSNF** : Etablissement public de santé national de Fresnes  
**ERIS** : Equipe régionale d'intervention et de sécurité  
**ETP** : Equivalent temps-plein  
**GHPS** : Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière  
**GIGN** : Groupement d'intervention de la gendarmerie nationale  
**HCL** : Hospices civils de Lyon  
**HCSP** : Haut comité de santé publique  
**HT** : Hors taxes  
**IGAS** : Inspection générale des affaires sanitaires  
**IGSJ** : Inspection générale des services judiciaires  
**JAP** : Juge d'application des peines  
**LOPJ** : Loi d'orientation et de programmation pour la justice  
**MCO** : Médecine, chirurgie, obstétrique  
**MISP** : Médecin inspecteur de santé publique  
**MOE** : Maîtrise d'œuvre  
**MRICE** : Mission régionale d'inspection et de contrôle des établissements  
**MST** : Maladie sexuellement transmissible  
**NCCHC** : National commission on correctional health care  
**OIP** : Observatoire international des prisons  
**PH** : Praticien hospitalier  
**PMSI** : Programme médicalisé du système d'information  
**PTD** : Programme technique détaillé  
**PU-PH** : professeur d'université – Praticien hospitalier  
**SDO** : Surface dans œuvre  
**SAU** : Service d'accueil des urgences  
**SIH** : Système d'information hospitalier  
**SMPR** : Service médico-psychologique régional  
**SNH** : Schéma national d'hospitalisation (des détenus)  
**SPIP** : Service pénitentiaire d'insertion et de probation  
**SPS** : Sécurité, protection, santé  
**SRoS** : Schéma régional d'orientation des soins  
**SSR** : Soins de suite et de réadaptation  
**STIA** : Service de transport intérieur ambulancier  
**TDC** : Toutes dépenses confondues  
**TIG** : Travail d'intérêt général  
**TPG** : Trésorier payeur général  
**TTC** : Toutes taxes comprises  
**UCSA** : Unité de consultation et de soins ambulatoires  
**UHSI** : Unité hospitalière sécurisée interrégionale  
**UMD** : Unité pour malades difficiles

# INTRODUCTION : L'HOPITAL ET LA PRISON

## Historique

L'hôpital et la prison ont longtemps été confondus dans leurs finalités. De l'hospice médiéval à l'hôpital général du XVIII<sup>e</sup> siècle, installé à l'extérieur de la ville, l'hôpital assumait *de facto* le rôle de prison – son but étant d'éloigner du corps social « sain » toute personne posant un problème social potentiellement néfaste au reste de la société. C'est ainsi que s'y retrouvent marginaux, pauvres, fainéants, mendiants, vieillards, prostituées et fous. L'hôpital protège donc la société des asociaux et à cette fin châtie, redresse, enferme, éloigne et s'occupe plus de sauver les âmes que de soigner les corps.

Hôpital et prison forment donc un même ensemble, qu'étudie sans distinction John Howard, premier grand théoricien pénitentiaire avec Cesare Beccaria, et auteur d'un « Etat des prisons » en 1777. A l'origine, l'hôpital général de la Salpêtrière est ainsi une prison pour femmes, telle que décrite par l'Abbé Prevost à travers l'histoire de Manon Lescaut. Cette confusion entre hôpital et prison peut s'expliquer par la relation qui unit le malade à sa maladie (la culpabilité de la souffrance) et le malade à son entourage (la peur de la contagion). De l'antiquité à l'époque chrétienne, la maladie est ainsi vécue comme un châtiment divin (le *fatum*), voire comme un moyen d'expiation ses fautes, une condition de rédemption. Ce lien entre maladie, culpabilité et exclusion n'est d'ailleurs pas exempt des sociétés contemporaines, comme l'apparition du SIDA a semblé le montrer.

Dans ce contexte, il faut attendre les débuts de la médecine moderne, avec le développement d'un champ propre spécifiquement scientifique, et l'apport de la méthode anatomo-clinique (Corvisart, Laennec, Bichat, Bretonneau), pour que l'hôpital connaisse une évolution radicale. De lieu d'exclusion, l'hôpital devient lieu de recherche et de soins. La confusion entre anormalité par rapport à la loi et souffrance physique ou psychique liée à une maladie déterminée étant dépassée, prison et hôpital commencent de se distinguer et des structures séparées sont alors construites.

Dès lors, l'hôpital et la prison développent des identités propres, auxquelles se rattachent des cultures professionnelles distinctes, un statut juridique et des symboles particuliers. La conception du progrès et les avancées médicales du XIX<sup>e</sup> siècle, puis la médecine triomphante des années 1970 – où l'hôpital « universitaire » devient un temple de la technologie – achèvent de rompre le lien qui unissait ces deux entités. Tandis que la prison échoue dans son objectif de réinsertion sociale, l'hôpital devient le lieu de la réinsertion sociale – la guérison de la maladie permettant la réintégration au monde.



## La santé en détention

Les rapports entre l'hôpital et la prison n'en demeurent pas moins complexes et soumis, à travers la prise en charge sanitaire des détenus, à des rapports de force.

D'une part, leurs champs respectifs se juxtaposent encore aux frontières troubles de la psychiatrie, des déviances sexuelles ou de la toxicomanie. Dans ces domaines, une tension idéologique continue d'exister entre l'orientation vers la prison et l'orientation vers l'hôpital. Si, sur la longue durée, les pratiques déviantes ont tendance à passer de la condamnation morale ou criminelle (« *badness* ») au registre médical (« *sickness* »), l'institution judiciaire reste prudente. Dans « *La paronîa menottée* », l'écrivain Patrick Pognant souligne ainsi les réticences de la justice à reconnaître la pathologie mentale, le risque étant que tout crime soit reconnu pathologique et demeure impuni.

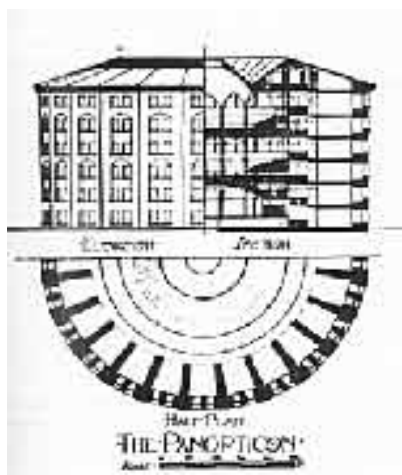
D'autre part, l'institution pénitentiaire, séparée de l'institution hospitalière, s'est repliée sur elle-même. Jusqu'à la réforme du 18 janvier 1994, les détenus étaient ainsi pris en charge au niveau sanitaire directement par l'administration pénitentiaire. Privés de liberté, les détenus étaient également privés d'un droit à la santé - étant exclus de fait de soins d'aussi bonne qualité qu'à l'hôpital. C'est dans ce sens que Valéry Giscard d'Estaing (qui leur octroie le droit de vote en 1975) observait, le 25 juillet 1974, que « la peine, c'est la détention, et donc ce n'est pas plus que la détention ». Il faut dire que les soins aux détenus étaient considérés comme relevant avant tout de la charité (St Vincent de Paul et les galériens jusqu'en 1945) ou de l'humanitaire (nombre des infirmières intervenant en prison jusqu'en 1994 appartenaient à la Croix Rouge).

Une politique décisive d'amélioration des soins aux détenus devait finalement être mise en œuvre par les pouvoirs publics, après la guerre d'Algérie et les grandes mutineries de 1971-1974, et sous l'effet conjugué des positions de certains intellectuels (Michel Foucault notamment), de l'action d'associations d'aide aux détenus et de l'émergence inquiétante des maladies infectieuses (VIH, hépatites, tuberculose) au sein de la population carcérale : création des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) en 1987, transfert des soins aux détenus du ministère de la Justice au ministère de la Santé en 1994, création des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), puis des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI).

C'est dans ce contexte de mise en place des UHSI, à travers l'implantation d'une unité de ce type au groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, que s'inscrit ce mémoire. L'enjeu est en effet de finaliser le rattachement des soins aux détenus de l'administration pénitentiaire à l'administration de la santé, en permettant aux personnes détenues d'être hospitalisées dans les mêmes conditions que la population générale, dans des unités spécifiques implantées au sein de CHU disposant d'une gamme variée de spécialités médico-chirurgicales et d'un plateau technique complet.

Il appartient désormais au directeur d'hôpital, acteur à part entière du projet, de répondre aux objectifs énoncés par les différents ministères, et de savoir utiliser les moyens alloués dans le cadre des UHSI pour mettre en place des structures qui répondent au double enjeu sanitaire et sécuritaire. Il s'agit d'une tâche difficile, qui impose aux directeurs d'hôpital concernés de connaître d'autres institutions auxquelles l'hôpital est peu habitué et de travailler avec elles, et de fédérer l'ensemble de ces acteurs autour d'un réseau de prise en charge pour l'hospitalisation des personnes détenues.

Dans ce cadre seront successivement examinés le contexte ayant amené à la création des UHSI, la mise en œuvre de l'UHSI parisienne bipolaire entre la Pitié-Salpêtrière et l'Etablissement Public de Santé National de Fresnes (EPSNF), et les perspectives d'évolution en matière d'hospitalisation des personnes détenues.



*illustration : panoptique de Bentham,  
qui a inspiré tant l'architecture des prisons que celle des hôpitaux*

# 1 LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES DETENUS : UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE

L'étude du cadre réglementaire d'un projet et de son contexte, l'analyse de la population concernée, ainsi que la connaissance des partenaires avec lesquels l'hôpital est amené à travailler apparaît comme une nécessité pour le directeur d'hôpital. La prise en charge sanitaire des personnes détenues implique en effet une collaboration étroite – et qui tend de plus en plus à s'affirmer au regard des évolutions en cours – entre le système hospitalier, le système pénitentiaire et le système judiciaire. Les dysfonctionnements du passé constatés dans les prisons, soulignés par différents rapports publics et des livres au large écho médiatique, rendait inévitable une réforme ambitieuse pour la population carcérale. Depuis 1994, le chantier est en cours et connaît de nouveaux prolongements. Il s'agit d'une imbrication désormais étroite qui voit le malade détenu pris en charge dans des structures dépendantes d'établissements publics de santé ou rattachées au Ministère de la santé, mais où continuent de s'appliquer les exigences en matière de sécurité et de surveillance, le Code de procédure pénal et le droit commun des prisons.

## 1.1 Etat des lieux de la médecine en milieu pénitentiaire

### 1.1.1 La population carcérale en France

#### A) Caractéristiques principales de la population carcérale

On comptait en France, au 1<sup>er</sup> juin 2003, un nombre record de **60 513 personnes détenues**<sup>1</sup>. La population pénale n'a en effet pas cessé de croître depuis 1975 et a plus que doublé en vingt ans. On comptait ainsi 26000 détenus en 1973, 35000 en 1983, 48000 en 1993 et 60000 en 2003. Il est possible de distinguer quelques traits principaux de la population carcérale en France (**cf. Annexe B**) :

---

<sup>1</sup> Chiffres officiels de l'administration pénitentiaire

a) *Une forte prépondérance masculine*

Au 1<sup>er</sup> juillet 2000, plus de 2 000 femmes étaient incarcérées, soit 3,8 % de population carcérale totale, contre 96,2 % pour les hommes. La part des femmes dans la population carcérale a cependant peu évolué en vingt ans puisqu'elles représentaient déjà 3,1 % des détenus en 1980. Il existe relativement peu d'établissements pénitentiaires accueillant des femmes. La plupart des maisons d'arrêt et des centres pénitentiaires ne proposent d'ailleurs qu'un quartier réservé aux femmes et ne sont pas entièrement dédiés à l'accueil des femmes détenues, à quelques exceptions comme les centres de détention de Marseille ou de Rennes. Cette situation pose de graves problèmes d'éloignement par rapport aux familles et constitue un handicap supplémentaire pour une réinsertion.

b) *Une population jeune*

La population carcérale est une population jeune, puisque la moitié des détenus, au 1<sup>er</sup> janvier 2000, avaient moins de 30 ans. L'âge moyen des personnes incarcérées a cependant tendance à reculer du fait de l'allongement des peines et le nombre des personnes détenues de plus de 40 ans représente plus d'un quart de la population carcérale totale. Le nombre des personnes âgées de plus de 60 ans incarcérées (3,3 %), bien qu'en forte augmentation depuis dix ans, demeure pour l'instant marginal au regard du nombre total des détenus.

c) *Un allongement des peines*

Si le nombre d'entrées en détention a diminué de 4,6 % de 1977 à 1997 en métropole, la durée moyenne de détention a augmenté sur la même période de 71 % pour atteindre plus de 8 mois en 1997. En 2000, elle était de 9 mois en prenant en compte les départements et territoires d'outre-mer. L'allongement de la durée moyenne de détention est lié à l'alourdissement des peines prononcées et au nombre croissant de crimes et délits sexuels enregistrés dans les tribunaux. Ainsi, le nombre de détenus purgeant une peine de plus de cinq ans a été multiplié par 2,5. Désormais, les détenus exécutant une peine de plus de 5 ans représentent 42 % des condamnés, alors que ceux exécutant une peine de moins de six mois constituent moins de 12 % des condamnés. Pour les longues peines, début 1999, 5856 détenus purgeaient une peine de 10 à 30 ans et 566 étaient condamnés à la réclusion criminelle à perpétuité.

d) *Une population étrangère importante*

Près d'un quart de la population carcérale est constituée de personnes de nationalité étrangère, pour la majorité indigentes et ne maîtrisant pas la langue française.

Il s'agit d'une population majoritairement originaire d' Afrique (60 %) et notamment du Maghreb (40 % des étrangers incarcérés). Cette moyenne nationale recouvre cependant des réalités différentes selon les prisons, puisque le pourcentage de détenus étrangers dépasse 60 % dans certaines prisons de la région parisienne comme Villepinte ou La Santé ainsi qu'en Guyane.

## B) Régime juridique de la détention

Selon le Code de procédure pénale (CPP), un détenu est une personne faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire. On distingue parmi les détenus les personnes condamnées et les personnes prévenues. Les **condamnés** sont des détenus au titre d'une décision judiciaire ayant acquis un caractère définitif. Les **prévenus** sont les détenus, sous le coup de poursuites pénales, n'ayant pas fait l'objet d'une condamnation définitive. Il s'agit des inculpés, des accusés et des condamnés ayant formulé une opposition, un appel ou un pourvoi en cassation. La distinction entre prévenus et condamnés détermine en principe le type d'établissement pénitentiaire pour l'incarcération. Les condamnés sont répartis selon plusieurs critères dans les établissements affectés à l'exécution des peines : leur sexe, leur âge, leur situation pénale, leurs antécédents, leur état de santé physique et mental, leurs aptitudes et plus généralement leur personnalité et le régime pénitentiaire dont ils relèvent en vue de leur réadaptation sociale.

Concernant les condamnés, l'exécution de la peine peut se dérouler pour tout ou partie soit en **milieu fermé**, au sein des établissements pénitentiaires, soit en **milieu ouvert**. Les condamnés exécutant leur peine en milieu ouvert sont soumis à diverses obligations, sous le contrôle du juge de l'application des peines (JAP), qui est assisté d'un Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP). On distingue principalement :

- les probationnaires, dont la condamnation est assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve ;
- les condamnés à un travail d'intérêt général (TIG), qui accomplissent un travail non rémunéré de 40 à 240 heures au profit d'une collectivité publique, d'un établissement public ou d'une association ;
- Les libérés conditionnels qui, en raison de gages sérieux de réadaptation sociale, sont mis en liberté par anticipation, sous condition de se soumettre au contrôle du juge de l'application des peines et de respecter diverses obligations pendant un délai au moins égal au reliquat de la peine.

## C) Organisation administrative pénitentiaire

En 2000, on comptait 185 établissements pénitentiaires relevant de l'administration pénitentiaire, soit 48 841 places mises en service pour plus de 60 000 détenus. Cet écart, à l'origine de la surpopulation carcérale, résulte notamment du nombre important des mises en détention provisoires (les prévenus constituent 38 % des personnes sous main de justice et 75 % des entrants) et de l'allongement des peines. Différents types d'établissements peuvent être distingués (**cf. Annexe C**) :

Les **maisons d'arrêt**, au nombre de 117, reçoivent les prévenus et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur ou égal à un an. Le régime d'emprisonnement prévu est, en principe, celui d'un emprisonnement individuel, ce qui n'est pas réalisable compte tenu du nombre des détenus. L'emprisonnement individuel est néanmoins obligatoire pour les prévenus à l'égard desquels l'autorité judiciaire a prescrit l'interdiction de communiquer ou la mise à l'isolement.

Les **établissements pour peine**, au nombre de 55, comprennent les 23 centres de détention, les 6 maisons centrales et les 26 centres pénitentiaires. Les centres de détention accueillent des condamnés qui sont considérés comme présentant les meilleures perspectives de réinsertion. A ce titre, ils comportent un régime principalement orienté vers la resocialisation des détenus, ce qui leur confère quelques avantages comme des permissions de sortie et les parloirs sans séparation. Les maisons centrales reçoivent les condamnés à une longue peine, les multirécidivistes, les détenus réputés dangereux ou ceux présentant peu de chances de réinsertion. Les centres pénitentiaires sont des établissements mixtes comportant au moins deux quartiers différents et qui reçoivent à la fois des prévenus et des condamnés à de courtes et longues peines.

Les **centres de semi-liberté autonomes** reçoivent les condamnés admis au régime de semi-liberté leur permettant d'exercer une activité : travailler, recevoir un enseignement ou une formation professionnelle, apporter une participation essentielle à la vie de leur famille ou subir un traitement médical. Les condamnés sont astreints à rejoindre l'établissement pénitentiaire dès la cessation de cette activité.

### 1.1.2 Les acteurs de la santé en prison avant 1994

Jusqu'en 1994, les acteurs de la santé en prison étaient peu nombreux. La prison jouissait d'une primauté de droit dans la prise en charge sanitaire des détenus et l'hôpital se trouvait de fait exclus. Il faut attendre les années 1980 pour qu'un léger rééquilibrage ait lieu au profit des acteurs de la santé, sans pour autant que soit remis en cause le rôle prééminent de l'administration pénitentiaire.

## A) La prévalence de l'administration pénitentiaire

Avant la réforme de 1994, la prise en charge des soins des détenus relevait de la seule compétence de l'administration pénitentiaire. A l'époque, celle-ci assurait à la fois la surveillance, le logement, la nourriture, la formation et les soins. Elle assumait ces derniers matériellement et financièrement. Les quelques dispositions régissant l'organisation sanitaire en milieu pénitentiaire étaient prévues par le Code de procédure pénale, qui a commencé à reconnaître au détenu un droit aux soins en instituant une présence médicale dans tous les établissements pénitentiaires.

### a) *Les personnels*

Un ou plusieurs médecins vacataires étaient désignés par le directeur régional des services pénitentiaires auprès de chaque établissement pénitentiaires, selon son importance, sur proposition du chef de l'établissement, après consultation de l'ordre départemental des médecins et avis du préfet. Ils étaient désignés pour une période de trois ans, renouvelable par reconduction expresse du directeur régional. Ces médecins étaient rémunérés selon les vacations horaires effectuées. Une solution similaire était en vigueur concernant les chirurgiens dentistes. Des médecins coordinateurs, titulaires d'un contrat de droit public, étaient par ailleurs désignés par le ministre de la Justice. Lorsque l'effectif des détenus justifiait une surveillance médicale constante, il pouvait être fait appel à des internes en médecine et en pharmacie ou aux appelés du contingent. Rassemblant du personnel médical et paramédical recruté et rémunéré par l'administration pénitentiaire, les services médicaux en prison se trouvaient donc sous une forme de tutelle du Ministère de la Justice. Par ailleurs, si la prescription relevaient de la seule compétence médicale, la distribution des soins et des médicaments relevait, en toute illégalité, des surveillants de prison, les pharmaciens et préparateurs en pharmacie étant quasiment absents des établissements pénitentiaires.<sup>2</sup>

### b) *L'organisation des soins*

L'organisation des soins en milieu pénitentiaire avant 1994 reposait sur 3 niveaux :

- la prise en charge sanitaire du malade détenu dans sa prison d'affectation
- la prise en charge dans un établissement pénitentiaire spécialisé plus approprié
- l'hospitalisation en milieu libre en cas d'urgence ou de places insuffisantes

---

<sup>2</sup> Rapport IGAS N° 91-084 présenté par Pierre Delomenie en 1991

Le médecin responsable de l'administration pénitentiaire devait veiller à la santé physique et mentale des détenus et était tenu à des visites obligatoires. En complément de ce rôle de surveillance, il avait la possibilité de rédiger des avis et des certificats. Si le médecin estimait que la santé physique ou mentale d'un détenu risquait d'être affecté par la prolongation ou par une modalité quelconque de détention, il en avisait le chef de l'établissement ou l'autorité judiciaire compétente. L'administration pénitentiaire disposait cependant d'un pouvoir discrétionnaire quant aux suites à donner à ces avis et elle seule décidait des mesures à prendre. Le médecin était également amené à rédiger des certificats en cas de transfert ou d'extraction, soit s'il le jugeait nécessaire, soit à la demande de l'administration pénitentiaire ou de l'autorité judiciaire.

*c) Les structures*

En complément des établissements pénitentiaires ont été mis en place des établissements spécialisés à vocation sanitaire, parfois implantés au sein de maisons d'arrêt, de maisons centrales ou de centres de détention : l'Etablissement d'hospitalisation public national de Fresnes (EHPNF), le sanatorium de Liancourt, le quartier pour condamnés handicapés physiques d'Eysses, le quartier pour asthmatiques de Pau, et les maisons centrales sanitaires pour psychopathes de Château-Thierry et de Metz. Principale structure, l'EHPNF, qui était l'ancienne infirmerie centrale des prisons avant 1986, a été restructuré afin de devenir un outil de soins d'hospitalisation plus efficace, notamment dans la prise en charge de nouvelles pathologies comme l'infection par le VIH. Cependant, les contraintes pénitentiaires et les dysfonctionnements graves au plan de l'organisation hospitalière ne permettaient pas que l'établissement fonctionne comme un véritable hôpital public.

*d) Les suivis médicaux spécifiques*

La médecine préventive concerne principalement le dépistage des maladies vénériennes (art. D.939 CPP), de la tuberculose (art. D.394 CPP) et des maladies mentales (art. D.395 CPP). Le dépistage et le traitement des maladies vénériennes sont obligatoires pour les condamnés. Les prévenus ne sont soumis à cette obligation que si l'autorité sanitaire et l'administration pénitentiaire les considèrent comme atteints d'une maladie vénérienne, en raison de présomptions graves, précises et concordantes.

En ce qui concerne les soins dentaires, le chirurgien dentiste était tenu de faire au minimum deux visites par mois, ce qui était dérisoire au regard des besoins impressionnants de la population carcérale. En ce domaine, le règlement des frais et des honoraires pour les soins et les prothèses dentaires – qui n'étaient pas jugés indispensables au maintien ou au rétablissement de la santé – incombait au détenu.



Essentiellement pris en charge par les services médicaux des établissements pénitentiaires, les soins somatiques étaient complétés par des hospitalisations en hôpitaux civils ou à l'EHPNF. Le personnel médical et paramédical était cependant largement insuffisant, compte tenu de pathologies mentales très lourdes.

e) *Le financement de la santé en prison*

L'administration pénitentiaire prenait en charge toutes les dépenses liées à la médecine de soins : rémunération et charges sociales des personnels médicaux et paramédicaux dépendant de l'administration pénitentiaire, fonctionnement des infirmeries des établissements et des hôpitaux pénitentiaires et paiement des prix de journée hospitaliers des détenus hospitalisés en milieu libre. Les détenus malades bénéficiaient gratuitement des soins qui leur étaient nécessaires, ainsi que de la fourniture des produits et spécialités pharmaceutiques dont l'emploi est prévu dans les hôpitaux publics. Ce principe de gratuité des soins s'étendait aux examens ou traitements de spécialistes, ainsi qu'aux différentes prothèses requises par l'état de santé du patient. Cependant, les consultations, opérations ou appareillages dont la nécessité médicale n'était pas reconnue ne pouvait avoir lieu qu'aux frais des intéressés et après avis du chef de l'établissement. Le financement était en revanche mixte entre l'administration pénitentiaire et les services départementaux d'hygiène sociale concernant les services médico-psychologiques régionaux (SMPR, *cf. infra*) et les dépistages systématiques des maladies vénériennes et de la tuberculose.

B) *La place restreinte des autres acteurs*

L'administration pénitentiaire n'ayant pas les moyens d'accomplir seule cette mission sanitaire, le ministère de la Justice a mis progressivement en œuvre, à partir des années 1980, une politique visant à décloisonner la prison et à reconnaître au détenu certains droits comme la santé, l'insertion, l'enseignement, le sport ou la culture. Mais l'immixtion du ministère de la justice et de l'hôpital dans les prisons demeurait extrêmement faible, et l'IGAS seule, par ses inspections, avait réellement les moyens de faire évoluer les structures en place. L'administration pénitentiaire restait le maître à bord, comme le montrent, symboliquement, la présidence du comité interministériel de coordination de la santé en milieu carcéral par le garde des Sceaux et la direction de l'EHPNF par un directeur d'établissement pénitentiaire. Ces efforts et cette prise de conscience, bien que largement insuffisants, rendaient néanmoins possibles les évolutions futures de la politique de prise en charge sanitaire des détenus.

a) *Le Ministère de la santé*

Jusqu'à la réforme de 1994, le ministère de la santé n'était qu'un acteur mineur de la santé en prison. Un Comité interministériel de coordination de la santé en milieu carcéral a néanmoins été institué par décret le 6 août 1985, afin d'améliorer la concertation et la réflexion concernant la politique d'action sanitaire à destination des personnes détenues. Représentant les ministères de la Justice et de la Santé et présidé par le garde des Sceaux, le comité a depuis travaillé sur de nombreux thèmes, tels que la fonction des infirmeries en milieu carcéral, la création de l'EHPNF, la toxicomanie, les malades mentaux, les malades atteints du Sida, la couverture sociale des détenus ou les soins dentaires. Le ministère de la Santé était par ailleurs représenté au sein des prisons par ses relais déconcentrés, à travers les interventions des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) en matière de dépistage et d'hygiène mentale.

b) *L'IGAS*

Principal outil du décloisonnement avant 1994, L'IGAS s'est vu reconnaître en 1984 le contrôle de l'ensemble des dispositions sanitaires destinées aux détenus. Chargée de pratiquer au moins une fois par an des inspections régulières dans chaque établissement, elle exerce son contrôle sur les conditions d'hygiène, l'organisation sanitaire et le fonctionnement des pharmacies intra-pénitentiaires. L'IGAS a réalisé, à titre d'exemple, trois missions en milieu pénitentiaire en 1995: une enquête sur le comportement d'un praticien, une mission d'organisation des soins psychiatriques au centre pénitentiaire de Nouméa, et une mission sur l'hospitalisation des détenus et l'avenir de l'hôpital pénitentiaire de Fresnes. Enfin, l'IGAS, en liaison avec les DDASS, instruit les plaintes des détenus relatives à leur état de santé (299 réclamations individuelles en 1995).

c) *L'hôpital public*

L'hôpital public intervenait dans la prise en charge sanitaire des détenus comme acteur de la santé mais sans aucun rôle de pilotage ou d'organisation des soins. Les détenus hospitalisés en hôpital public étaient par ailleurs peu nombreux au regard des besoins de la population carcérale. Plusieurs obstacles expliquaient cette situation. D'une part, seuls l'urgence et un nombre insuffisant de places pouvaient justifier l'hospitalisation d'un détenu malade. D'autre part, l'hospitalisation était soumise à une autorisation ministérielle, donnée sur avis du médecin de l'établissement de détention. Pour les prévenus, cette autorisation impliquait l'autorisation préalable de l'autorité judiciaire.

La principale innovation confiant à l'hôpital public des compétences qui relevaient jusque-là de l'administration pénitentiaire a été l'institution des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) par un décret du 14 mars 1986. Ces secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire constituent des services hospitaliers à part entière et bénéficient d'une grande indépendance vis-à-vis de l'administration pénitentiaire. Cette réforme importante s'est néanmoins limitée, dans les faits, aux principales maisons d'arrêt où sont implantés les SMPR, excluant de fait les établissements pour peine et une fraction importante de la population carcérale.

Le dispositif des SMPR a été complété par la création d'antennes de lutte contre les toxicomanies, dans les grandes maisons d'arrêt, et d'antennes de lutte contre l'alcoolisme, à Fleury-Mérogis essentiellement. Leur nombre est cependant très insuffisant. Enfin, bien que rattachées au l'hôpital dont dépend le SMPR, sous l'autorité médicale du praticien hospitalier médecin chef du SMPR et l'autorité administrative du Directeur de l'hôpital, les antennes sont présidées par le Directeur de l'établissement pénitentiaire et soumises statutairement à l'autorité de l'administration pénitentiaire.

d) *Les structures de lutte contre le VIH*

Afin de lutter contre l'infection VIH, en très forte progression dans les années 1980, l'administration pénitentiaire et le ministère de la Santé se sont mobilisés pour apporter une aide aux détenus atteints. En 1989, des conventions ont été conclues entre les CISIH (Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine) et les huit établissements pénitentiaires les plus touchés, afin d'informer et de former l'ensemble des acteurs de soins et d'offrir une prise en charge médico-sociale aux détenus atteints du Sida. L'instauration de consultations médicales spécialisées en prison a ainsi permis de limiter le nombre d'hospitalisations pour les pathologies liées au VIH et par la même occasion le nombre des extractions. Enfin, en matière de prévention, une circulaire du 8 juin 1993, relative au dépistage anonyme et gratuit du VIH, prévoit l'intervention des CDAG (consultations de dépistage anonyme et gratuit) dans tous les établissements pénitentiaires, afin d'assurer aux personnes détenues l'accès à un dépistage volontaire de l'infection VIH dans les mêmes conditions qu'en milieu libre.

C) *L'innovation du « Programme 13 000 »*

La loi du 22 juin 1987, a institué le « Programme 13000 » visant à créer 13000 places nouvelles et à confier à des groupements d'entreprises la conception, la construction et l'entretien de 25 nouveaux établissements pénitentiaires sur l'ensemble du territoire national.

Dans 21 de ces établissements, une gestion mixte a été instituée : l'administration pénitentiaire conserve les fonctions de direction, de greffe et de surveillance, ainsi qu'une mission socio-éducative de réinsertion, et contrôle les fonctions déléguées aux entreprises privés (maintenance des équipements, transports, hôtellerie, restauration, santé, travail et formation professionnelle), qui sont soumises à obligation de moyens. Tout détenu y est pris en charge par le service médical de l'établissement, à l'exception des hospitalisations. Cette innovation a représenté une réelle amélioration pour les détenus et la plupart des services médicaux de ces établissements, qui se sont engagés dans une démarche qualité évaluée annuellement, sont certifiés ISO 9002. Bien que le bilan sanitaire du «Programme 13000 » soit mitigé, du fait du nombre trop important d'hospitalisations extérieures, des budgets limités et de l'insuffisance des projets de prévention en matière de lutte contre la toxicomanie, le sida, l'alcoolisme et les maladies mentales, ce programme a été le premier à sortir le soin de la responsabilité de l'administration pénitentiaire, redéfinissant de façon plus claire les rôles de chacun.

### 1.1.3 Eléments de comparaison

#### A) Statistiques sur la population carcérale

	Taux d'incarcération pour 10 000 h.	Taux de détention pour 100 000 h.	Densité carcérale pour 100 places	Durée moyenne de détention en mois	Taux d'évasion pour 10 000 détenus
Allemagne	338	96	108	3.1	19.0
Autriche	nd	86	88	nd	8.6
Belgique	137	81	108	7.3	19.0
Danemark	628	64	92	1.2	283.0
Espagne	147	112	108	9.2	2.8
Etats-Unis	nd	669	nd	nd	nd
Finlande	124	54	73	5.8	145.0
<b>France</b>	<b>131</b>	<b>88</b>	<b>108</b>	<b>8.4</b>	<b>5.6</b>
Hongrie	240	142	139	4.2	5.9
Italie	153	85	115	8.1	5.2
Norvège	255	57	87	2.8	nd
Pays-bas	187	85	89	4.8	11.0
Portugal	77	147	132	22.6	nd
Russie	389	679	125	22.0	8.3
Suède	234	60	99	3.0	150.0
Suisse	387	85	89	2.5	nd

Source : conseil de l'Europe, mars 2000

## B) Le sens de la peine

Il existe deux conceptions principales de la peine – la **punition** et la **correction** – énoncées par Tocqueville et Lucas, partis étudier le système pénitentiaire américain au XIX<sup>ème</sup> siècle. Pour Tocqueville, la transformation des individus n'est qu'un objectif secondaire face à la souffrance qui doit être infligée dans une perspective dissuasive. Pour Lucas au contraire, l'amendement de l'individu doit être le principe d'un enfermement fondé sur une discipline rigoureuse qui récompense les progrès et la bonne conduite.

Le système en vigueur dans de nombreux états américains est visiblement fondé sur une conception de punition de l'acte sans considération de l'individu. A l'opposé, la réforme de la politique pénale, dite réforme « Amor » mise en place en France en 1945 prônait la nécessité pour la peine de participer à la « réformation » du délinquant. Le Canada – où l'on parle de système « correctionnel » et non pénitentiaire – a clairement opté pour cette conception, avec la place importance des mises en liberté sous condition. De fait, la conception adoptée par un pays rejait sur la manière dont sont pris en charge les détenus et les objectifs de réinsertion sociale assignés au système pénitentiaire.

## C) L'organisation des soins aux personnes détenues

On constate que les stratégies développées pour faciliter l'accès des personnes détenues aux soins sont organisées selon les pays autour de deux démarches :

- la **répartition égalitaire** (le détenu comme un patient de droit commun) ;
- la **redistribution compensatrice** (le détenu comme une population spécifique).

Ces conceptions différentes n'induisent pas un niveau de soins particulier, mais indiquent le système responsable : rattachement au service public hospitalier ou organisation spécifique liée au système carcéral. Contrairement aux Etats-Unis, la plupart des pays européens se sont engagés dans la première option, conformément aux recommandations du Conseil de l'Europe. Néanmoins, des structures comme l'EHPNF en France ou le centre médico-chirurgical de la prison de St-Gilles (qui remplit une mission identique à l'EHPNF pour toute la Belgique) relèvent encore de la seconde option.

Aux Etats-Unis, le système repose sur la « commission nationale sur le système de santé en prison » (NCCHC), mise en place en 1980 suite aux dysfonctionnements graves constatés dans l'organisation des soins aux détenus. La NCCHC est notamment responsable du programme d'accréditation des institutions sanitaires, légales et correctionnelles, privées ou publiques, par rapport à des standards prédéfinis ; de la certifications des professionnels intervenant en prison ; des programmes d'éducation à la santé et de l'évaluation de la qualité des soins aux détenus.

## **1.2 La nécessité d'une réforme ambitieuse**

A la suite de plusieurs rapports officiels dénonçant les insuffisances du suivi sanitaire des détenus, les pouvoirs publics prirent conscience de la détérioration de l'état de santé des personnes incarcérées. La faiblesse des moyens financiers et humains n'avait pas permis aux établissements pénitentiaires de disposer de personnel médical et paramédical suffisant, ainsi que des équipements nécessaires, pour faire face aux besoins importants de la population carcérale. Des propositions et des recommandations virent ainsi le jour, annonçant la réforme de la prise en charge de la santé des détenus. Il s'agissait dès lors d'envisager les enjeux d'une véritable politique de santé en prison.

### **1.2.1 La détérioration de l'état de santé des détenus**

#### **A) Données épidémiologiques**

La plupart des détenus ayant connu des conditions d'existence difficiles voire misérables avant leur entrée en incarcération, leur état de santé est souvent précaire, surtout au regard de leur âge. En l'absence de système d'information ou de recueil statistique, les données épidémiologiques concernant les détenus sont parcellaires. Certaines personnes incarcérées sont atteintes de maladies graves : cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires, insuffisances rénales. Plus de 80 % d'entre eux nécessitent des soins dentaires. Les conduites addictives sont courantes : environ 30 % des détenus consomment excessivement des boissons alcoolisées, plus de 80 % fument davantage qu'un paquet de cigarettes par jour, et environ 30 % prennent habituellement des médicaments. Concernant l'usage de stupéfiants (cannabis, héroïne, morphine, opium, cocaïne, crack, médicaments toxiques), selon une étude de la DREESS, 33 % des entrants interrogés déclaraient une utilisation prolongée et régulière d'au moins une drogue au cours des 12 mois précédant l'incarcération contre 11 % dix ans plus tôt<sup>3</sup>. Malgré une baisse des usagers de drogue par voie intraveineuse, l'étude de la DREESS relève une forte augmentation de la poly-toxicomanie chez les détenus. L'IGAS a par ailleurs relevé trois pathologies lourdes et dominantes dans la population pénale : les pathologies d'origine infectieuse, les troubles mentaux et les affections autodestructrices.

---

<sup>3</sup> DREESS, Etudes et résultats n°4, janvier 1999, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

a) *Les pathologies d'origine infectieuse*

En juin 1994, 2,8 % de la population pénale (soit 1600 détenus) étaient atteints par le VIH. Le taux de prévalence du VIH était alors 10 fois plus importants en prison que dans la population générale. Si la proportion de malades détenus est aujourd'hui en baisse, on constate une augmentation du pourcentage des formes de sida avéré. Par ailleurs, le test de dépistage n'étant pas obligatoire en France (contrairement au Canada), le taux de connaissance de prévalence du VIH est très variable selon les établissements.

L'hépatite C est plus fréquente en milieu carcéral que l'infection au VIH, et la vaccination contre l'hépatite B est encore peu répandue. Les taux de séropositivité déclarés s'élèvent à 4,4 % pour le VHC et 2.3 % pour le VHB. Les hépatites virales frappent notamment les consommateurs d'héroïne par voie intraveineuse.

Depuis 1985, l'incidence de la tuberculose a également fortement progressé. Réapparue d'abord aux Etats-Unis, la tuberculose s'est rapidement répandue. En France, elle est environ 10 fois plus élevée dans les maisons d'arrêt que dans la population générale. Ce développement a été favorisé par la présence de personnes originaires de pays atteints, de l'incidence élevée du VIH et de la faible couverture vaccinale.

b) *Les troubles mentaux*

Lors de la visite médicale d'entrée, une consultation spécialisée est prescrite dans 8,8 % des cas. Si certains troubles préexistent à l'incarcération, 80 % d'entre eux sont des troubles réactionnels à la détention. Les perturbations non somatiques liées à l'incarcération, notamment les troubles du sommeil, sont nombreuses. Elles génèrent une consommation excessive de médicaments psychotropes, qui réduisent les souffrances psychiques des détenus et contribuent au maintien du calme de l'institution pénitentiaire et à la sécurité des personnels de surveillance. Enfin, les psychoses carcérales (schizophrénie, psychoses hallucinatoires, psychoses paranoïaques), pas toujours prises en charge, sont fréquentes et représentent la majorité des troubles pathologiques graves.

c) *Les affections autodestructrices*

Les conduites autodestructrices constituent un moyen de revendication se traduisant par des grèves de la faim ou de la soif, des automutilations, des ingestions de corps étrangers, des incisions et des suicides. Les modes principaux de suicide sont la pendaison (88 % des suicides), l'utilisation d'instruments tranchants, l'ingestion de produits toxiques et la défenestration. Plus répandu que dans la population générale, il est en augmentation constante depuis 1991. Un tiers des suicides et des tentatives de suicide ont lieu pendant le premier mois de détention, période où les détenus sont le plus fragiles.

## B) Les facteurs aggravants de l'incarcération

### a) *Des prisons pathogènes*

L'impact des conditions de vie en prison sur l'état de santé somatique et mental des détenus est difficile à évaluer. On sait cependant que l'incarcération, l'isolement affectif, la sédentarité, le manque de variété et d'équilibre des régimes alimentaires, la promiscuité entre personnes détenues, la misère sexuelle, les mauvaises conditions d'hébergement et l'inactivité majorent certains risques (suicide, transmission de maladies vénériennes ou usage de stupéfiants) et nuisent à la reconstruction de l'individu.

### b) *Le problème de l'hygiène*

Les conditions de vie des personnes détenues se caractérisent par la médiocrité de l'hygiène corporelle. Bien que trois douches hebdomadaires soient prévues par le Code de procédure pénale, cette norme n'est pas atteinte dans tous les établissements. La conjonction de locaux vétustes (WC pas toujours isolés du reste de la cellule, approvisionnement insuffisant en eau chaude) et de la surpopulation carcérale génèrent des conditions d'hygiène souvent dégradantes. Par ailleurs, faute de moyens, les DDASS ne peuvent inspecter de façon systématique les conditions d'hygiène des établissements pénitentiaires et se contentent généralement d'exercer des contrôles sur plaintes.

## C) Interprétations

Le Docteur Xavier Emmanuelli, ancien médecin chef de la prison de Fresnes, relève trois « cercles maléfiques » qui expliquent que la prison soit un creuset de problèmes sanitaires. Dans un premier cercle se développent les pathologies inhérentes à l'enfermement : troubles de la perception, de l'espace et du temps. Un deuxième cercle est constitué des pathologies révélées par la prison. Le corps devient pour les détenus le principal centre d'intérêt, et la souffrance un mode d'expression et de rattachement au monde. Le troisième cercle enfin est celui des pathologies de médecine générale.

Selon le docteur Barlet, responsable du service régional de médecine pénitentiaire des Hospices Civils de Lyon, on peut même distinguer quatre phases chronologiques de la vie en détention. Les premiers mois sont ceux de la violence envers soi et envers les autres. De 4 à 8 mois, le détenu se renferme sur lui et développent des céphalées, des troubles digestifs, respiratoires et dermatologiques. Entre 8 et 12 mois, le détenu s'adapte et les prescriptions médicamenteuses diminuent. Enfin, au-delà d'un an, il y a une phase de réparation durant laquelle le nombre de prises en charge se stabilise.



## 1.2.2 Le rapport du Haut Comité de Santé Publique

Plusieurs rapports ont été consacrés à l'état de santé des détenus. Celui du Haut Comité de la Santé Publique (HSCP), publié en janvier 1993, aussi appelé rapport CHODORGE, a le plus marqué les esprits. Le ministère de la Justice a saisi le HSCP afin de réfléchir aux moyens à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge sanitaire des détenus, au vu des pathologies nouvelles et complexes qu'ils présentent. Ce rapport insiste avant tout sur la nécessité de reconnaître la santé des personnes incarcérées comme un objectif de santé publique et de leur permettre d'accéder de manière satisfaisante aux soins de la même façon qu'en milieu libre.

### A) Constats

Le rapport alarmant du HCSP relève en premier lieu l'insuffisance des moyens :

- Des locaux inappropriés

Les infirmeries étaient vétustes et inadaptées à la pratique de la médecine.

- Un manque de personnel médical

Les personnels médicaux et paramédicaux recrutés par l'administration pénitentiaire n'étaient pas assez nombreux pour satisfaire les besoins sanitaires des détenus. Les vacations étant mal rémunérées, les établissements pénitentiaires rencontrèrent des difficultés de recrutement du personnel, à l'origine d'un glissement de tâches entre médecins et infirmières. Les consultations de spécialistes étaient rares et les délais d'attente souvent trop longs. D'autre part, le manque d'information des médecins sur les détenus (extractions, libérations) nuisait à la continuité des soins. Enfin, la participation des surveillants au service médical (préparation des médicaments, secrétariat médical, distribution des soins) impliquait une violation du secret médical.

- Des hospitalisations insuffisantes dues au manque de surveillants

Quand un détenu devait être hospitalisé, il arrivait que son transfert de la prison à l'établissement public de santé ne puisse se faire en raison soit du manque d'effectifs de surveillance, soit de la réticence des services de police ou de gendarmerie requis pour les escortes. De même, lorsque l'hôpital ne possédait pas de chambre de sécurité, il appartenait à la police ou à la gendarmerie d'assurer la garde du détenu, opération qui mobilisait de nombreux agents et s'avérait coûteuse pour l'administration.

- Des services spécialisés trop rares

Malgré la politique de décloisonnement engagée par le ministère de la Justice, les progrès restaient faibles et les contraintes sécuritaires primaient sur les impératifs médicaux. On ne trouvait ainsi ni service des urgences ni réanimation à l'EHPNF.

## B) Propositions

Le rapport du HCSP dresse trois objectifs prioritaires :

- La médecine préventive

Selon le Code de procédure pénale, tout détenu entrant est soumis à un examen médical, dans les plus brefs délais, destiné à déceler toute affection contagieuse ou évolutive qui nécessiterait des soins urgents ou une mesure d'isolement. Cependant, cette visite systématique qui doit avoir lieu dans les 24 heures suivant l'écrou, durait dans les faits 7 minutes en moyenne, ne laissant aucune place à la médecine préventive. Pour être efficace, la visite médicale des entrants devrait permettre de faire un bilan de santé préalablement défini, de recenser les antécédents, de dépister les pathologies couramment observées, et de recenser les facteurs de risque. La réalisation de cet objectif suppose l'augmentation du temps de consultation et le recueil standardisé des informations, afin de disposer de données épidémiologiques homogènes.

- La continuité des soins

L'offre de soins serait satisfaisante en prison si l'on multipliait le nombre de consultations de médecine générale et spécialisées. Elles participeraient ainsi à la diminution des consultations extérieures et des hospitalisations, coûteuses et mobilisant de nombreux agents. Le succès d'une continuité dans la prise en charge sanitaire globale des détenus réside essentiellement dans la mise en place de relais extérieurs, destinés à les accueillir à leur libération.

- L'organisation des dépistages

Le dépistage de la tuberculose doit être renforcé, notamment en rappelant aux conseils généraux leurs obligations en matière de dépistage des maladies vénériennes, issues des lois de décentralisation de 1983, ceux-ci pouvant déléguer cette tâche sous réserve d'en assurer le financement. Le dépistage du VIH doit rester volontaire. Quant au dépistage du VHB, il devrait être systématiquement proposé aux détenus appartenant à une population à risque, pour envisager une vaccination des sujets non porteurs de virus.

## C) Conclusions

La définition d'une politique de santé en milieu pénitentiaire devrait résulter d'une coopération renforcée entre les ministères de la Justice et de la Santé, dans le respect des deux logiques, sanitaire et pénitentiaire. L'amélioration de l'offre de soins pourrait se réaliser en liant chaque établissement pénitentiaire à un établissement public de santé par le biais de conventions, laissant à l'IGAS et aux médecins inspecteurs de santé publique (MISP) la responsabilité du contrôle, de préférence annuel dans tout établissement.

Les travaux du HSCP se sont nourris d'expérimentations qui étaient menées à l'époque et se sont révélées positives, conduisant à la nécessité de confier la responsabilité de l'organisation des soins et de la prévention dans les établissements pénitentiaires aux hôpitaux publics. Trois conventions expérimentales ont ainsi signées en 1992 à Laon, Châteauroux et Saint-Quentin-Fallavier, entre chaque établissement pénitentiaire et le centre hospitalier le plus proche, confiant à ce dernier la prise en charge sanitaire des détenus. Les trois sites pilotes, choisis en fonction du plateau médico-technique de l'hôpital et des contraintes de transport et de sécurité, ont bénéficié des normes que l'administration pénitentiaire imposait aux gestionnaires privés chargés du « programme 13000 ».

Les membres de l'équipe médicale et paramédicale devaient être agréés nominativement, avant leur prise de fonction, par l'administration pénitentiaire et être habilités par le garde des Sceaux. Le directeur du centre pénitentiaire fixait les conditions générales d'exercice des personnels au regard du règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire, tandis que le directeur de l'hôpital était responsable de la constitution et du bon fonctionnement de l'équipe médicale, dirigée par un médecin coordonnateur. Pour chaque exercice annuel, le directeur du centre hospitalier transmettait au directeur du centre pénitentiaire un budget prévisionnel établi parallèlement à la procédure budgétaire hospitalière, qui était validé par l'administration pénitentiaire. L'établissement pénitentiaire assurait la construction, l'aménagement, la sécurité et l'entretien des locaux spécialisés destinés aux consultations et aux examens. Il assurait la sécurité des personnels de l'établissement de santé à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire. Pour sa part, l'établissement public de santé pourvoyait à l'équipement médical et non médical des locaux, il assurait la fourniture et le transport des produits et petits matériels à usage médical, ainsi que les produits pharmaceutiques placés sous la responsabilité d'un pharmacien. Il effectuait ou faisait effectuer les examens nécessaires. Il assurait l'élimination des déchets et le transport du personnel hospitalier.

La prise de conscience des pouvoirs publics fut vive, et le gouvernement tenta de mettre en œuvre par décret, après avis du Conseil d'Etat, une réforme conforme aux orientations du rapport CHODORGE dès mars 1993, à la veille des élections. Mais le décret contenait certaines dispositions, telle l'implication des caisses d'assurance maladie, qui justifiaient l'intervention du législateur en application de l'article 34 de la Constitution de 1958. Cette innovation – faire du détenu un assuré social au même titre que tout citoyen – équivalait à un transfert de charges de l'Etat sur la sécurité sociale et fut dénoncée par les représentants de l'assurance maladie au Conseil Supérieur des Hôpitaux le 25 février 1993. Le décret ne fut pas mis en œuvre et abrogé le 27 octobre 1994, en application de la loi du 18 janvier 1994, qui reprit l'essentiel du dispositif.

### 1.2.3 Les enjeux d'une politique de santé en prison

#### A) Enjeux éthiques

Le premier enjeu d'une politique de santé en prison est d'introduire une véritable éthique des soins en prison en affirmant un droit aux soins pour tous. L'égalité des soins impose cependant que l'action sanitaire menée en prison ne soit ni à part ni marginale.

Il importe en premier lieu de garantir le respect de la dignité humaine. Ce respect implique un changement d'habitudes, notamment au sein de l'administration pénitentiaire et des personnels de police ou de gendarmerie. Nombre de soignants en prison se plaignent ainsi d'un manque de respect du secret médical et, plus encore, des entraves fréquemment imposées aux détenus lors des extractions voire des consultations, dans des situations souvent perçues comme injustifiées et humiliantes.

Une éthique des soins en prison suppose également de regarder le détenu malade comme un malade comme les autres, bénéficiant de droits similaires au regard de la protection sociale. S'il est évident qu'un détenu n'est pas une personne comme les autres, il est pour autant nécessaire de distinguer les droits du citoyen, dont une violation des lois entraîne certaines restrictions pour la protection de la société, des droits de l'homme, qui ne contreviennent pas à des impératifs pénaux et dont le respect s'impose.

La promotion de la santé en détention doit être aussi perçue comme un des facteurs contribuant à l'un des objectifs assignés aux prisons : la réinsertion. La période de l'incarcération doit en effet permettre aux personnes incarcérées de préparer leur réinsertion sociale. La prévention et les soins, qui contribuent au maintien de la santé, participent de cette mission en limitant des possibilités d'exclusion futures. Cela rend nécessaire la mise en œuvre d'une réelle continuité des soins après la levée d'écrou.

Enfin, des problèmes éthiques se posent tout particulièrement en matière de santé mentale. Le risque de traiter la maladie mentale par l'incarcération ou de psychiatriser la détention représentent deux écueils, générés par l'intrication des troubles psychiatriques et de certaines conduites délinquantes. De plus, au cours de l'incarcération, des troubles psychiatriques peuvent survenir ou s'aggraver de pair avec des comportements violents ou des conduites suicidaires. Ces conduites amènent à proposer des prises en charge psychiatriques chez des personnes détenues qui font aussi l'objet de mesures pénitentiaires spécifiques (application des peines, sanctions, placement en quartier disciplinaire, transfert...). Les psychiatres sont ainsi sollicités pour donner des avis à propos de certaines décisions, ce qui soulève des dilemmes éthiques et déontologiques complexes quant à la distinction et l'articulation des soins psychiatriques et du régime carcéral et à leurs objectifs respectifs.

## B) Enjeux économiques

La politique sanitaire à destination de la population pénale comporte plusieurs enjeux économiques. Si la rationalisation des moyens peut dégager des économies substantielles et, par conséquent, accélérer le processus d'amélioration des soins aux détenus, des investissements importants sont nécessaires. Le ministère de la Justice avait, par souci d'économie, comme objectif d'éviter la concentration systématique des détenus hospitalisés sur l'EHPNF et de rassembler les moyens sanitaires, en équipement et en fonctionnement, à l'échelle d'une région administrative, sur une seule unité au sein d'un établissement hospitalier possédant un plateau technique complet. Des mesures étaient d'autant plus nécessaires que le personnel de surveillance est en nombre insuffisant pour assurer les extractions. On compte en effet 40 surveillants pour 100 détenus, ce qui est un des taux les plus faibles d'Europe (ce taux est deux fois supérieur en Grande Bretagne). Les ministères de l'Intérieur et de la Défense manifestaient également leur intérêt, en désirant réduire le nombre élevé de transferts à couvrir. De plus, ils jugeaient opportun de limiter une trop grande dispersion des effectifs chargés d'assurer les gardes des détenus hospitalisés. Néanmoins, les conditions imposées par l'architecture dans certains établissements et l'ampleur des investissements à réaliser constituent à court terme un frein aux possibilités de mise en œuvre de mesures nouvelles.

## C) Enjeux symboliques

Enjeu symbolique enfin, la prise en charge sanitaire des détenus est à la confrontation de plusieurs logiques – pénitentiaire, sanitaire, judiciaire – qui parfois s'opposent. Bien qu'indispensable, une clarification des responsabilités de chacun implique des jeux de pouvoir et d'influence entre deux cultures professionnelles fortes. Les surveillants, habitués à délivrer les médicaments et à les utiliser à l'occasion comme instruments punitifs, acceptent mal d'être dessaisis d'une fonction soignante, plus noble mais largement usurpée. Le personnel soignant quant à lui, jugé trop laxiste et respectueux envers les prisonniers par les surveillants, vit mal l'intrusion du personnel pénitentiaire dans ses activités. Il s'agit donc de réussir à définir des modes de coordination entre service de surveillance et service médical qui n'entraînent pas un repli de chaque corps sur son territoire et sache préserver l'indépendance et la spécificité d'intervention de tous. Cette articulation, souvent difficile, est à l'origine d'incohérences, de tensions ou d'incompréhensions, qui nuisent à la rapidité des réformes. Au final, il importe que la prise en charge sanitaire des détenus n'apparaisse pas comme une activité marginale voire honteuse, mais comme une activité hospitalière parmi d'autres.

## 1.3 L'implication croissante de l'hôpital

### 1.3.1 La réforme de 1994

#### A) Principes

Progrès incontestable, la loi du 18 janvier 1994 a permis de « faire rentrer » l'hôpital dans les prisons en mettant fin au double régime d'exception représenté par l'accès des détenus aux soins et la délivrance des médicaments. Fruit des expérimentations et des réflexions antérieures, elle a fait passer de la « médecine pénitentiaire » à la médecine en prison, et de la prise en charge d'un « détenu malade » à celle d'un malade détenu. La réforme, qui s'applique à l'ensemble des établissements pénitentiaires à l'exception des établissements du « Programme 13000 », énonce plusieurs grands principes :

- Les détenus ont droit à la même qualité de soins que la population générale
- La responsabilité de la mise en œuvre des politiques de santé et de l'organisation des soins dans les établissements pénitentiaires est transféré du service public pénitentiaire au service public hospitalier
- Les programmes de santé publique, notamment en matière de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé, doivent être mis en œuvre en milieu carcéral
- La période d'incarcération doit permettre aux détenus de préparer leur réinsertion

Il est important de souligner que le fait d'accorder aux détenus une couverture sociale et de leur permettre d'accéder à des soins comparables à ceux dispensés en milieu libre constituait une réelle innovation, cinq ans avant la réforme instituant la CMU.

#### B) Objectifs

Les principes introduits par la loi de 1994 doivent répondre à plusieurs objectifs :

- Améliorer l'accessibilité et la qualité des soins primaires
- Assurer la continuité des prises en charge dans toutes les étapes du parcours carcéral
- Améliorer l'accès aux soins spécialisés en ambulatoire et en hospitalisation
- Développer la prise en charge des troubles psychiatriques et des addictions
- Dépister et traiter les infections à VIH et les hépatites B et C
- Prévenir l'aggravation des risques qui pourraient résulter de l'incarcération
- Développer l'éducation pour la santé dans tous les domaines, notamment à destination des jeunes détenus et des personnes atteintes de maladies chroniques

Pour que les objectifs retenus se traduisent rapidement dans des réalisations concrètes, il faut cependant tenir compte des contraintes qui définissent l'application des programmes de santé publique, des textes réglementaires existants, des ressources internes et externes potentiellement mobilisables et des contraintes que représente la détention pour l'ensemble des acteurs (personnel de surveillance, personnes détenues, personnel médical et paramédical). Il faut également considérer la charge de travail des unités médicales, les problèmes de coordination aigus entre les différentes administrations concernées et les évolutions générales du système de santé, en matière d'offre hospitalière ou d'organisation des soins psychiatriques.

Il s'agit donc d'une réforme ambitieuse, complexe, qui nécessite la prise en compte de nombreux éléments pour optimiser la politique d'amélioration des soins aux détenus.

### C) Modalités de prise en charge

Parallèlement à l'intervention du service public hospitalier en milieu pénitentiaire, la loi du 18 janvier 1994 a introduit dans le Code de la sécurité sociale de nouvelles dispositions portant sur la prise en charge par l'assurance maladie des soins dispensés aux détenus. Tous les détenus sont affiliés au régime général, quel que soit leur âge ou leur statut au sein de l'administration pénitentiaire. L'affiliation des détenus ouvre droit pour les intéressés et leurs ayants droits aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité servies par le régime général. Il appartient à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) dans le ressort de laquelle l'établissement pénitentiaire est implanté, de procéder à l'affiliation des détenus. Chaque détenu est détenteur d'une carte d'assuré social, à l'exception des détenus étrangers. Comme tout assuré social, le détenu bénéficie du maintien de ses droits pendant une période d'un an à compter de la date sa libération. Le financement du système de protection repose sur un système de cotisations individuelles prises en charge par le ministère de la Justice et versées sous forme d'enveloppe globale à l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS).

Le transfert de la prise en charge sanitaire des détenus au service public hospitalier a entraîné une charge nouvelle pour les établissements de santé. Un système d'enveloppes et de sous-enveloppes régionales, précisé par la circulaire DH/DGS/DSS/DAP n°45 du 8 décembre 1994, a été affecté aux soins en milieu pénitentiaire et réparti entre les établissements de santé spécifiquement désignés. La part restante des dépenses de santé (tickets modérateurs éventuels, transports des produits et des matériels, transport des personnels hospitaliers et actions de prévention et d'éducation pour la santé) est à la charge de l'administration pénitentiaire.

### 1.3.2 Dispositif institutionnel

#### A) L'hôpital, clé de voûte du dispositif

Le nouveau dispositif issu de la loi de 1994 concentre sur l'hôpital l'essentiel de la prise en charge sanitaire des détenus. La mission confiée au service public hospitalier repose sur une conception globale de la santé. Elle concerne aussi bien la prise en charge des maladies somatiques que psychiatriques, les soins devant être dispensés à l'intérieur de la prison ou bien au sein d'un établissement de santé si une consultation spécialisée ou une hospitalisation s'avère nécessaire.

Le mode de désignation et les caractéristiques des établissements hospitaliers concernés sont précisés par les articles R.717-7 et R.711-9 du Code de la santé publique. Il appartient au préfet de région, après avis des préfets de département, d'arrêter la liste des établissements sanitaires répondant à la double condition de proximité et de technicité. Les soins somatiques doivent être assurés par un établissement public de santé doté d'un plateau technique suffisant et habilité à participer à l'accueil et au traitement des urgences. Si cet établissement n'est pas inclus dans le dispositif de lutte contre les maladies mentales, il est fait appel à l'établissement de proximité en mesure d'assurer les soins psychiatriques, y compris parmi les établissements privés participant au service public hospitalier. Au total, 207 établissements de santé sont impliqués.

L'établissement de santé doit également coordonner les actions de prévention, de dépistage et d'éducation pour la santé, les intervenants étant multiples, afin d'assurer une prise en charge globale. Le conseil général est le partenaire essentiel, qu'il soit concerné dans la réalisation (centre de dépistage anonyme et gratuit), dans le financement (programme de vaccination hépatite B) ou dans les deux (tuberculoses, MST). Différentes associations, organisations ou institutions peuvent ou doivent s'impliquer pour les toxicomanes, les alcooliques, l'éducation à la santé ou le dépistage du VIH. Cette fonction de coordonnateur n'est pas habituelle pour l'hôpital et mérite d'être soulignée.

Les engagements de l'établissement pénitentiaire et de l'établissement de santé sont formalisés par un protocole, signé par les représentants de l'Etat dans la région et le département. Ce protocole décrit les conditions d'intervention des services hospitaliers et les moyens mis en œuvre, tant par l'établissement sanitaire que par l'établissement pénitentiaire. Il définit les conditions dans lesquelles sont assurés l'examen systématique des entrants et les soins aux détenus, l'organisation de la structure de soins internes à la prison, les conditions d'accès des détenus aux structures de soins, les modalités de mise en œuvre des activités de prévention et d'éducation à la santé, la composition de l'équipe de soins, l'aménagement et l'équipement des locaux.



## B) Les moyens humains et financiers

### a) *Un renforcement notable des moyens financiers*

Lors de la mise en place de la réforme de 1994, une enveloppe de 393 millions de francs a été ouverte pour financer l'intégralité de la prise en charge somatique et psychiatrique, venant s'ajouter aux 60 millions de francs préexistants au titre de la psychiatrie pour le fonctionnement des SMPR. En 1996, 1997 et 1998, ce montant s'est trouvé renforcé par des mesures ponctuelles, afin d'améliorer le nouveau dispositif mis en place (*cf. tableau infra*). Ces crédits sont « en base » et donc librement utilisés par les hôpitaux. Cependant, les investigations réalisées lors de l'enquête conjointe de l'IGAS et de l'IGSJ en juin 2001 sur l'organisation des soins aux détenus montrent qu'il n'y a pas eu d'évaporation entre les crédits accordés et les crédits effectivement dépensés.

**Evolution des crédits – soins en milieu pénitentiaire accordés par la DHOS**

En millions de francs	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Soins somatiques	333			+40			
Soins psychiatriques	120		+10		+60		
Total	453	474,20	494,07	538,12	610,14	623,68	635,96

*Source : DHOS*

Parallèlement, la direction de l'administration pénitentiaire assure le financement de la rénovation des locaux de soins dans les établissements pénitentiaires (51 millions de francs sur 3 ans, sans compter la sécurisation des chambres en milieu hospitalier). A cette enveloppe s'ajoute le coût lié aux hospitalisations et aux consultations spécialisées réalisées à l'hôpital, sur lequel il n'existe, à l'heure actuelle, pas de données disponibles.

### b) *Des moyens humains pour la santé des détenus*

Pour faciliter le passage d'une organisation à une autre sans rupture, la loi de 1994 prévoit que les infirmiers de l'administration pénitentiaire sont, dès la date d'effet des protocoles, détachés auprès des établissements publics de santé associés au dispositif. Les médecins antérieurement employés par l'administration pénitentiaire peuvent être recrutés dans l'un des statuts médicaux hospitaliers existants.

Les moyens financiers mis en œuvre ont par ailleurs permis, globalement, de doubler les temps infirmiers et de médecins généralistes, de créer des temps de secrétariat médical et de médecins spécialistes. Ainsi, pour une maison d'arrêt accueillant 300 à 400 détenus, on compte en moyenne 6 demi-journées de présence médicale, 4 demi-journées de présence de chirurgien-dentiste, 2 demi-journées de consultations de médecin spécialiste, 1 demi-journée d'activité de pharmacien, 4 plein-temps de personnel infirmier et préparateur en pharmacie et 1 mi-temps de secrétaire médicale.

## C) Les structures

Pour fournir les prestations sanitaires relevant de sa compétence, l'établissement hospitalier crée une unité de consultations et de soins ambulatoires (**UCSA**), qui travaille en collaboration avec le service médico-psychologique régional (**SMPR**).

### a) *L'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA)*

Véritable service hospitalier, l'UCSA est généralement rattaché à un service de médecine polyvalente. Dirigée le plus souvent par un praticien hospitalier, voire un PU-PH dans les CHU, l'UCSA exerce plusieurs missions :

- L'UCSA est chargée des consultations de médecine générale (dont le bilan de santé réalisé à l'entrée), des soins infirmiers (dont la distribution des médicaments), des soins dentaires, des consultations spécialisées et de la permanence des soins pour répondre à l'urgence. Comme tout service hospitalier, l'UCSA dépend de la pharmacie à usage intérieur de l'hôpital (PUI) pour la prescription des médicaments.
- L'UCSA organise la prise en charge à l'hôpital, qu'il s'agisse d'hospitalisations, de consultations ou d'examens nécessitant le recours au plateau technique hospitalier.
- L'UCSA coordonne les actions de prévention, en accord avec la DDASS et la DRASS, notamment le dépistage de la tuberculose, des MST, le dépistage volontaire du VIH et des hépatites, les vaccinations et le programme d'éducation à la santé.
- L'UCSA est responsable du suivi médical à la sortie de la détention, en collaboration notamment avec les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), institués par le décret du 13 avril 1999 et présents dans chaque département.

### b) *La prise en charge médico-psychologique et les SMPR*

Confiée depuis 1986 au service public hospitalier, la prise en charge médico-psychologique a vu ses moyens renforcés et s'est naturellement intégrée dans la dynamique de la réforme. Trois niveaux de soins ont été développés :

- Dans tous les établissements pénitentiaires, les prises en charge ambulatoires sont réalisées par l'équipe du secteur de psychiatrie générale locale.
- Des soins plus diversifiés – ateliers thérapeutiques, hospitalisations de jour – ainsi que les hospitalisations librement consenties sont assurés au sein des 26 SMPR.
- Les hospitalisations pour troubles mentaux, sans le consentement des détenus, sont réalisées hors milieu pénitentiaire, selon la procédure de l'hospitalisation d'office, dans les établissements de santé habilités. Les détenus les plus dangereux sont hospitalisés dans l'une des 4 unités pour malades difficiles (UMD) implantées en CHS.

### 1.3.3 L'hospitalisation des détenus

#### A) Conditions générales d'hospitalisation

Lorsque l'hospitalisation d'un détenu est jugée nécessaire, le chef de l'établissement pénitentiaire doit aviser dans les meilleurs délais le directeur de l'hôpital afin qu'il prenne toutes les dispositions utiles pour que le détenu soit accueilli dans des locaux adaptés et que sa garde soit assurée dans des conditions de sécurité requises et sans que cette garde n'entraîne de gêne aussi bien pour l'exécution du service hospitalier que pour les autres malades.

#### a) *Séjour du détenu*

Les détenus admis à l'hôpital se voient appliquer, quel que puisse être leur état de santé, les dispositions du régime pénitentiaire. Selon l'article D. 395 du CPP, ils sont « considérés à l'hôpital comme continuant à subir leur peine ou, s'ils 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 ».

A l'exception des hospitalisations d'office, la surveillance et la garde des détenus incombent exclusivement aux personnels de l'administration pénitentiaire, de la police ou de la gendarmerie. Les fonctionnaires de police chargés de la garde du détenu ont pour mission de s'opposer à toute tentative d'évasion du détenu amené pour soins à l'hôpital, que cette tentative ait lieu par les propres moyens du détenu ou avec l'aide d'une complicité intérieure ou extérieure. Ils sont tenus d'escorter le détenu dans toutes les circonstances où celui-ci doit être conduit dans un lieu de soins spécifiques à l'hôpital (bloc opératoire, service de radiodiagnostic, salles de soins ou d'exams), conformément aux dispositions de l'article D. 396 du CPP.

#### b) *Droits des détenus*

Les seules restrictions concernant les droits du patient sont celles qui sont imposées par le Code de procédure pénale. En particulier, les détenus ne disposent pas du libre choix de leur médecin ou de leur service d'hospitalisation (CPP, art. D. 365), ce qui constitue la principale entorse au principe d'égalité de traitement. En dehors de cette réserve majeure, les règles déontologiques entre soignants et soignés demeurent identiques et les droits du patient doivent être respectés dans les conditions de la Charte du patient hospitalisé.

- Secret médical :

Les fonctionnaires de police et de gendarmerie disposent d'une liberté d'appréciation dans la conduite à tenir, et il n'est pas rare que les mesures de sécurité entreprises soient disproportionnées par rapport au danger, nuisant ainsi à la confidentialité des soins et au secret médical. Il est important de souligner que la présence de surveillants ou de gardiens est « de règle », même pour les consultations de gynécologie ou de proctologie. Ces violations du secret professionnel sont autant d'entraves à la dignité de l'individu et au principe du colloque singulier entre le médecin et son patient.

- Communications :

Compte tenu du fait que, même à l'hôpital, les détenus sont soumis aux règles ordinaires de la détention, ces derniers ne peuvent en aucun cas avoir de communications téléphoniques, sauf autorisation expresse du chef de l'établissement pénitentiaire en cas de circonstances familiales ou personnelles importantes. En cas d'hospitalisation de longue durée, les détenus sont autorisés à téléphoner une fois par mois, à leurs frais et sous le contrôle des fonctionnaires de police. S'agissant des correspondances adressées à l'hôpital, celles-ci doivent être remises aux fonctionnaires de police, qui sont tenus de les diriger vers les services compétents de l'administration pénitentiaire. L'hôpital doit impérativement refuser tout colis adressé au détenu. A fortiori, aucun colis fermé ne doit être conservé à l'hôpital, même provisoirement.

- Visites :

Le droit de visite est strictement réservé aux personnes munies d'un permis de communiquer signé par le juge d'instruction, pour visiter le prisonnier. Parmi elles, il faut compter les assistantes sociales et les aumôniers habilités par l'administration pénitentiaire. Le détenu ne peut être visité par plus d'un visiteur à la fois (ceci même en cas de visite de parents) pendant une demi-heure au plus. Les horaires des visites doivent se conformer aux dispositions du règlement intérieur de l'hôpital. L'entrevue doit avoir lieu, obligatoirement, en présence constante du gardien, lequel assiste à la conversation.

- Avocats :

Les visites des avocats peuvent être quotidiennes. Les gardiens ne peuvent procéder à la fouille de l'avocat et l'entrevue peut avoir lieu hors la présence du gardien. Les lettres échangées par les prévenus et leur avocat ne sont soumises à aucun contrôle.

- Plaintes et réclamations :

Les détenus peuvent présenter des requêtes ou des plaintes au chef de l'établissement pénitentiaire dont ils relèvent (CPP, art. D. 259). Le directeur de l'hôpital ne peut donc être saisi directement d'une réclamation par un détenu, celle-ci ne pouvant le cas échéant lui être adressée que par l'intermédiaire de l'administration pénitentiaire.

- Intervenants hospitaliers :

Toutes les personnes agissant au nom de l'hôpital et rémunérées par lui sont a priori considérées comme des agents hospitaliers concourant à la prise en charge hospitalière et peuvent donc être en contact avec le détenu malade, chaque fois que nécessaire. Ils sont cependant tenus de se soumettre aux vérifications d'identité nécessaires (carte professionnelle) auprès des fonctionnaires de police assurant la garde.

B) Une réforme inachevée

La loi du 18 janvier 1994 comportait deux volets, l'un relatif aux soins dans les établissements pénitentiaires, l'autre à l'accès à l'hôpital – tant pour les hospitalisations que pour les consultations externes – qui repose sur l'élaboration d'un schéma national d'hospitalisation des détenus (SNH). L'objectif de ce schéma est d'améliorer les conditions d'hospitalisation, tout en rationalisant les moyens consacrés à la garde et à l'escorte des détenus. Il repose sur les orientations de l'article R.711-19 du Code de la santé publique, qui prévoit que l'hospitalisation des détenus est assurée, hors hospitalisation d'urgence ou de très courte durée, par un établissement de santé situé sur une liste fixée par arrêté conjoint des ministres de la Justice, de l'Intérieur, de la Défense et des ministres chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et du Budget. La compétence de l'UCSA étant limitée aux soins ambulatoires, la recherche d'une qualité des soins équivalentes à celle du milieu libre conduisait logiquement à un recours accru à l'hôpital, seul en mesure d'offrir l'ensemble des prestations de soins, au titre de la continuité des soins. On constate ainsi une forte augmentation des extractions de détenus vers l'hôpital :

**Evolution des extractions vers l'hôpital général**

	1997	1998	1999	2000	2000/1997
Soins d'urgence	4040	6268	6215	6922	+ 54 %
Consultations et Hôpital de jour	37118	45342	45744	45155	+ 23 %
Hospitalisation programmée	4445	4558	4884	4799	+10 %
Total	45603	56168	56843	56876	+25 %

*Source : direction de l'administration pénitentiaire*

Cependant, le schéma national d'hospitalisation, sensé organiser l'hospitalisation des détenus, est resté longtemps lettre morte, du fait des dissensions entre les différentes administrations. Or, avec le recours croissant à l'hôpital, le fonctionnement des escortes et des gardes, qui mobilise longtemps des effectifs élevés, est devenu intolérable, comme le souligne Martine Viallet, directrice de l'administration pénitentiaire, et violemment critiqué par des représentants des services pénitentiaires, de police et de gendarmerie.

Les hospitalisations programmées et annulées, parfois au dernier moment, sont ainsi fréquentes. Elles représentent à la fois un dysfonctionnement grave pour la santé des personnes détenues et un désagrément pour l'hôpital et le service qui était censé prendre en charge le patient. C'est ce que soulignent plusieurs membres du personnel médical et soignant rencontré : lit vide, bloc opératoire inutilisé pour la durée prévue d'intervention, plannings à revoir... Une enquête menée par la DHOS sur une partie seulement des UCSA des établissements pénitentiaires a révélé un nombre important d'hospitalisations programmées annulées (145) en 2001, dont la plupart le sont du fait de l'administration pénitentiaire ou de la personne détenue :

**Imputation des annulations d'extraction pour hospitalisation programmée**

Administration pénitentiaire	Personnes Détenues	Forces de l'ordre	Etablissement de santé	Autres raisons
28 %	27 %	19 %	17 %	10 %

*Source : direction de l'hospitalisation et des soins*

C) La création des UHSI

Si les grands principes généraux de l'hospitalisation des détenus étaient posés et ont participé d'une amélioration réelle des conditions de prise en charge sanitaire des personnes incarcérées, il était cependant indispensable de compléter la loi du 18 janvier 1994 par un nouveau dispositif d'hospitalisation. Plusieurs efforts avaient déjà été entrepris dans le passé avec la création de chambres sécurisées au sein d'hôpitaux de référence. On peut citer ainsi citer la circulaire interministérielle du 21 décembre 1990, qui organisa l'aménagement d'unités sécurisées dans 18 établissements hospitaliers. Mais les hôpitaux rencontrèrent des difficultés techniques et financières dans sa mise en application, et le projet, peu fédérateur, se solda par un échec relatif. Fin 1993, alors que la grande réforme des soins aux détenus commençait de mûrir, nombre d'hôpitaux, à l'instar du C.H.R. d'Orléans, n'avaient pas encore aménagé de locaux spécifiques<sup>4</sup>.

Un contexte favorable devait néanmoins contribuer à la mise en place d'une réforme de plus grande envergure :

En premier lieu, le coût élevé représenté par les gardes et les escortes pour les ministères de la Justice, de l'Intérieur et de la Défense imposait de développer une solution plus rationnelle pour l'hospitalisation des détenus.

---

<sup>4</sup> L'implantation d'une unité d'hospitalisation pour détenus au C.H.R. d'Orléans, Raymond Le Moign, mémoire EDH, décembre 1993

Ensuite, l'insécurité relative dans laquelle se déroulait ces hospitalisations, notamment pour le personnel hospitalier, impliquait le développement de moyens de contrôle plus efficaces, sans que soit porté atteinte au principe d'égal accès aux soins pour tout les détenus. On peut rappeler l'exemple récent de l'hôpital Purpan de Toulouse, où un prisonnier hospitalisé s'est évadé le 11 juin 2003 lors d'un examen médical.

Enfin, les médias se sont emparés des questions posées par la prison et se sont fait l'écho des problèmes soulevés par le comité de prévention de la torture du Conseil de l'Europe, par la Cour européenne des droits de l'homme ou par des associations comme l'OIP. En 1999, le livre de Véronique Vasseur, « Médecin - chef à la prison de la Santé », a eu un impact très fort dans le débat public et a conduit les assemblées parlementaires à diligenter deux commissions d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France<sup>5</sup>. Ces rapports alarmants ont amené les pouvoirs publics à une nouvelle prise de conscience.

Peu de temps après, un arrêté daté du 24 août 2000 (**cf. Annexe D**) complétait le dispositif issu de la réforme de 1994 (**cf. Annexe E**) en organisant la création de huit unités hospitalières sécurisées interrégionales (**UHSI**). Cet arrêté, relatif à « La création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées », a été signé par la ministre de l'Emploi et de la Solidarité, le garde des Sceaux, le ministre de la Justice, Le ministre de l'intérieur, le ministre de la défense, la secrétaire d'Etat à la Santé et aux handicapés et la secrétaire d'Etat au budget. Publié au Journal Officiel le 31 août 2000, il constitue l'élément fondateur du **schéma national d'hospitalisation des personnes détenues** (SNH), second volet complémentaire de la loi du 18 janvier 1994. Il repose sur sept unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) implantées dans les centre hospitaliers universitaires de Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Nancy, Rennes et Toulouse. Une huitième UHSI, bipolaire, objet de ce mémoire, est constitué par une complémentarité entre l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF) et l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Les objectifs assignés aux UHSI, qui sont destinées à accueillir les détenus qui nécessitent une hospitalisation autre qu'urgente ou de très courte durée (ces dernières étant effectuées dans les établissements de santé de proximité des établissements pénitentiaires) peuvent être résumés ainsi :

- Promouvoir la santé des détenus
- Rationaliser le fonctionnement des gardes et des escortes

---

<sup>5</sup> Sénat : « Prisons : une humiliation pour la République » ; Assemblée Nationale : « La France face à ses prisons », 2000

## 2 LE PROJET D'IMPLANTATION D'UNE UHSI A LA PITIE-SALPETRIERE : CADRE D'ACTION

Par courrier adressé aux autorités de tutelle, le Directeur Général de l'AP-HP, à cette époque Antoine Durrleman, a arrêté comme site d'implantation pour l'AP-HP le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, dans le service de médecine interne II dirigé par le Professeur Piette. Il est important de souligner que l'UHSI de Paris, de par sa taille et son importance dans le dispositif d'amélioration des soins aux détenus, est à la fois un enjeu national et un enjeu pour l'AP-HP et le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, tant en termes financiers que stratégiques. Dans le cadre de la mise en œuvre de l'UHSI parisienne seront ainsi successivement examinés, le contexte d'implantation de l'UHSI au groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, l'avancement du projet et les principes à prendre en compte pour le fonctionnement de l'unité.

### 2.1 Contexte d'implantation de l'UHSI parisienne

#### 2.1.1 Les spécificités de l'UHSI parisienne

##### A) Le binôme Pitié-Salpêtrière / EPSNF

L'UHSI correspondant à la direction pénitentiaire de Paris (DPP) est la seule à fonctionner en deux pôles. L'UHSI parisienne proprement dite est en effet constituée d'une complémentarité entre le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (**GHPS**) et l'établissement public de santé national de Fresnes (**EPSNF**).

##### a) *Le choix du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière*

La localisation d'une unité d'hospitalisation au sein d'un établissement de l'AP-HP devait répondre à plusieurs critères :

- Un environnement médical et médico-technique le plus complet possible
- L'existence d'un lieu d'accueil répondant à des critères d'accessibilité et de sécurité
- L'accessibilité du site retenu à partir des différents établissements pénitentiaires



Plusieurs hôpitaux de l'AP-HP pouvaient prétendre à l'accueil de l'UHSI : le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Henri Mondor, Bichat et Bicêtre. La décision fut finalement d'implanter l'unité d'hospitalisation sécurisée à la Pitié-Salpêtrière, qui dispose du plateau technique le plus performant et du panel de spécialités le plus large. Contrairement à la Pitié-Salpêtrière (qui n'a pas d'UCSA), Bichat et Bicêtre ne dispose pas de certaines spécialités – comme la radiothérapie ou la lithotritie – et Henri Mondor ne pouvait offrir un niveau de prestations comparables qu'en complémentarité avec le CHIC de Créteil.

*b) L'EPSNF*

L'ancien EHPNF, renommé EPSNF en 1995, est le seul hôpital général, sur le territoire national, destiné à soigner uniquement des malades détenus. Il est depuis en pleine restructuration, conformément à la loi de 1994 et aux orientations du rapport sur « les besoins d'hospitalisation des personnes incarcérées et le devenir de l'établissement d'hospitalisation public national de Fresnes », établi par une mission conjointe de l'IGAS et de l'IGSJ. Son statut est celui d'un Etablissement Public de Santé, avec des missions d'hôpital général, bien qu'il soit dirigé par un directeur d'établissement pénitentiaire, M. Paris-Zucconi, lui-même secondé par un directeur d'hôpital adjoint.

Hôpital de **première intention**, l'EPSNF ne dispose ni de service d'accueil des urgences (SAU) ni de service de réanimation. Son champ de compétence découle du schéma national d'hospitalisation des détenus, avec une activité :

- de court séjour (compétence pour les malades détenus de la DPP)
- de moyen séjour (compétence partagée avec l'UHSI de Marseille)
- de rééducation fonctionnelle (compétence nationale exclusive)

*c) articulation*

L'articulation entre l'EPSNF et le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (GHPS) complexifie quelque peu le schéma d'orientation des malades détenus de la direction pénitentiaire de Paris. Plusieurs niveaux de prise en charge peuvent ainsi être distingués :

- Les hospitalisations urgentes ou programmées de très courte durée (< 48h) relèvent de l'établissement de santé de proximité dont dépend l'UCSA
- Les hospitalisations programmées relèvent de l'EPSNF, notamment pour les activités de médecine interne et de chirurgie viscérale et orthopédique
- Les hospitalisations programmées « lourdes », nécessitant des services spécialisés et un plateau technique performant sont orientés vers l'unité de la Pitié-Salpêtrière
- Les soins de moyen séjour et de rééducation fonctionnelle éventuels s'effectuent par un retour à l'EPSNF

L'articulation effective entre les deux pôles (orientation des détenus, procédures d'admission et de sortie) repose sur une **cellule de régulation** animée par du personnel médical de l'EPSNF et placée sous le contrôle d'un **comité de coordination**, où sont représentés le président de la CME de l'EPSNF, le directeur de l'EPSNF, le responsable de l'unité au groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière et le directeur de l'hôpital.

Enfin, il est important de souligner que d'autres hôpitaux de l'AP-HP, bien qu'extérieurs à l'UHSI, comme le CHU de Bicêtre, contribuent au fonctionnement de l'EPSNF pour des services très spécialisés ou certains actes exploratoires.

## B) Les détenus de la direction pénitentiaire de Paris

Le nombre de personnes incarcérées potentiellement concernés par l'UHSI du pôle parisien est impressionnant, puisque la direction pénitentiaire de Paris concentre **environ 20000 détenus**, soit près d'un tiers des détenus sur l'ensemble du territoire national, et les trois plus grandes prisons françaises : Fresnes, La Santé et Fleury-Mérogis. La direction pénitentiaire de Paris recouvre en effet un territoire beaucoup plus étendu que celui de l'Île-de-France, puisqu'elle est responsable des détenus des régions Centre, Champagne-Ardenne (à l'exception de la Haute-Marne), Île-de-France, Haute-Normandie et Picardie, ainsi que des départements de la Nièvre et de l'Yonne.

Par ailleurs, si les données épidémiologiques de cette région pénitentiaire sont globalement comparables à celles que l'on rencontre ailleurs, il faut tenir compte de **contraintes de sécurité plus prégnantes** et des effets grossissants induits par la région parisienne. On rencontre en effet sur Paris une occurrence plus élevée de détenus d'origine étrangère, de détenus hautement surveillés ou de détenus «V.I.P. », dont la prison de la Santé est un bon exemple. Il n'est pas rare que les détenus dangereux, quand ils sont incarcérés en province, soient transférés dans une prison parisienne avant leur hospitalisation, l'EPSNF présentant le maximum de garantie en termes sécuritaires (locaux adaptés, personnel de surveillance nombreux, présence de deux miradors, etc.).

## C) Comparaisons entre UHSI

4 critères, développés par la DHOS, ont permis de fixer la capacité des UHSI :

- projection de la population pénale au 1<sup>er</sup> janvier 2001
- taux d'hospitalisation égal à 15,8 % (taux supérieur au taux observé dans la population générale, compte tenu des besoins de santé des personnes détenues)
- durée moyenne de séjour de 8 jours
- taux d'occupation de 70 %

La formule retenue pour le calcul du nombre de lits de l'unité du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière diffère cependant légèrement des autres UHSI. D'une part, il s'agit d'une structure complémentaire à une structure déjà existante (l'EPSNF). D'autre part, l'EPSNF servant de « filtre », les malades détenus de l'UHSI de la Pitié-Salpêtrière y seront plus « lourds » en terme de prise en charge. Le calcul s'est donc fait à partir de la méthode définie par La DRASS d'Ile-de-France, par grande discipline et par secteur sanitaire, avec un taux d'occupation de 85 % (celui d'un service de l'AP-HP) et à partir du nombre constaté d'hospitalisations de détenus dans les hôpitaux situés dans l'aire géographique de la direction pénitentiaire de Paris. Cela donne l'équation suivante :

$$\text{Nombre de lits théorique} = \frac{\text{Nombre d'hospitalisation} \times \text{DMS du service}}{365 \times \text{taux d'occupation du service}}$$

A partir de ce calcul, trois hypothèses pouvaient être retenues pour le dimensionnement de l'UHSI de la Pitié-Salpêtrière :

- prendre en compte le nombre de patients (469) transférés à l'AP-HP en provenance de l'EPSNF et des UCSA – soit une unité de 13 lits ;
- prendre en compte le nombre de patients (551) transférés à l'AP-HP en provenance de l'EPSNF et des UCSA et transférés dans les hôpitaux hors AP-HP en provenance de l'EPSNF – soit une unité de 17 lits ;
- prendre en compte le nombre de patients (919) transférés à l'AP-HP et dans les hôpitaux hors AP-HP en provenance de l'EPSNF et des UCSA – soit 23 lits.

Un nombre de **25 lits** a finalement été arrêté pour l'UHSI du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière. On peut cependant craindre que cette unité se révèle rapidement sous-dimensionnée, du fait :

- de l'attractivité de l'hôpital ;
- du phénomène « d'appel d'air » induit par l'existence d'une nouvelle structure facilitant l'expression des besoins ;
- d'une projection de la population pénale établie sur 50000 et non 60000 détenus – et peut-être plus dans les années à venir ;
- des compétences nationales exclusives ou partagées de l'EPSNF ;
- des restructurations importantes en cours à l'EPSNF, qui ne permettent aucune vue à moyen terme sur le nombre de lits de cet hôpital et les activités qui y seront assurées

A titre de comparaison, il est intéressant de dresser la liste des différentes UHSI et de leur dimensionnement respectif, où l'on constate que l'UHSI de Paris (GHPS et EPSNF) représente près de la moitié des lits destinés à l'hospitalisation des détenus :

### Capacité en lits des UHSI

UHSI du CHRU de Nancy	17 lits
UHSI des Hospices civils de Lyon	23 lits
UHSI de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille	45 lits
UHSI du CHRU de Rennes	19 lits
UHSI du CHRU de Bordeaux	16 lits
UHSI du CHRU de Toulouse	16 lits
UHSI du CHRU de Lille	21 lits
<b>UHSI de Paris, dont :</b>	<b>146 lits</b>
<i>Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière (AP-HP)</i>	<i>25 lits</i>
<i>EPSNF</i>	<i>121 lits</i>
<b>TOTAL</b>	<b>303 lits</b>

## 2.1.2 Un jeu d'acteurs complexe

### A) Principaux acteurs

La mise en place de l'UHSI fait intervenir de nombreux acteurs institutionnels :

- Ministère de la Santé : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
- Ministère de la Justice : administration pénitentiaire, administration judiciaire
- Ministère de l'Intérieur : direction de la police nationale
- Ministère de la Défense : direction de la gendarmerie nationale
- Secrétariat d'Etat au Budget
- Assistance Publique des Hôpitaux de Paris : direction de la politique médicale (DPM) et direction du patrimoine et de la logistique (DPL)
- Groupe hospitalier Pitié Salpêtrière : direction des investissements, direction des affaires médicales et de la stratégie, service de médecine interne
- Etablissement public de santé national de Fresnes (EPSNF)
- Etablissements pénitentiaires de la région pénitentiaire de Paris

Les UHSI étant hors carte sanitaire, les acteurs à l'échelon territorial – DDASS, DRASS, conseils généraux, préfectures, ARH – ne sont pas directement impliqués. Malgré cette absence de plusieurs acteurs traditionnels de la santé, la multiplicité des interlocuteurs et les divergences de leurs objectifs constituent une difficulté majeure pour l'hôpital (cf. **Annexe F**), et il est important pour les directeurs de l'hôpital de pouvoir identifier, à partir des différents acteurs, les éléments moteurs et les facteurs de blocage.

## B) Principaux facteurs de blocage

### a) *Les réticences des acteurs*

On rencontre une réticence importante au sein de l'administration pénitentiaire et de son syndicat majoritaire (l'UFAP), parfois véhéments à l'égard des personnels hospitaliers exerçant en UCSA (comme on peut le constater à la prison de la Santé). Les surveillants vivent toujours mal le sentiment d'avoir été dépossédés d'une partie de leurs prérogatives et de voir s'immiscer au sein des prisons une autre administration et une culture radicalement différente. A travers la mise en place des UHSI, ils redoutent de voir évoluer leur métier et préféreraient des recrutements supplémentaires plus qu'une rationalisation de leurs effectifs, qui demeurent faibles malgré des recrutements récents.

De même, l'hôpital se révèle peu enclin à voir pénétrer la prison dans ses murs. Le projet UHSI lui est imposé par le haut et peut représenter pour l'hôpital une contrainte. Sa stratégie doit être revue afin d'intégrer ce nouvel élément et de le transformer en opportunité. Les réticences de l'hôpital quant à l'accueil de malades détenus se fondent aussi sur les craintes d'une partie du personnel hospitalier, qui redoute les agressions et les prises d'otage. Malgré des réticences, on constate néanmoins que l'hôpital remplit la mission qu'on lui confie et accepte de « jouer le jeu », ce qui n'avait pas été le cas partout lors de la création des unités sécurisées issues de la circulaire du 21 décembre 1990.

Quant aux forces de l'ordre, elles restent dans l'expectative d'une clarification des missions de garde et d'escorte, qu'elles n'acceptent pas comme étant de leur ressort (les escortes sont ainsi surnommées « charge induite » en langage policier). De plus, contrairement à l'administration pénitentiaire, très largement engagée dans la discussion avec l'hôpital, attentive, impliquée, présente à toutes les réunions et ouverte au débat malgré ses désaccords, la police et la gendarmerie se sont révélés quasiment absentes du débat, ne participant que très peu à l'élaboration des projets UHSI.

### b) *La dilution des responsabilités*

Un autre facteur important de blocage est ce que l'on pourrait appeler la « dilution » des responsabilités, c'est-à-dire le fait que de multiples acteurs, tous légitimes, interviennent dans le projet UHSI avec un pouvoir décisionnel. Au sommet du projet, l'interministérialité est un facteur de ralentissement important des processus de décision. Le décroisement de la prise en charge sanitaire des détenus, en enlevant la responsabilité de la médecine carcérale à la Chancellerie, a installé un système bicéphale qui contraint les ministères de la Santé et de la Justice à agir de concert. Un retard important dans la mise en œuvre des UHSI est ainsi imputable à un désaccord entre les ministères de l'intérieur et de la Justice sur le fonctionnement des gardes et des escortes.

Par ailleurs, à Paris, il faut compter également sur un échelon supplémentaire de négociation, représenté par le siège de l'Assistance Publique, avenue Victoria. Les établissements de l'AP-HP étant en grande partie autonomes, il s'ensuit des négociations internes entre la Pitié-Salpêtrière et le siège, avant toute présentation du projet aux ministères concernés. Une partie du coût de la création de l'UHSI parisienne revenant à l'hôpital, il importe en effet de déterminer la part respective de ce montant qui revient au siège de l'AP-HP et celle qui revient à la Pitié-Salpêtrière.

Enfin, la mise en place de l'UHSI, dans le cadre de la prise en charge sanitaire des détenus, est un sujet réparti à l'hôpital entre deux pôles de direction, qu'il s'agisse du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière ou du siège de l'AP-HP. Il s'agit à la fois d'un projet architectural complexe et coûteux et d'un projet à intégrer dans une stratégie globale, administrative, juridique, médicale, qui fait de l'hôpital le coordonnateur de différents acteurs et renforce son action en matière de santé publique. On trouve d'un côté la direction des investissements de la Pitié-Salpêtrière et la direction du patrimoine et de la logistique (DPL) de l'AP-HP ; de l'autre, la direction des affaires médicales et de la stratégie du GHPS et la direction de la politique médicale (DPM) du siège. Les deux pôles n'interviennent pas au même niveau, n'assistent pas aux mêmes réunions de travail et n'ont pas les mêmes interlocuteurs. De fait, ils s'échangent peu d'informations, quand bien même cela serait parfois nécessaire à la définition du projet. Cette répartition pourtant logique des rôles contribue à retarder la mise en œuvre de l'UHSI parisienne, chaque direction étant soumise à l'autre pour pouvoir avancer dans son propre travail.

### c) *La restructuration de l'EPSNF*

L'EPSNF, malgré de multiples restructurations, demeure une structure hospitalière largement inadaptée face à l'ampleur des besoins, et dans laquelle les contraintes liées à la sécurité rendent impossible la prise en charge en urgence et la nuit. Actuellement divisé en trois pôles d'activité (médecine, chirurgie, moyen séjour et rééducation fonctionnelle), l'EPSNF demeure dans le flou quant à ses activités futures et le nombre de ses lits. Avec des équipements en surcapacité par rapport aux pathologies prises en charge, des blocs opératoires occupés à 36 % (contre 81 % à l'AP-HP) et une DMS anormalement longue (20 jours en chirurgie ORL contre 4 à l'AP-HP, 18 jours en médecine interne contre 6 à l'AP-HP...), l'EPSNF est le principal obstacle à la mise en œuvre de l'UHSI parisienne. Il est prévu que l'hôpital soit démoli puis reconstruit et ses différents pôles restructurés. Mais l'incertitude qu'engendre le devenir de l'EPSNF retarde d'autant les prises de décision à l'échelon ministériel. Car toute évolution en terme de capacité et de pathologies prises en charge a ipso facto des conséquences sur l'unité du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, son dimensionnement et son organisation médicale.

### C) Retards dans la mise en œuvre des UHSI

Originellement, la date butoir d'ouverture de ces unités avait été fixée «au plus tard » au 31 décembre 2003. Prenant acte des retards que connaissent les hôpitaux et les différents ministères concernés, une circulaire de la DHOS d'octobre 2002 a repoussé la date de mise en service des UHSI au **31 décembre 2005**. A l'exception notable du CHU de Nancy et des Hospices civils de Lyon (où les deux sites de l'UHSI doivent être regroupés), tous les autres hôpitaux ne pourront respecter le calendrier originel. Quant à l'AP-HP, une lettre du Directeur Général avait annoncé que l'UHSI serait livrée au 2<sup>ème</sup> semestre 2004. Mais, de fait, cette ouverture ne pourra avoir lieu, compte tenu des procédures à respecter, avant la fin de l'année 2005, voire au 1<sup>er</sup> semestre de l'année 2006. Le tableau qui suit résume l'avancement des travaux dans les différents CHU :

**Dates d'ouverture prévisionnelles des UHSI par ordre chronologique**

UHSI du CHRU de Nancy	Octobre 2003
UHSI des Hospices civils de Lyon	Octobre 2004
UHSI du CHRU de Lille	Octobre 2004
UHSI de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille	Décembre 2004
UHSI du CHRU de Bordeaux	Octobre 2005
UHSI du CHRU de Toulouse	Décembre 2005
UHSI de Paris (GHPS et EPSNF)	Mai 2006
UHSI du CHRU de Rennes	janvier 2007

Les causes de ces retards peuvent être synthétisées en trois niveaux :

- un **retard structurel**, lié à la complexité même du projet UHSI, la multiplicité des acteurs et un délai initial quelque peu ambitieux ;
- un **retard conjoncturel**, lié au changement de gouvernement, aux différents entre ministères sur l'imputation financières des UHSI et le fonctionnement des gardes et des escortes, ou à l'explosion de l'usine AZF pour le CHU de Toulouse ;
- un **retard propre à l'AP-HP**, lié au fonctionnement d'une structure à deux niveaux de responsabilité et à la longueur de la phase d'étude de faisabilité.

Concernant le retard dans la mise en œuvre de l'UHSI à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Il convient cependant de remarquer que, d'une certaine manière, il arrange les différents ministères, surtout concernés par l'ampleur des enjeux de l'UHSI parisienne et les incertitudes fortes quant au devenir de l'EPSNF, sans que l'UHSI de la Pitié-Salpêtrière, dans sa forme actuelle, aurait peu de sens. Ce retard constitue même une opportunité pour l'AP-HP, qui pourra bénéficier des enseignements tirés de l'ouverture de la plupart des autres UHSI pour la finalisation de son projet.

### 2.1.3 Le financement du projet

#### A) Dispositif financier et budgétaire

L'Arrêté du 24 août 2000 prévoit que les travaux de construction, d'aménagement et d'équipement médical et mobilier (dépenses relevant de la DHOS), ainsi que les travaux et équipements supplémentaires liés à la sécurité et rendus nécessaires du fait de la prise en charge de personnes détenues (dépenses relevant de l'administration pénitentiaire) bénéficient des subventions de l'Etat pour la totalité de la dépense, selon le principe des autorisations de programme / crédits de paiement.

Elles sont inscrites respectivement aux chapitre 66-11 (subventions d'équipement sanitaire) et 66-20 (subventions d'équipement pour établissements post-pénaux et sanitaires). Les subvention sont versées dans les conditions définies par le décret du 16 décembre 1999, qui prévoit que les subventions relatives à des projets d'investissements peuvent être consacrées au financement des différentes phases d'une opération, telles que les études, les acquisitions immobilières, les travaux de construction ou d'aménagement, les grosses réparations, l'équipement en matériel (à l'exclusion du simple renouvellement), ainsi que les dépenses connexes qui concourent directement à la réalisation du projet.

Le versement de la subvention, après justification de la réalisation du projet et de la conformité de ses caractéristiques avec celles visées par la décision attributive, s'effectue par application au montant de la dépense réelle, plafonné au montant prévisionnel de la dépense subventionnable. Cela implique la nécessité pour l'hôpital d'une évaluation la plus juste possible. Une avance peut être versée lors du commencement d'exécution du projet, à compter du premier acte juridique, qui ne peut excéder 5 % du montant prévisionnel de la subvention. Des acomptes peuvent également être versés dans une limite de 80 % du montant prévisionnel.

Par ailleurs, afin d'éviter les problèmes de financement qu'avaient connu les hôpitaux dans le cadre des unités sécurisées issues de la circulaire du 21 décembre 1990 et de simplifier les procédures pour l'hôpital, il est prévu que la DHOS prenne à sa charge, dans un premier temps, l'ensemble des dépenses. L'administration pénitentiaire reversera ensuite à la DHOS l'ensemble des dépenses liées à la prise en compte des contraintes de sécurité.

Pour l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris et le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, le mécanisme budgétaire se décompose en deux étapes :

- détermination du coût en section d'investissement
- détermination du coût en section de fonctionnement



## B) Investissement

Le projet de la Pitié-Salpêtrière comprend la destruction d'un bâtiment existant (Quentin) et la construction d'un bâtiment neuf, recevant l'UHSI et un étage à vocation médicale hors UHSI, pour un montant prévisionnel total de 9,5 millions d'€

La demande de subvention de l'hôpital, d'un montant de 4,7 millions d'€ TTC pour la construction du bâtiment (partie UHSI) – soit 6,5 millions d'€ TDC – et 746000 € pour les équipements a été acceptée par la DHOS (cf. courrier du 4 août 2003). Conformément au plan de financement de l'hôpital (cf. **Annexe G**), un emprunt sur 15 ans sera effectué pour l'investissement immobilier et un second sur 10 ans pour l'équipement médical, mobilier et informatique, dont l'acquisition est simplifiée, l'UHSI étant hors carte sanitaire.

## C) Exploitation

Pour la partie UHSI du projet, l'opération sera neutre pour l'hôpital. En effet, le plan de financement repose sur un emprunt à 100 % pour lequel les frais financiers et les amortissements seront pris en charge par une dotations complémentaire du budget de fonctionnement de l'établissement, reconductible jusqu'au terme du remboursement de l'emprunt. L'AP-HP a déjà avancé 457000 € en DM1 au groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière pour l'exercice budgétaire 2002, dont 182800 € pour l'amortissement et 274200 € pour l'emprunt.

La DHOS ayant donné son accord, le budget de l'AP-HP sera majoré d'un premier versement de 602000 €, afin de solder le financement de l'opération pour les travaux et l'équipement, la totalité de ces crédits devant être affectée à la prise en charge de l'incidence financière des investissements liés à l'opération. Quant aux amortissements, les règles comptables applicables à l'AP-HP étant différentes de celles du régime général, ils sont globalisés avec affectation d'une dotation au groupe 4.

Pour la mise en place du projet, le GHPS a par ailleurs d'ores et déjà obtenu un poste de cadre de santé et un poste de praticien hospitalier au BP 2002.

Une fois que le programme sera défini plus précisément, la direction des finances de l'hôpital procèdera à une évaluation des surcoûts en exploitation courante (frais induits en logistique, entretien, nourriture, etc.) sur les groupes 1, 2 et 3, en utilisant les outils traditionnels de la comptabilité analytique. Ces éléments permettront de constituer un dossier de demande nouvelle qui sera adressé au ministère via le siège de l'AP-HP au moment d'une fenêtre budgétaire. Les moyens demandés seront normalement alloués et ajoutés au **budget global** de l'hôpital. Un bilan annuel sera fait pour confirmer l'adéquation entre les moyens obtenus et le coût réel de fonctionnement de l'unité.

## 2.2 Projet du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

### 2.2.1 Historique

En dehors de son histoire ancienne comme prison, la Pitié-Salpêtrière disposait initialement d'une unité de 6 lits au pavillon Quentin pour l'accueil des personnes détenues, baptisée salle « Cusco » comme à l'hôtel-Dieu de Paris. Dans le cadre de la circulaire du 21 décembre 1990, deux locaux constitués chacun de deux chambres d'hospitalisation et d'un poste de surveillance commun – en stomatologie et au bâtiment Antonin Gosset – se sont cependant substitués à cette unité, dont les locaux se révélaient peu adaptés à une prise en charge médicale. A la suite de l'arrêté du 24 août 2000, le groupe hospitalier a du cependant envisager de nouvelles hypothèses pour l'implantation d'une UHSI de 25 lits, avant d'arrêter finalement comme emplacement le pavillon Quentin.

#### A) Un choix stratégique pour l'hôpital

La localisation géographique de la future UHSI doit répondre aux exigences de l'arrêté du 24 août 2000, complété par la note du 17 mai 2001 du ministère de l'Intérieur :

- **la proximité la plus grande du plateau technique,**
- **le respect des contraintes de sécurité,** qui implique un emplacement sur la hauteur excluant tout vis-à-vis ou surplomb pouvant cacher des tireurs embusqués
- **le respect du cahier des charges** de l'arrêté du 24 août 2000, concernant les spécifications fonctionnelles, architecturales et techniques des locaux et installations
- **l'intégration au plan stratégique** de l'établissement et aux restructurations en cours

Ces exigences se complètent en sus de contraintes spécifiques à la Pitié-Salpêtrière. Il s'agit en premier lieu d'un **hôpital de centre ville**, situé dans le 13<sup>e</sup> arrondissement de Paris, dont les possibilités d'extension géographique sont fortement limitées, bien que l'établissement couvre une superficie totale de 33 hectares. Il s'agit ensuite d'un **hôpital pavillonnaire**, comptant 95 bâtiments à vocation médicale, technique ou administrative, avec un plateau technique dispersé sur plusieurs sites (notamment au pôle Gaston Cordier côté Pitié et au pôle Babinski / Institut de cardiologie côté Salpêtrière). Il s'agit également d'un **hôpital ancien**, qui comporte de nombreux bâtiments du XVII<sup>e</sup> siècle – dont la chapelle de l'hôpital – classés monuments historiques, ce qui suppose le respect de certaines contraintes pour tout projet architectural. Il s'agit enfin d'un **hôpital divisé** historiquement en deux entités distinctes – la Salpêtrière « en bas » et la Pitié sur les hauteurs – qui communiquent difficilement entre elles.

Le choix de la localisation de l'UHSI, qui devait tenir compte de l'ensemble de ces contraintes, a ainsi nécessité une réflexion stratégique importante de la part de l'ensemble des directions de l'établissement – notamment la direction générale, la direction de la stratégie et des affaires médicales et la direction des investissements – et des services médicaux concernés. Dans ce cadre, différentes hypothèses de travail ont été envisagées, qui, tout en permettant d'aboutir au projet le plus satisfaisant, ont cependant nettement retardé la mise en œuvre de l'UHSI parisienne.

B) La démolition de Quentin et la construction d'un nouveau bâtiment R+2

Quatre principaux sites d'implantation de l'UHSI ont été successivement envisagés, qui présentaient chacun des avantages et des inconvénients :

<b>Pistes de réflexion</b>	<b>Avantages</b>	<b>Inconvénients</b>
Mazarin	Favorise le regroupement de la neurologie à Paul Castaigne	Bâtiment classé Coûts importants de réaménagement Infrastructure légère pour 3 niveaux Eloignement du plateau technique
Rambuteau	Faisabilité rapide Proximité du plateau technique (Institut de Cardiologie, Babinski)	Démolition avec construction d'un bâtiment annexe Encaissé (nombreux surplombs) Hypothèque la réserve foncière du groupe hospitalier
La Rochefoucault Liancourt (2 <sup>e</sup> étage)	Proximité du plateau technique (Bâtiment Gaston Cordier, urgences) Bonne réponse au cahier des charges (accès, sécurité) Lever d'accélération de plusieurs restructurations internes (notamment des deux services d'endocrino – diabétologie à Benjamin Delessert)	Bâtiment peu fonctionnel Opération complexe nécessitant de nombreuses opérations tiroirs (7 services concernés par des redistributions de locaux) Délais de réalisation longs (hors cahier des charges) et risqués Coût total élevé (17 millions d'€)
Quentin	Proximité du plateau technique (Bâtiment Gaston Cordier, urgences) Réponse la plus adaptée au cahier des charges (accès, sécurité, délai) Accélère le regroupement de la psychiatrie à La Force	Superficie limitée du pavillon Quentin Suppose de trouver une solution au déménagement prévu des consultations et de l'hôpital de jour de médecine interne II à Quentin

Le bilan coûts / avantages entre les différentes options montre que l'hypothèse d'implantation de l'UHSI au **bâtiment Quentin**, situé entre les pavillons La Rochefoucault-Liancourt et Benjamin Delessert et qui accueille actuellement un secteur fermé de psychiatrie et les locaux d'Emmaüs, apparaît la plus adaptée en terme de réponse au cahier des charges (**cf. Annexe H**). Elle est également logique, en raison de la proximité géographique entre Quentin et le pavillon La Rochefoucault-Liancourt, qui héberge le service de médecine interne II du Professeur Piette auquel sera rattaché l'UHSI. Elle permet en outre d'accélérer le regroupement prévu de la psychiatrie, actuellement dispersée sur quatre sites, au bâtiment La Force. Elle pose cependant deux problèmes :

- le déménagement temporaire des consultations et de l'hôpital de jour du service du Professeur Piette à Quentin, initialement prévu dans le schéma directeur 2001-2004, pendant la durée des travaux de réhabilitation du pavillon La Rochefoucault-Liancourt
- des locaux peu adaptés (bien que des chambres pour détenus aient existé dans ces locaux) dont la superficie, insuffisante, serait perdue pour l'hôpital

Le seul moyen de lever ces obstacles étaient d'envisager la démolition de Quentin et de construire un nouveau bâtiment sur 3 niveaux, plus adapté, permettant d'accueillir de manière totalement indépendante :

- **l'UHSI**, aux niveaux 1 et 2 avec un sas fourgon côté Salpêtrière
- **les consultations et l'hôpital de jour du service de médecine interne II**, au rdc

### C) Un processus décisionnel complexe

Suite à cette étude de faisabilité, qui a déterminé l'installation de l'UHSI dans une construction neuve, en extension des pavillons La Rochefoucault-Liancourt et Benjamin Delessert, sur le site de l'actuel pavillon Quentin qui sera démoli, l'AP-HP a confié à la société APOR l'établissement du programme fonctionnel et au cabinet d'assistance à maîtrise d'ouvrage Delporte-Aumond-Laigneau un rapport d'étude sur la faisabilité financière de l'opération retenue. Sur la base de ces rapports, remis respectivement en septembre 2002 et en octobre 2002 au groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, le projet a été transmis par l'AP-HP à la DHOS, par une note de M. Deroubaix, secrétaire général de l'Assistance Publique, à Edouard Couty, directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, en date du 12 décembre 2002.

Il faut remarquer par ailleurs que le changement de directeur à la tête de l'AP-HP (Rose-Marie Van Lerberghe, en remplacement d'Antoine Durrleman) et du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (Anne-Marie Armenteras-de Saxce, en remplacement d'Alain Lepère) n'ont pas perturbé le travail de l'administration hospitalière et l'avancement du dossier UHSI, l'ensemble de l'administration s'étant fortement impliquée.

Les négociations avec le ministère de la Santé, après transmission du dossier UHSI, se sont cependant révélés longues et complexes. Cela s'explique par la multiplicité des intervenants concernés dont il était nécessaire de recueillir l'avis et qui ont fait évoluer le projet sur certains détails techniques : DHOS, administration pénitentiaire, EPSNF, services de police, intervenants hospitaliers... Ce travail est d'autant plus lourd qu'il faut accorder l'ensemble des participants, s'adapter aux changements d'intervenants, trouver des dates de réunion qui satisfassent l'agenda des différents acteurs, etc. Toute réunion entre le ministère et l'AP-HP implique en outre des réunions internes préliminaires entre le siège de l'AP-HP et la Pitié-Salpêtrière d'un côté, et entre les administrations des différents ministères de l'autre. La volonté de l'hôpital de faire valider le projet retenu dès la phase d'étude et non simplement au moment de l'avant-projet sommaire (APS), comme prévu dans l'arrêté du 24 août 2000, est également à l'origine d'un retard de quatre mois dans l'avancement du dossier UHSI. L'hôpital craignait en effet que la DHOS rejette le principe de la destruction de Quentin et de la construction d'un bâtiment neuf comportant une unité d'hospitalisation classique hors UHSI, compte tenu du coût élevé de l'opération comparé aux projets des autres CHU. La réunion du 22 avril 2003, en présence de la DHOS, a cependant levé les craintes de l'hôpital (l'essentiel pour la DHOS étant d'ouvrir au plus tôt l'UHSI), qui a pu ainsi lancer un appel d'offre sans tranches conditionnelles.

Enfin, il est important de souligner que ce projet a rencontré une forte mobilisation de l'administration – qu'il s'agisse des différentes directions de l'hôpital ou de la DPM et de la DPL au siège de l'AP-HP – et du service du Pr. Piette. Le corps médical en revanche, à l'exception du président de la CCM (la CME) de l'hôpital, s'est généralement montré indifférent au projet UHSI. Sans la cohésion forte et nécessaire entre l'administration de l'hôpital – et au premier plan son directeur Alain Lepère, le chef du service de médecine interne II, le Pr. Piette, et le président de la CCM, Pierre Coriat, le principe de la construction d'un nouveau bâtiment abritant et l'UHSI et un service hospitalier hors UHSI n'aurait peut-être pas été accepté par l'AP-HP et la DHOS.

## **2.2.2 Projet**

L'arrêté du 24 août 2000 a également pour but d'assurer la conformité des locaux à un cahier des charges, élaboré conjointement par la DHOS, l'administration pénitentiaire et les directions générales de la police nationale et de la gendarmerie nationale. Le cahier des charges, très riche quant à la variété des domaines, s'avère néanmoins flou quant à certaines spécifications techniques qui relèvent dès lors de l'interprétation. La mission confiée au programmiste a permis de définir les contours principaux du projet, mais certains détails techniques font toujours l'objet de discussions et d'échanges entre les différentes administrations et entre les CHU concernés.

## A) Description du bâtiment futur

Les surfaces de l'UHSI de la Pitié-Salpêtrière ont été prévues en référence à l'arrêté interministériel du 24 août 2000, qui donne des indications détaillées sur la nature des locaux à prévoir (accès, postes de contrôle, bureaux, vestiaires, locaux du personnel, salles de soins, armurerie, parloirs) et leur surface. Selon l'étude de programmation, la nouvelle construction sera donc un bâtiment R+2 avec un sous-sol, entre les pavillons La Rochefoucault-Liancourt et Benjamin Delessert, eux-mêmes édifiés sur trois niveaux avec sous-sol, et en remplacement du bâtiment Quentin, édifié sur trois niveaux pour un total de 828m<sup>2</sup> SHON<sup>6</sup>. La SDO du nouveau bâtiment sera d'environ 3240 m<sup>2</sup>, soit 900 m<sup>2</sup> par niveau et 700 m<sup>2</sup> de sous-sol. L'UHSI occupera principalement les premier et deuxième niveaux, pour une SDO d'environ 1800m<sup>2</sup>. Une liaison verticale dédiée sera aménagée avec la zone d'entrée et de contrôle située au rez-de-chaussée ainsi qu'avec le sas fourgons prévu à l'arrivée du bâtiment. Des locaux techniques et logistiques ainsi qu'une galerie de liaison sont également prévus au sous-sol (**cf. Annexe I**).

Le nouveau bâtiment comportera également des activités hospitalières au rez-de-chaussée, pour une SDO de l'ordre de 1000m<sup>2</sup>. Une zone de consultation et d'hôpital de jour sera aménagée afin de permettre le regroupement géographique des deux services d'endocrinologie-diabétologie-métabolisme ainsi que la rénovation du service de médecine interne. Les vestiaires et réserves pour les services (situés initialement au sous-sol Quentin) seront relocalisés au sous-sol du nouveau bâtiment.

La surface utile totale prévue est de 2440 m<sup>2</sup> (surface précisée dans l'avis d'appel public à la concurrence par le maître d'ouvrage), dont 1800 m<sup>2</sup> pour l'UHSI. Il s'agit néanmoins d'un calcul établi à partir d'un ratio de surfaces de circulation optimisé. Le concepteur devra par conséquent chercher à les respecter sans porter atteinte à la fonctionnalité des locaux, qui reste prépondérante. Cette contrainte et cet enjeu sont d'autant plus primordiaux que la SDO a été calculée au plus juste pour réduire les coûts : 1800 m<sup>2</sup> pour 25 lits, contre 1800 m<sup>2</sup> à Nancy pour 17 lits et 2400 m<sup>2</sup> à Lille pour 21 lits.

---

<sup>6</sup> Vocabulaire technique :

**Surface utile** : surface d'un local affectée à une fonction, en dehors des aires extérieures (parkings, aires de livraison...)

**Surface dans œuvre (SDO)** : surface utile à laquelle on ajoute la surface des circulations horizontales uniquement

**Surface hors œuvre nette (SHON)** : surface dans œuvre à laquelle on ajoute les murs et les cloisons

**Surface hors œuvre brute (SHOB)** : surface délimitée par le contour du bâtiment (balcons et circulations verticales compris)

## B) Contraintes techniques et logistiques

Le projet doit respecter l'ensemble des contraintes décrites dans le programme fonctionnel concernant les différents circuits en respectant les exigences de contrôle imposées pour le fonctionnement des UHSI (**cf. Annexe J**). Il s'agit là de contraintes de nature exceptionnelle pour des hôpitaux peu habitués à prendre en compte les dimensions sécuritaires des prisons dans une opération de travaux.

### a) *Les accès à l'UHSI*

Conformément à l'arrêté, le périmètre extérieur au bâtiment dispose d'une sécurité renforcée afin d'empêcher toute évasion, intrusion ou communication avec l'extérieur. Le projet doit également concevoir la totalité des circuits reliant l'UHSI au reste du site :

- circuit des patients (entrée / sorties, déplacements en direction du plateau technique)
- circuit des visiteurs (famille, juges, avocats, aumôniers, visiteurs de prison)
- circuit du personnel médical et soignant et du personnel de surveillance
- circuit de la logistique (repas, sortie du linge, du matériel et des déchets)

Pour cela, deux types d'accès sont à considérer : les accès véhicules (pour les détenus et la logistique) et les accès piétons (visiteurs et personnels). Ces deux accès, placés sous le contrôle d'un poste central, situés rue de la Terrasse de la Hauteur, sont différenciés par deux sas : un sas « fourgon » et un sas « accès unique » piétons. Pour des raisons de sécurité, un seul véhicule ne pourra accéder dans le sas en simultanément. La procédure étant identique pour le sas « accès unique » et compte tenu du nombre quotidien de passages (estimé à 60 par jour par le programmiste, sans compter les visiteurs), il faudra s'attendre à une tension importante du personnel hospitalier en raison des durées d'attentes. Les accès et circulations devront donc faire l'objet d'une attention particulière. Dans tous les cas, il est recommandé de munir les personnels devant accéder à l'UHSI d'un dispositif de reconnaissance rapide (badge électronique), ce qui pose le problème d'accès des personnels intervenant de manière occasionnelle ou exceptionnelle (médecins d'autres unités, personnel des urgences, SAMU...).

### b) *Les accès à l'unité de médecine interne*

Quant aux accès à l'unité de consultations et l'hôpital de jour de médecine interne (hors UHSI), ils s'effectueront de façon totalement indépendante au niveau rez-de-chaussée côté avenue de la Pitié. Le bâtiment bénéficiera en outre d'un accès par les pavillons La Rochefoucault-Liancourt ou Benjamin Delessert pour les vestiaires du sous-sol, destinés au personnel hospitalier et aux équipes de ménage.

c) *Les liaisons verticales*

Il est prévu un ascenseur pour le personnel et un monte-charge pour la logistique, afin d'assurer la liaison du niveau R-1 au niveau R+2 du bâtiment. Cette batterie d'ascenseurs devra se situer impérativement dans la zone dite de «confinement de sécurité » pour permettre au personnel de sécurité le contrôle des flux de personnes et de matériel. Cette liaison verticale ne desservira pas le niveau rez-de-chaussée du bâtiment puisque celui-ci sera affecté à une fonction en dehors du projet UHSI.

d) *Les liaisons horizontales*

Une liaison horizontale sera prévue entre le nouveau bâtiment et les pavillons La Rochefoucault-Liancourt et Benjamin Delessert au rez-de-chaussée et avec une galerie souterraine au niveau R-1. Bien que de nombreuses galeries souterraines font communiquer l'ensemble des bâtiments de la Pitié entre eux, permettant une liaison plus rapide vers les plateaux techniques de Gaston Cordier (urgence, scanner, IRM) et Husson-Mourier (radiologie générale), il est exclu de les faire emprunter aux détenus et au personnel d'escorte pour des raisons évidentes de sécurité.

C) Plan d'équipement

Conformément au cahier des charges de l'arrêté du 24 août 2000, l'équipement médical, technique et mobilier de la partie sanitaire de l'UHSI sera réalisé dans les mêmes conditions que pour une unité d'hospitalisation traditionnelle (**cf. Annexe L**). En conséquence, l'ensemble des dispositions légales et réglementaires concernant la réalisation et l'exploitation des unités d'hospitalisation classiques s'appliquent à l'UHSI.

Toutefois, il est nécessaire dans l'établissement du plan d'équipement de tenir compte des spécificités de la population carcérale. Ainsi, comme dans une unité de psychiatrie, il apparaît nécessaire d'éviter l'installation de tout équipement médical ou mobilier pouvant faciliter le passage à l'acte suicidaire. De même, il est nécessaire de prévoir un meuble de protection des dispositifs médicaux de surveillance et de perfusion. Les contraintes sécuritaires ont par ailleurs des conséquences sur la gestion des alarmes hémodynamiques. Les chambres étant fermées et de fait isolées au niveau acoustique, il est impossible pour le personnel médical et soignant de contrôler les voyants lumineux et sonores concernant l'état du patient, sans reprise extérieure du moniteur dans le couloir ou sans intégration à la centrale d'alarme du poste de soins. Enfin, pour des raisons pratiques, il revient à l'hôpital de procéder à l'acquisition du matériel pénitentiaire spécifique (armoire blindée pour l'armurerie, bac de décharge, détecteur de métal, portique à rayons X...), qui sera remboursé par l'administration pénitentiaire à la DHOS.



### 2.2.3 Procédure

#### A) Budget de l'opération UHSI

Les études conduisent à un **coût prévisionnel de 9,5 millions d'€ TDC** (toutes dépenses confondues). La part UHSI s'élève à 6,5 millions d'€, les 3 millions d'€ restants, qui correspondent à la zone du nouveau bâtiment destinée à recevoir les consultations et l'hôpital de jour du service de médecine interne, étant à la charge de l'AP-HP, qui s'est engagée sur une participation plus importante que celle prévue dans les études initiales (respectivement 7,2 millions d'€ et 2,3 millions d'€).

Ce montant comprend le coût des travaux ainsi que le coût des différentes opérations liées à un projet immobilier (ordonnancement, pilotage et coordination de la maîtrise d'œuvre, SSI, contrôle technique, mission SPS, BET sondage, géomètre), des prestations intellectuelles (programmiste, conseil en économie), des frais de concours, des prévisions pour hausse des prix et des provisions pour aléas techniques (évaluées entre 5 et 10 %). Au montant de l'investissement immobilier, il convient par ailleurs d'ajouter une dépense de 746 000 € TTC pour le plan d'équipement. Un détail du budget de l'opération est présenté en annexe (**cf. Annexe K**).

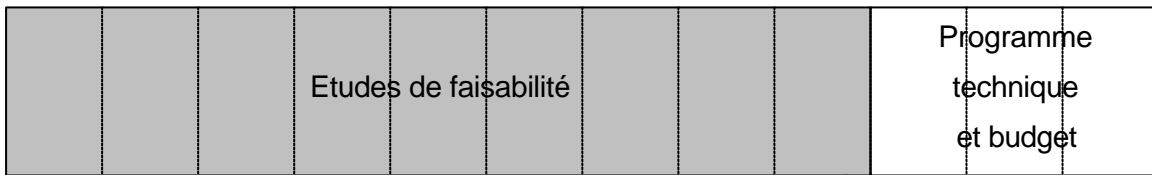
Le coût de l'UHSI du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière pour la partie travaux s'avère supérieur aux autres UHSI pour lesquelles des informations sont disponibles :

UHSI	Coût TDC de l'investissement immobilier	Coût TDC par lit hospitalier
CHRU de Bordeaux	800 000 €	50 000 €
AP – hôpitaux de Marseille	6 000 000 €	135 000 €
CHRU de Lille	4 000 000 €	190 000 €
CHRU de Rennes	4 500 000 €	230 000 €
CHRU de Nancy	4 000 000 €	235 000 €
CHRU de Toulouse	4 000 000 €	250 000 €
GHPS	6 500 000 €	260 000 €

Le coût faible affiché par le CHU de Bordeaux s'explique par l'installation de l'UHSI dans des bâtiments existants, et n'a donc que peu de valeur comparative. Le coût plus élevé de l'UHSI du GHPS par rapport aux CHU où l'implantation d'une UHSI nécessite une construction neuve s'explique essentiellement par le coût de démolition de Quentin, l'aménagement des voiries extérieures et les prix plus élevés des opérations de travaux sur Paris. Pour l'hôpital, l'ensemble des opérations des travaux est suivi par le directeur des travaux de la direction des investissements.

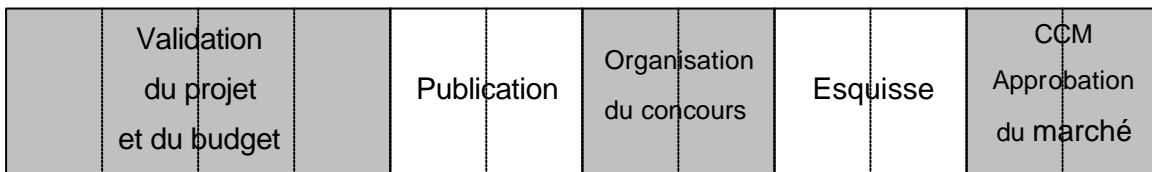
B) Calendrier prévisionnel

2002



Avis de pré-information (20/09)

2003



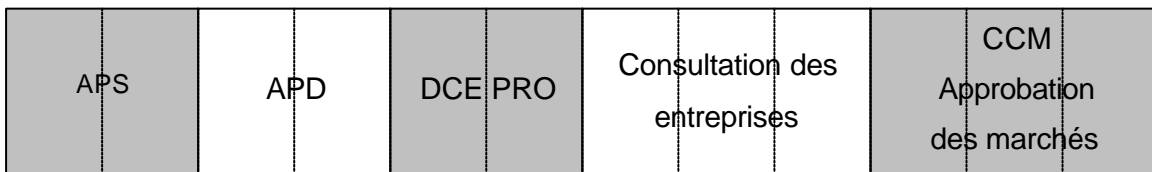
Transmission du dossier à la DHOS

Réception des offres (07/07)

Concours et choix de la MOE

Choix des 3 architectes (03/09)

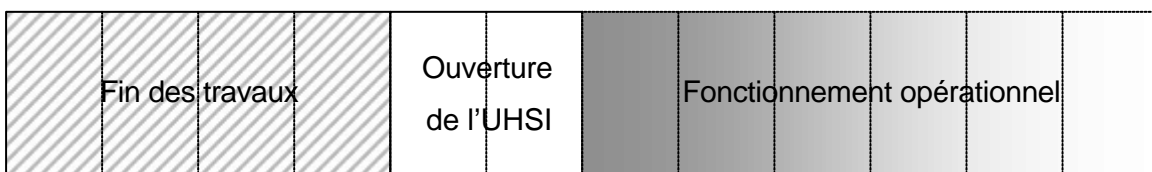
2004



2005



2006



Date limite d'ouverture :  
mai 2006

### C) Appel d'offre et choix des candidats

Le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière de l'AP-HP a lancé un avis d'appel public à la concurrence (AAPC) le 14 mai 2003, pour un montant TTC des travaux de 6 millions d'€, après avoir fait publier un avis de pré-information le 20 septembre 2002. Le principe retenu est un marché de maîtrise d'œuvre avec concours sur esquisse, passé conformément aux articles 71 et 74 du code des marchés publics. Le marché se déroulera en deux phases :

- Sélection de trois candidats admis à concourir
- Sélection des projets

Le marché a rencontré un réel succès, puisque 61 groupements ont répondu avant la date limite de réception des candidatures, le 30 mai 2003. La sélection des trois candidats a eu lieu à l'issue du jury de concours du 3 septembre 2003, en fonction des qualifications professionnelles et moyens et des références présentées. Le jury du concours de présélection était composé de la directrice du groupe hospitalier, du Président du conseil d'administration de l'AP-HP et d'un de ses membres, d'un représentant du Maire du 13<sup>e</sup> arrondissement, du directeur de la DPL de l'AP-HP, du chef de service de médecine interne, du Président du CCM du groupe hospitalier, de la secrétaire du CHSCT et de quatre architectes indépendants. Le contrôleur financier, le TPG et un représentant de la DGCCRF, qui avaient voix consultative, étaient absents. Les trois candidats retenus sont :

- Un cabinet d'architectes, auteur de gros projets, dont la construction de plusieurs hôpitaux ;
- Un cabinet d'architectes, auteur d'opérations de restructuration ou de construction de bâtiments dans des hôpitaux et des commissariats ;
- Un cabinet d'architectes, spécialisé dans la construction de centres de rééducation fonctionnelle et de long séjour.

A compter du jury de concours, les trois candidats admis disposent d'un délai de deux mois pour remettre leur esquisse. Le choix définitif du lauréat et de son projet, qui aura lieu début novembre 2003, sera effectué en fonction des critères suivants :

- Respect du programme établi par le programmiste (société APOR)
- Respect de l'enveloppe financière prévisionnelle
- Insertion du projet dans le site et respect des flux
- Fonctionnalité des unités créées
- Qualité de l'étude technique
- Durée prévisionnelle des travaux
- Qualité de la méthodologie (organisation et exécution de la mission MOE)
- Respect du délai de remise du projet

## 2.3 Organisation fonctionnelle

### 2.3.1 Organisation des soins

#### A) Principes de fonctionnement

Les UHSI sont **hors carte sanitaire** et relèvent de l'article R.711-19 du Code de la santé publique. Ils font partie du **schéma national d'hospitalisation des personnes détenues** (SNH), qui concerne l'ensemble des hospitalisations, à l'exception de celles relevant d'un service de psychiatrie. Ils reçoivent des personnes des deux sexes, et peuvent être amenés à accueillir des personnes majeures et mineures (au-delà de 13 ans), pour des **hospitalisations programmées** (autres qu'urgentes ou de courte durée).

L'UHSI doit être pleinement intégrée dans l'organisation de l'établissement de santé. A la Pitié-Salpêtrière, cette intégration sera certainement plus délicate du fait de l'absence d'UCSA dans l'hôpital et d'antériorité dans les rapports entre services hospitalier et pénitentiaire. Les UHSI prennent en charge les personnes détenues, dans les mêmes conditions que les autres unités d'hospitalisation du CHU. Elles ont une compétence médico-chirurgicale.

Les UHSI sont organisées de façon à limiter les déplacements des personnes détenues au sein de l'établissements de santé. Ceux-ci demeurent en effet inévitable pour accéder au plateau technique. Mais dans tous les autres cas, il convient que les praticiens du CHU appelés à participer à la prise en charge des personnes détenues se rendent à l'UHSI, au chevet du malade, pour les examiner et les suivre. Cela ne sera cependant pas évident à mettre en œuvre et l'on doit s'attendre aux réticences de certains médecins qui n'accepteront pas de se déplacer, notamment dans de vastes hôpitaux pavillonnaires comme la Pitié-Salpêtrière.

Les admissions et les sorties sont subordonnées à la décision d'un des médecins de l'UHSI. Compte tenu de la vocation du GHPS au sein de l'UHSI de Paris, toutes les hospitalisations seront programmées. L'EPSNF exerce en effet un « filtre » sur toute hospitalisation de détenu, et, du fait de son plateau technique limité, repose sur l'unité de la Pitié-Salpêtrière pour la majorité des soins d'aigu. L'UHSI du GHPS ne peut pas, par ailleurs, être considéré comme établissement de proximité. Aucun détenu n'est donc censé intégrer l'UHSI de la Pitié-Salpêtrière directement. La sortie doit être prévue au moins la veille afin de permettre le retour sans délai vers un site pénitentiaire ou un autre service de santé, qu'il s'agisse de l'EPSNF ou de tout autre établissement hospitalier.

Les durée de séjour doivent tendre à se rapprocher de celles observées dans la population générale. Il s'agit d'un impératif d'autant plus important que le dimensionnement de l'UHSI parisienne a été calculée au plus juste. Les DMS de l'UHSI de Lyon (11 jours) et de l'EPSNF incitent cependant au pessimisme. Il faut comprendre que pour de nombreux détenus, la souffrance est un mode de relation au monde. Aussi inadapté l'EPSNF soit-il, les détenus préfèrent encore y séjourner plutôt qu'en prison, quitte à provoquer eux-mêmes la prolongation de leur hospitalisation. Le personnel de l'UHSI du GHPS devra en conséquence être très vigilant à ne pas transformer, de fait, certains lits d'aigu en lits de moyen séjour, et à bien programmer la sortie du détenu.

Le règlement intérieur de l'UHSI sera établi en référence au règlement intérieur hospitalier. La charte du patient hospitalisé », annexé à la circulaire du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés, ainsi que la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé s'appliquent aux personnes détenues, sous réserve que soient respectées les mesures de sécurité propres au régime pénitentiaire auxquelles ces personnes demeurent soumises durant leur hospitalisation, conformément aux dispositions de l'article D. 395 du code de procédure pénale.

#### B) Incidence de la loi du 4 mars 2002

Les dispositions de la loi du 4 mars 2002 concernent :

- le droit du patient à recevoir des soins de qualité
- le droit à l'information sur son état de santé
- le droit à être informé sur les actes et les interventions qui lui sont proposés
- le droit d'accepter ou de refuser les actes et traitements proposés
- le droit d'avoir communication et copie des informations du dossier médical
- le droit de recours relatif aux soins prodigués

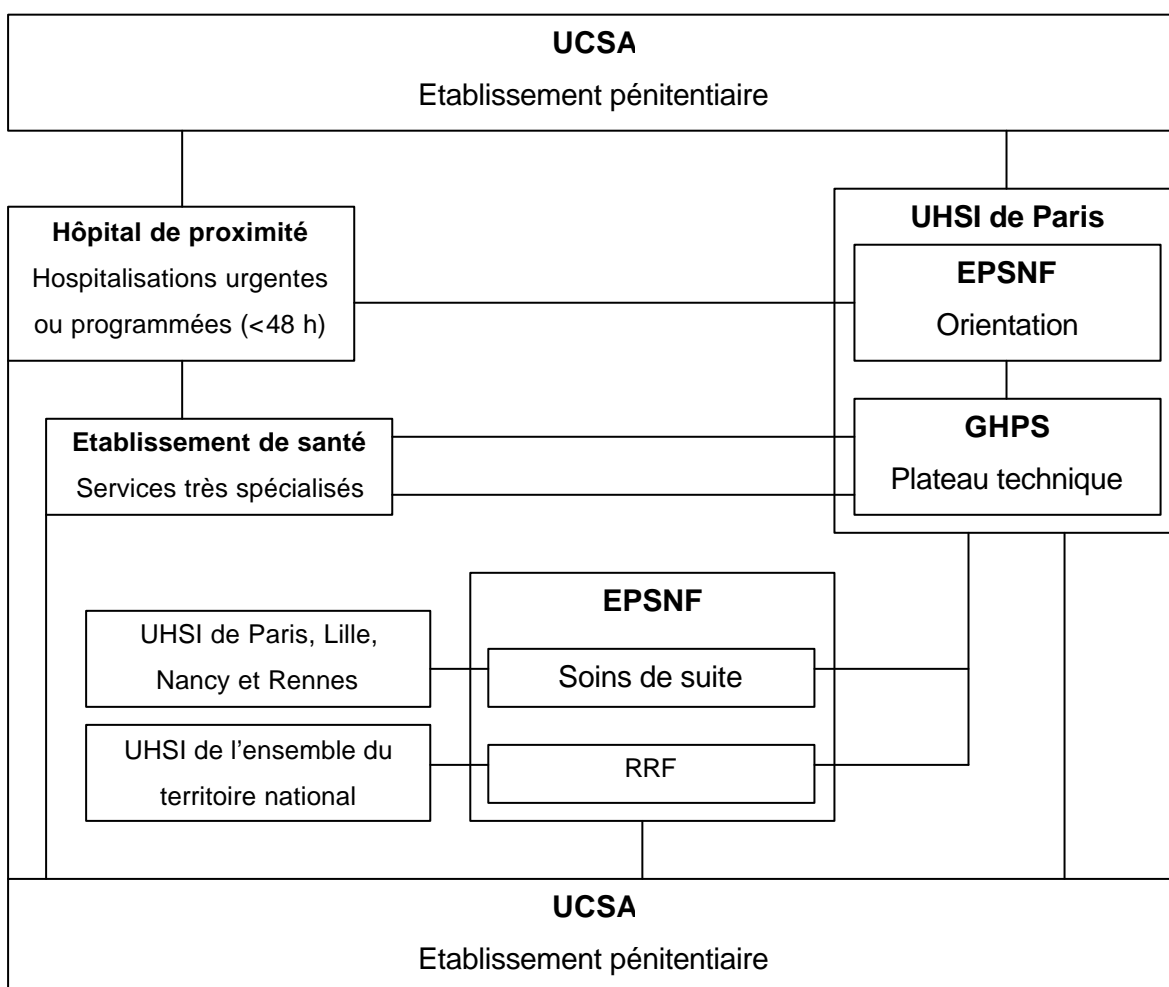
Il convient cependant d'adapter la loi du 4 mars 2002 aux spécificités du régime carcéral. La disposition concernant la possibilité de choisir une personne de confiance pour l'assister dans les entretiens médicaux nécessite l'autorisation, pour les prévenus, des autorités judiciaires, et, pour les condamnés, du chef d'établissement pénitentiaire. Pour les mineurs détenus, le médecin de l'UHSI doit informer la personne titulaire de l'autorité parentale ou son tuteur, mais peut néanmoins se dispenser de leur autorisation. Concernant le droit de recours, la saisine du directeur du CHU ou de la commission de conciliation doit passer par l'intermédiaire de l'administration pénitentiaire. Le détenu a également la possibilité de faire appel aux autorités judiciaires ou de saisir un médecin inspecteur de santé publique (MISP) par le relais des DDASS ou de l'IGAS. Il peut enfin en référer au ministre en charge de la Santé ou au Médiateur de la République.

C) Projet médical et schéma d'articulation fonctionnelle

Le projet médical de l'UHSI et l'articulation entre l'EPSNF et le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière demeurent encore flous. L'unité du GHPS, de 25 lits, est rattachée à un service de médecine interne, comme le préconise l'arrêté du 24 août 2000 (les UHSI de Nancy et Lille sont néanmoins rattachées à un service de médecine légale). Il s'agit d'un service spécialisé dans la prise en charge des poly-pathologies (fréquentes parmi les détenus) et des maladies rares et orphelines. Le GHPS dispose par ailleurs d'une palette complète de spécialités médico-chirurgicales, notamment dans le domaine de la tête et du cœur, et d'un plateau technique complet et de qualité. Le projet médical spécifique de l'unité de la Pitié-Salpêtrière reste cependant à définir, et repose en grande partie sur l'évolution de l'EPSNF, qui est en cours de restructuration.

L'EPSNF comprendra à terme 45 lits de médecine interne, 35 lits de chirurgie digestive et à orientation orthopédique et 6 lits de soins continus, qui ne sont destinés qu'à l'accueil des hommes. L'EPSNF est également doté de 15 lits de soins de suite et de réadaptation destinés à l'accueil des détenus du ressort des UHSI de Paris, Lille, Nancy et Rennes, ainsi que de 20 lits de rééducation fonctionnelle à vocation nationale.

Cette articulation complexe se lit mieux à travers un schéma :



### 2.3.2 Dimension humaine

#### A) Prendre en compte les spécificités des patients détenus

La population carcérale, qui est majoritairement masculine, jeune, de faible instruction scolaire et issue des milieux les plus défavorisés, est souvent peu familiarisée avec le système de soins. Comme le rapportent les médecins des UCSA, il est souvent nécessaire d'établir un lien de confiance entre le médecin et le patient avant que tout soin soit possibles. Le docteur Barlet insiste notamment sur la mésestime d'un corps considéré comme instrument sans valeur et d'une vie au jour le jour, qui se confirme dans la maladresse à communiquer par la parole au-delà de la révolte ou de la plainte. Les détenus, réduits à une existence biologique qui ne se manifeste plus que dans le langage d'un corps souffrant, déshabité par la parole, recherchent souvent dans les professionnels de santé un ancrage relationnel et affectif.

Des situations de crise pourront se présenter du fait de la situation concrète des détenus (enfermement vécu comme plus contraignant, absence de promenade ou de détente, visites plus difficiles, éloignement des proches et de la famille...) ou de leur évolution psychologique liée à la maladie (décompensation de troubles psychiatriques préexistants, état de manque, ressenti dramatique d'un diagnostic, d'un pronostic ou des effets d'un traitement lourd). Ces situations peuvent entraîner des comportements présentant différents niveaux de risques pour les soignants de l'UHSI qu'il conviendra de prévenir :

- Agitation
- Attitude rebelle face aux soins
- Tentative de pression ou de chantage utilisant les médicaments ou instruments de soins, les équipements pouvant être détournés dans un geste de violence
- Agressions physiques ou verbales, y compris entre codétenus
- Tentative de suicide ou d'automutilation
- Tentative de prise d'otage, auxquels s'ajoutent les risques d'agressions extérieures

Ces aspects sont à prendre en compte et risquent de placer le personnel soignant dans un état de stress permanent, d'autant que les objectifs poursuivis par les personnels soignants et surveillants peuvent à certains moments être difficilement compatibles entre eux, voire devenir franchement contradictoires. Par ailleurs, la gravité éventuelle des faits reprochés, même si leur nature exacte devrait être ignorée des soignants, pourrait entraîner chez les personnels mal préparés ou mal informés un réflexe de crainte ou un préjugé défavorable, d'autant que les affaires de mœurs sont de plus en plus fréquentes.

Les spécificités de la population carcérale invite ainsi au pragmatisme, et il apparaît nécessaire de rechercher sans cesse un juste équilibre, difficile et mouvant, entre la santé et la sécurité du personnel et des détenus, d'une part, et entre le droit et la pratique d'autre part. Il importe ainsi, par exemple, de mettre gratuitement des télévisions à disposition dans les chambres ou d'aménager la possibilité pour les détenus de fumer (80 % d'entre eux fument), afin d'aider à rompre l'isolement ou le stress des détenus. De fait, ces derniers seront plus enfermés dans leur chambre d'hôpital que dans la cellule de leur prison. Si un local fumeur pour détenus est prévu au GHPS, le CHU de Nancy autorisera de fait les détenus à fumer dans leurs chambres.

## B) Le personnel de l'UHSI

Conformément à l'arrêté du 24 août 2000, un protocole déterminera les effectifs attribués, d'une part, par l'administration pénitentiaire, pour assurer la garde des détenus au sein de ces unités et, d'autre part, par les forces de l'ordre, pour assurer la sécurité extérieure de l'unité et le contrôle de son accès. En ce qui concerne l'escorte aller et retour des détenus de l'établissement pénitentiaire à l'établissement de santé et celle des détenus à l'intérieur de l'hôpital lorsqu'ils doivent accéder à un autre service, le protocole devra arrêter un effectif de policiers proportionnel aux besoins du moment. Quant au personnel hospitalier, il sera recruté sur la base du volontariat, à partir des créations de postes qui seront autorisés par la DHOS pour le fonctionnement des UHSI.

L'ancrage de l'UHSI dans l'hôpital, son rattachement à un service hospitalier dirigé par un PU-PH, ainsi que le professionnalisme des personnels hospitaliers qui y exerceront constituent un réel progrès pour la politique d'amélioration des soins aux détenus. Ce rattachement physique dans les murs de l'hôpital est un aspect très positif, qui doit permettre d'élever le niveau d'exigence qui était celui de la médecine pénitentiaire et d'améliorer l'image des personnels soignants exerçant auprès des détenus. En outre, la mise en œuvre des UHSI, dans le prolongement des UCSA, contribuera à rompre l'isolement des équipes médicales qui interviennent en prison, en offrant aux médecins et au personnel soignant une ouverture sur les possibilités que leur offre la structure hospitalière. Dans leur pratique médicale quotidienne, ils pourront intégrer ou mettre en place des réseaux afin de confronter leurs connaissances et leurs diagnostics. L'appartenance à l'univers de l'hôpital confèrent également à ces personnels des perspectives statutaires en termes de formation continue, de mutations ou de promotions. Enfin, le rattachement de l'unité du GHPS à un service dirigé par une personnalité médicale reconnue est un gage supplémentaire de qualité des soins et de bonne coordination, et constitue un symbole politique fort pour l'image de la santé en détention.



### C) La confrontation des cultures

C'est dans une atmosphère qui ne sera pas exempte de conflits que se feront l'ouverture des UHSI. En effet, depuis la mise en œuvre des UCSA, les relations demeurent tendues entre le personnel soignant et le personnel de surveillance (comme le montrent les positions du syndicat pénitentiaire majoritaire et de l'APSEP), malgré un apaisement relatif lié à une acculturation réciproque. Il faut en effet tenir compte de la difficulté du métier de surveillant, ambigu, difficile, et dont la culture a été remise en cause par la réforme de 1994. Le surveillant, en vertu de la loi de 1987, doit à la fois assurer l'entretien du détenu, lui porter secours en cas de maladie, veiller au maintien de l'ordre et faciliter sa réinsertion sociale. Ces finalités s'avèrent parfois en contradiction totale, et pour 60 % environ des surveillants, la mission de réinsertion – là où toutes les institutions ont échoué – relève davantage de l'utopie.

Le souci d'humanisation des prisons avec des exigences plus fortes en matière sécuritaire constitue une double pression pour les surveillants et les renvoie aux tâches de garde et de surveillance, ce qui tend à disqualifier leurs pratiques et remettre en cause leur culture professionnelle. Le personnel pénitentiaire vit mal une image dégradée de sa profession (le « maton »), à l'opposé du personnel hospitalier qui jouit généralement d'une grande estime au sein de la population. Par la mise en œuvre des UCSA puis des UHSI, l'hôpital ôte aux surveillants à la fois un instrument de contrôle et de punition, et des responsabilités considérées plus nobles que la stricte mission de garde. La situation est d'autant plus complexe pour l'unité de la Salpêtrière que l'UHSI de Paris est bipolaire et intègre un établissement public de santé, l'EPSNF, mi-hôpital mi-prison – 50 % de personnel hospitalier pour 50 % de personnel pénitentiaire, dirigé par un directeur pénitentiaire secondé par un directeur d'hôpital – dont l'appartenance en terme de culture professionnelle est incertaine.

Des conflits de « territoire » entre personnels hospitalier et pénitentiaire risquent ainsi de surgir lors de la mise en œuvre des UHSI, comme on a pu le constater à l'UHSI de Lyon. Contrairement aux UCSA où l'hôpital intègre les murs de la prison, les UHSI constituent des unités implantées dans l'hôpital. On peut craindre, par conséquent, à la fois une réaction de repli sur soi des surveillants, peu habitués à évoluer dans une structure hospitalière, en dehors de la prison, et une incompréhension du personnel hospitalier, qui supportera d'autant plus mal l'immixtion du personnel pénitentiaire dans son travail quotidien qu'il sera sur « son » territoire.

On peut supposer que les conflits entre personnels à l'UHSI de Paris se cristalliseront autour de trois thèmes majeurs :

a) *Le secret professionnel*

Chacun des deux personnels est soumis au respect des informations concernant le détenu. De même que le personnel hospitalier ne doit pas divulguer d'informations médicales au personnel de surveillance, le personnel pénitentiaire ne doit pas divulguer d'informations d'ordre pénal concernant le détenu. La relation est cependant complexe, dans la mesure où une information médicale peut avoir des conséquences pénales (suspension de peine) et où une information pénale peut contribuer à la sécurité du personnel hospitalier. Il semble préférable, en conséquence, de s'orienter vers une notion de « secret professionnel partagé », dont la mise en œuvre au plan pratique peut se révéler délicate.

b) *Le statut du personnel*

Il concerne, d'une part, la relation entre surveillants et hospitaliers, qui ne sera pas exempte de jalousies, et, d'autre part, la relation entre le personnel médical et soignant du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière et celui de l'EPSNF, mal considéré et vivant en vase clos. Pour l'EPSNF en effet, le rapprochement avec un hôpital prestigieux constitue un élément positif, contribuant à « normaliser » la perception qu'ont les UCSA de l'EPSNF, mais peut aussi entraîner une remise en cause douloureuse des pratiques professionnelles, dont les dysfonctionnements apparaissent nettement au travers du rapport de l'IGAS de 1995 et du projet médical de l'établissement.

c) *L'ouverture des portes*

Les enjeux de territoire se contreront notamment sur la question de l'ouverture des portes des chambres, fermées à clef et ne pouvant être ouvertes de l'intérieur. Si l'organisation de l'UHSI doit permettre un accès permanent et immédiat à la demande du personnel hospitalier et respecter la confidentialité et l'intimité de la personne durant les soins (le personnel pénitentiaire assurant la surveillance à partir de l'extérieur de la chambre), seul le personnel de surveillance procède à l'ouverture des portes pour permettre les soins, l'entretien des chambres et la distribution des repas. La prise en compte des impératifs de sécurité par le personnel pénitentiaire, qui suppose une certaine marge d'appréciation, permet par ailleurs de déroger aux principes d'accès sans délai au chevet du patient et d'intimité et de confidentialité des soins. Ce « pouvoir des clefs » de l'administration pénitentiaire risque ainsi d'occasionner des conflits entre soin et sécurité, qu'il appartiendra aux différents responsables de résoudre. Plus encore qu'au sein des UCSA, il apparaît indispensable de pouvoir établir des relations de bonne entente mutuelle entre les différentes catégories de personnel intervenant dans les UHSI.

### 2.3.3 Dimension stratégique

A) Pour l'hôpital : intégrer le projet UHSI au Plan stratégique de l'établissement

a) *Intégrer l'UHSI aux restructurations en cours*

Le projet UHSI est venu se rajouter au plan stratégique 2001-2004 en cours, qui préconise des regroupements de service et d'activité et ne l'avait pas intégré compte tenu du calendrier récent des décisions. L'UHSI fait désormais partie d'un ensemble complexe d'opérations, pilotées par la direction des investissements, qui implique la réalisation de deux opérations préalables inscrites au plan stratégique :

- Le transfert des locaux d'Emmaüs vers le bâtiment des consultations, dans le cadre d'un projet global de prise en charge de la précarité.
- Le transfert du secteur protégé de psychiatrie vers le rez-de-chaussée du bâtiment La Force, dans le cadre du regroupement de la psychiatrie adulte sur un seul site.

Ces deux opérations, prévues initialement pour juin 2003, connaissent cependant des complications. Le transfert des locaux d'Emmaüs, retardé par l'opposition des services hospitaliers et du personnel logé dans le bâtiment des consultations, a été annulé, une solution de rechange étant aujourd'hui à l'étude. Quant au déménagement de la psychiatrie de Quentin à La Force, les travaux d'aménagement ont également pris du retard et ne seront terminés que fin 2004, en partie compte tenu des contraintes imposées par l'architecte des bâtiments de France (La Force étant classée monument historique). Ce calendrier n'étant pas compatible avec les délais UHSI, il a été convenu d'accélérer le transfert du secteur protégé de psychiatrie au bâtiment La Force en l'installant en « rocade » au 2<sup>e</sup> étage, dans les anciens locaux de radiothérapie. Par ailleurs, les vestiaires et réserves situés au sous-sol du bâtiment Quentin, utilisés par trois services, ont été relocalisés provisoirement au sous-sol du bâtiment Benjamin Delessert, dans des anciens locaux de lingerie.

b) *Utiliser l'UHSI comme levier de réorganisation*

L'affectation du rez-de-chaussée de l'UHSI est également l'objet d'enjeux entre services. Une fois acté le principe de la construction d'un nouveau bâtiment, deux solutions, qui répondaient chacune aux souhaits des chefs de service concernés, étaient effectivement envisageables : soit y installer les consultations des deux services de diabétologie-endocrinologie, soit celles de médecine interne. Il fut finalement décidé d'attribuer le rez-de-chaussée au service de médecine interne par souci de cohérence, l'UHSI étant rattachée à ce service.

Il ne s'agit cependant que d'une occupation temporaire, et le plan stratégique 2005-2009 de l'hôpital, qui est en cours d'élaboration, devra résoudre la question de l'affectation future de ces locaux. Il est pour l'instant envisagé que les consultations de médecine interne réintègrent dans un 2<sup>ème</sup> temps le rez-de-chaussée de La Rochefoucault-Liancourt, non plus en partie centrale comme aujourd'hui (la surface étant insuffisante), mais dans une aile à aménager correspondant actuellement à deux secteurs d'hospitalisation de médecine interne. Cela suppose que les deux secteurs d'hospitalisation de médecine interne soient transférés au 2<sup>ème</sup> étage, dans les locaux libérés à la suite du transfert de l'hospitalisation de diabétologie au 1<sup>er</sup> étage de Benjamin Delessert, dans le cadre du regroupement de l'hospitalisation des deux services de diabétologie-endocrinologie. Cette opération délicate, évaluée à environ 10 millions €, concerne six services (génétique-cyto-embryologie, rhumatologie, électro-physiologie clinique, diabétologie-endocrinologie-métabolisme, unité de recherche de l'INSERM). Elle devrait prendre 5 ans, à compter de la disponibilité des crédits dans le prochain plan stratégique. Les consultations de médecine interne occuperaient ainsi le rez-de-chaussée du bâtiment UHSI entre 2005 et 2009. Compte tenu de la complexité des opérations et du nombre de services impliqués, il apparaît cependant essentiel de pouvoir limiter au mieux les risques générés par de multiples opérations – tiroirs.

B) Pour les ministères : améliorer le fonctionnement des gardes et des escortes

L'arrêté du 24 août 2000 prend en compte une répartition des charges entre l'administration pénitentiaire et les forces de l'ordre en matière de garde et d'escorte des personnes détenues. Le protocole établi entre l'établissement de santé, l'établissement pénitentiaire et les forces de l'ordre doit ainsi permettre de faciliter les procédures d'admission et de sortie, ainsi que la fluidité du fonctionnement de l'UHSI. Cette rationalisation du fonctionnement des gardes et des escortes présente l'avantage de pouvoir en partie palier au manque de personnel, en recentrant les différentes administrations sur leurs missions de base.

Les compromis récents établis entre le ministère de la Justice et celui de l'Intérieur restent cependant fragiles et soumis à de multiples contingences. Le conseil de sécurité intérieure (CSI) du 6 décembre 1999 a validé le principe d'une prise en charge intégrale des gardes par l'administration pénitentiaire au sein des UHSI, les forces de police et de gendarmerie conservant leur tâche d'escorte entre la prison et l'hôpital, l'escorte à l'intérieur de l'hôpital, le contrôle de l'accès à l'UHSI et la responsabilité de la sécurité périmétrique. La charge pour les forces de l'ordre reste donc importante, alors qu'une simplification du dispositif supposerait de la transférer à l'administration pénitentiaire.

Si ces arbitrages laissent entrevoir une clarification dans la répartition des tâches, ils restent par ailleurs d'une application fragile et n'abordent pas l'ensemble des situations qui soulèvent des difficultés, telle que l'organisation des escortes en urgence, la prise en charge des hospitalisations de très courte durée dans l'hôpital de proximité ou la question des hospitalisations psychiatriques. Cette solution n'apporte pas non plus de réponse au manque de personnel pour assurer les escortes de détenus vers l'hôpital ou à l'intérieur de l'hôpital – ce qui risque de se répercuter sur le fonctionnement des UHSl, en faisant perdurer le grave problème des **hospitalisations programmées annulées**, qui handicapent la prise en charge du détenu et désorganisent les équipes hospitalières.

C) Pour l'Etat : se conformer à des principes et des recommandations européens

Les principes contenus dans la loi du 18 janvier 1994 se conforment aux exigences formulées par le Comité de prévention de la torture du Conseil de l'Europe (CPT), la Convention européenne des Droits de l'Homme et la Charte sociale Européenne. Des progrès restent cependant à faire, la réforme de 1994 n'étant pas aboutie, et les lacunes du dispositif français de prise en charge sanitaire des détenus ont été soulignées à plusieurs reprises. Dans l'arrêt « **Mouisel c. France** » (absence de prise en charge spécialisée pour un détenu atteint d'une leucémie) du 14 novembre 2002, la cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) de Strasbourg invite ainsi le gouvernement à accélérer les réformes en cours. Elle a condamné la France, en se fondant sur le droit français et le droit international pertinent en vigueur, notamment :

- **L'article 3 de la Convention**, qui stipule que « nul ne peut être soumis [...] à des peines ou des traitements inhumains ou dégradants »
- **La jurisprudence de la cour**, qui réaffirme les principes énoncés dans les arrêts «Selmouni c. France» (1994), «Kudla c. Pologne» (1996) et «Peers c. Grèce» (2001).
- **Le rapport relatif à la visite en France du CPT du 14 au 26 mai 2000**, qui souligne les dysfonctionnements en matière de transfert en milieu hospitalier, qui s'effectuent dans des conditions non conformes à l'éthique médicale. Le menottage systématique et serré des patients ainsi que l'usage fréquent des entraves sont en effet relevés.
- **La recommandation N° R(98) 7 du Conseil de l'Europe**, relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en prison, adoptée par le Comité des ministres le 8 avril 1998, qui développe de manière très détaillée les principes des soins aux détenus. Elle affirme ainsi le principe d'accès universel aux soins, le respect du secret médical, l'indépendance des professionnels de santé, et insiste sur le rattachement des soins aux détenus à la politique de santé nationale.

### 3 L'HOSPITALISATION DES MALADES DETENUS : PERSPECTIVES D'EVOLUTION

La mise en œuvre des UHSI marque une étape décisive dans la politique d'amélioration des soins aux détenus. Leur ouverture n'interviendra cependant pas avant 2004 voire 2005 pour la plupart d'entre elles, et, à court terme, de nombreux points en suspens restent à éclaircir pour permettre leur bon fonctionnement. A moyen terme, des propositions peuvent être faites, visant à améliorer et pérenniser le nouveau dispositif de prise en charge des détenus hospitalisés. A long terme, la question demeure cependant de savoir si les UHSI seront une réponse adéquate au problème de la santé en détention, et il importe de dresser dès aujourd'hui un bilan provisoire et prospectif de la réforme.

#### 3.1 Les difficultés à régler

##### 3.1.1 La finalisation du projet

###### A) Travaux

###### a) *Contraintes administratives*

La finalisation des travaux de l'UHSI du GHPS, outre les étapes traditionnelles d'une opération d'investissement (PTD, APS, APD, DCE PRO, etc.), suppose le respect de différentes contraintes administratives, qui constituent potentiellement un aléa pouvant occasionner des surcoûts du projet ou des retards dans sa mise en œuvre. Il s'agit de :

- Obtention du **permis de construire** auprès des architectes des bâtiments de France, qui instruisent le dossier pour la Mairie de Paris. L'hôpital étant classé et la vue sur la Chapelle protégée, des ajustements techniques locaux peuvent être imposés.
- Passage en **CCM** (commission centrale des marchés, la CAO de l'AP-HP) pour le marché et tout avenant au projet.
- Approbation par le **contrôleur financier**, dont la validation est nécessaire pour procéder à la notification du marché.
- Contrôle du **Trésorier payeur général** (TPG), dès le commencement des travaux.

## *b) Définition du projet*

Le projet d'UHSI, qui n'est pour l'instant qu'au stade des esquisses, peut connaître d'importantes modifications jusqu'à sa réalisation effective. Ainsi, à Nancy, de nombreux avenants ont été nécessaires pour intégrer les requêtes des experts, des visites du CHSCT, ou les volontés de l'administration pénitentiaire locale, entraînant un surcoût important du projet. On peut noter par exemple, en matière de sécurité périmétrique, la nécessité de construire un mur d'enceinte sécurisé autour de l'UHSI de Nancy, ou celle de déplacer l'héliport du CHRU de Lille, situé à proximité de l'UHSI. La DHOS s'est cependant engagée, pour Nancy, à prendre à sa charge l'ensemble des surcoûts.

La question des accès et des éléments de sécurité n'est donc pour l'instant pas entièrement réglé pour l'UHSI de la Pitié-Salpêtrière, et des choix devront être faits en concertation avec le maître d'œuvre, le personnel de l'hôpital, l'administration pénitentiaire et les forces de l'ordre. Les interrogations concernent notamment les portes des chambres (blindée ou non, à double-clenche ou non, avec oculus intégré ou non...), l'architecture de sécurité (plafonds, fenêtres, systèmes de vidéosurveillance, distribution des locaux entièrement visible du poste de contrôle en panoptique...), les circulations d'air (VMC ou climatisation), la sécurité incendie (sas ou escalier de secours, revêtements de sol...) ou encore la nature du mobilier médical et hôtelier. Par ailleurs, l'absence d'arbitrage clair et définitif entre les ministères de l'Intérieur et de la Justice constitue une difficulté supplémentaire pour le projet de l'hôpital, qui intègre dans ses plans des locaux (contrôle d'accès, vestiaires...) dont la nature et la fonctionnalité peuvent encore évoluer. Enfin, compte du sous-dimensionnement probable de l'UHSI, on peut émettre l'idée d'une architecture évolutive du bâtiment, afin de permettre un agrandissement futur (fondations plus grandes pour un étage supplémentaire, récupération du rdc ou construction annexe).

## **B) Fonctionnement**

### *a) Recrutement*

Avant l'ouverture de l'UHSI du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, il sera nécessaire de procéder au recrutement du personnel hospitalier, qui concerne une centaine environ de personnel soignant. Les modalités de recrutement et certains points, comme la situation du personnel la nuit ou l'accès à l'UHSI pour le personnel exceptionnel, restent à définir. Ces personnels devront cohabiter avec du personnel de surveillance et du personnel de police. Cependant, les modalités de fonctionnement des personnels de l'administration pénitentiaire et de la police ne sont pas connues, et la charge policière pourrait être transférée à l'administration pénitentiaire.

#### b) *Organisation des soins*

Pour s'assurer du bon fonctionnement de l'UHSI, plusieurs types de documents, qui nécessitent préalablement un arbitrage entre l'Intérieur et la Justice ainsi qu'une vision plus sûre de l'avenir de l'EPSNF, devront être développés (*cf. infra*) :

- des conventions entre, d'une part, les établissements pénitentiaires, les UCSA et les forces de police et de gendarmerie de la région parisienne, et l'UHSI d'autre part
- une convention régissant les modalités de fonctionnement et la répartition des compétences entre l'EPSNF et la Pitié-Salpêtrière ;
- des protocoles d'organisation entre l'UHSI et les principaux services hospitaliers cliniques et médico-techniques amenés à travailler en collaboration avec l'UHSI.

#### c) *Logistique*

Le circuit du linge, de la nourriture et des consommables de pharmacie s'avère compliqué dans l'UHSI, compte tenu des contraintes de contrôle et de sécurité. Contrairement à l'UHSI de Nancy, il n'existe pour l'instant pas de sas spécifique prévu pour les marchandises, afin d'éviter au maximum le croisement des flux. La gestion de la logistique sera d'autant plus complexe à la Pitié-Salpêtrière que les surfaces du nouveau bâtiment sont contraignantes, comparées à celles des autres UHSI. Il est en effet nécessaire d'intégrer certains locaux (vestiaires, office alimentaire, réserve stérile, pharmacie, ménage, linge propre, stockage des congélateurs) et de prévoir certaines marges de manœuvre foncières (pour intégrer, par exemple, des fontaines à eau).

#### d) *Transport*

La question se pose également de savoir comment seront gérés les transports des détenus à l'intérieur de l'hôpital. Trois hypothèses principales sont envisageables :

- faire appel à un service ambulancier privé
- utiliser le service de transport interne ambulancier de l'hôpital (STIA)
- développer un système *ad hoc* de transport des détenus (à définir)

La solution a priori la plus évidente serait d'intégrer l'UHSI au fonctionnement du STIA. Ce dernier connaît néanmoins quelques dysfonctionnements et est critiqué par les services cliniques et médico-techniques pour être à l'origine de nombreux retards dans le transport des patients hospitalisés. Or il est impossible, compte tenu de la complexité des flux de l'UHSI et de la tension permanente à laquelle les accès seront soumis, d'autoriser des retards dans les transferts entre l'UHSI et le plateau technique. Pour l'essentiel, le bon fonctionnement pratique et quotidien de l'UHSI reposera en effet sur une planification rigoureuse des extractions et le respect du principe d'hospitalisation programmée.



## C) Points juridiques

### a) *Escortes*

Si la mise en œuvre des UHSI constitue une réponse au problème des gardes, le fonctionnement des escortes risque de demeurer problématique si aucun nouveau dispositif spécifique est prévu à cet effet. Ainsi, certains dysfonctionnements – comme, en premier lieu, les annulations d'extraction et d'hospitalisation programmée – sont encore à prévoir dans le fonctionnement de l'UHSI de Paris. Bien que la Compagnie de surveillance et de protection (CSP), rattachée à la préfecture de police de Paris et chargée des escortes pour les établissements pénitentiaires de Paris, soit située à proximité du GHPS, elle est responsable d'autres missions souvent prioritaires, comme la sécurité des chefs d'état étrangers en visite à Paris ou la lutte contre le terrorisme.

Plusieurs solutions sont envisageables à cet effet, visant à créer un corps spécifique dédié, au sein soit des forces de l'ordre, soit de l'administration pénitentiaire. On peut penser à l'Italie, où existe une « police pénitentiaire », chargée de la garde des prisons et des extractions vers les tribunaux ou les hôpitaux.

Pour l'instant, les négociations entre les ministères de l'Intérieur et de la Justice en France s'orientent vers un transfert de la totalité de la charge des forces de l'ordre à l'administration pénitentiaire, ce qui permettrait d'harmoniser et de simplifier la prise en charge des détenus. Cela pose cependant plusieurs problèmes. D'une part, on constate un sous-effectif chronique du personnel de surveillance. D'autre part, les surveillants ne sont pas armés, à l'exception de ceux postés dans les miradors, et ne peuvent en conséquence assurer la sécurité des détenus considérés dangereux, nombreux sur Paris.

Dans ce cadre, On peut émettre l'idée selon laquelle la charge d'escorte des détenus dangereux pourrait être dévolue au tout nouveau corps armé d'intervention de l'administration pénitentiaire institué en février 2003 : les **ERIS** (équipes régionales d'intervention et de sécurité), formés entre autres aux méthodes du GIGN et dont les missions sont encore floues. De fait, si cette solution n'est pas possible, il sera nécessaire de créer un nouveau corps armé de surveillance dédié à ce type d'escorte.

### b) *Accueil des femmes*

L'EPSNF assure l'accueil exclusif de personnes détenues de sexe masculin. Bien qu'il n'y ait aucun établissement pénitentiaire de la direction pénitentiaire de Paris recevant des femmes, il apparaît néanmoins nécessaire de prévoir l'accueil de patientes détenues, dans un souci constitutionnel d'égal accès aux soins et compte tenu de la mission nationale partagée ou exclusive de l'EPSNF en matière de rééducation fonctionnelle et de moyen séjour.

### c) *Droits des détenus*

Le respect des droits des détenus s'avérera plus délicat pendant la période d'hospitalisation à l'UHSI : visites plus contraintes, absence de revenus liés au travail, loisirs moins nombreux, impossibilité d'acquérir des paquets de cigarette, etc. Les détenus, de fait, seront plus enfermés dans leur chambre d'hôpital qu'il ne l'étaient dans la cellule de leur prison.

Bien que ces aspects soient largement nuancés par une faible durée de séjour, qui facilite l'acceptation de quelques contraintes, certains éléments, notamment l'absence de promenade, risquent d'être mal vécues par les personnes détenues. Les associations d'aide aux détenus, comme l'OIP, insistent ainsi sur ces manques. On peut cependant espérer que des modalités de promenade seront ouvertes d'ici quelques années.

### d) *Décès d'un patient*

En cas de décès d'une personne détenue, des procédures doivent être respectées et la famille doit être informée. Dès la constatation du décès par un médecin, celui-ci informe le responsable pénitentiaire. Le principe est une autopsie systématique du corps, suivi d'une enquête des services de police judiciaire.

Cette procédure se révèle cependant lourde pour le personnel hospitalier (déjà confronté à ce problème au sein des UCSA) et inutile pour une personne en fin de vie, décédée de mort naturelle. Dans l'attente d'une décision ministérielle, concentrant l'action du parquet sur les suicides et les morts suspectes ou douteuses, le directeur de l'hôpital est donc amené, au niveau local, à engager des discussions avec les responsables des autorités pénales et judiciaires. Au CHU de Nancy, des négociations entre le représentant du parquet et le CHU ont ainsi abouti à un accord, qui prévoit que le représentant du parquet décidera, au cas par cas, de la nécessité de procéder à une autopsie.

## 3.1.2 Le statut de l'EPSNF

Outre la finalisation du projet pour l'hôpital, il apparaît nécessaire de s'intéresser au devenir de l'Etablissement public de santé national de Fresnes. L'unité du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière constitue en effet, en complémentarité avec l'EPSNF, le pôle UHSI parisien. Or ce partenariat direct et exclusif fait peser sur le GHPS et l'AP-HP, variables d'ajustement, les incertitudes liées aux restructurations et aux évolutions en cours à l'EPSNF. La réussite de l'UHSI parisienne repose ainsi sur la capacité de la Pitié-Salpêtrière et de l'EPSNF à élaborer un véritable **projet commun**, qui suppose au préalable une bonne entente et une bonne coordination entre ces deux entités juridiques.

## A) Un monstre juridique

Les missions de soins impartis à l'EPSNF sont, du fait de son statut, les mêmes que celles des établissements publics de santé figurant dans la loi hospitalière n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Accueillant des patients qui ont un statut carcéral, l'EPSNF est à la croisée des missions sanitaires et sécuritaires et présente, dans ses modalités de prise en charge, une situation dérogatoire de fait.

Structure hybride unique *sui generis* héritée de l'histoire (l'établissement a été construit en 1888), l'EPSNF peut être qualifié de «monstre juridique ». Etablissement public de santé, il est dirigé par un directeur de prison en position de chef d'établissement pénitentiaire (et non en position de détachement). Bien qu'on y retrouve l'ensemble des instances hospitalières de droit commun (CA, CME, CTE, CHSCT...), le conseil d'administration dispose d'une autonomie restreinte, et le CTE est présidé de droit par le président du CA (un haut magistrat procureur à la Cour de cassation). Etablissement national, il est en outre sous la tutelle directe de la DHOS, de la DAP et du secrétariat d'état au budget, et échappe ainsi aux dispositifs régionaux de planification sanitaire (ARH, DRASS).

Ces spécificités constituent une contrainte dans la gestion courante de l'EPSNF. La coexistence entre personnel hospitalier (environ 55 % du personnel) et personnel pénitentiaire (environ 45 % du personnel) impose une double circulation des personnes, une complémentarité de fait et un partage du secret professionnel en contradiction avec les textes. Reflet du caractère hybride de la structure, on trouve à l'EPSNF une catégorie de personnel hors norme, appelée à disparaître, formée de surveillants pénitentiaires faisant office de secrétaire médical. Par leur connaissance des deux aspects sécuritaire et sanitaire, ces derniers sont le lien entre personnels pénitentiaire et hospitalier.

Le personnel de l'EPSNF repose en effet sur deux statuts et deux modalités de fonctionnement distincts : le personnel hospitalier est recruté par l'EPSNF sur des crédits alloués par la DHOS ; les surveillants sont affectés et rémunérés par l'établissement pénitentiaire le plus proche (la maison d'arrêt de Fresnes) sur des postes alloués en surnombre par la DAP. Il s'agit sans doute, d'ailleurs, de la solution qui sera retenue pour l'affectation du personnel pénitentiaire dans les UHSI.

Quant à la tutelle ministérielle de l'EPSNF, elle est critiquée par son directeur, qui souligne la plus grande complexité à gérer un établissement national et l'attribution tardive du budget (qui handicape d'autant la mise en œuvre du projet d'établissement). Compte tenu de sa taille – celle d'un très petit établissement MCO de 121 lits – l'EPSNF ne semble pas apparaître comme une priorité au sein des arbitrages ministériels. Tout arrêté du budget et toute décision modificative du budget nécessite la signature des trois autorités de tutelle et les temps de navette correspondants.

## B) Une organisation médicale à clarifier

Le fonctionnement du personnel médical et l'absence, pendant longtemps, de projet médical structuré, ont lourdement handicapé l'organisation médicale de l'EPSNF.

On rencontre à l'EPSNF un nombre important de praticiens hospitaliers exerçant à temps partiel, des PAC, des assistants, ainsi qu'un nombre impressionnant de médecins vacataires. En 2000, seuls 6 PH (dont un contractuel) exerçaient à l'EPSNF à temps plein. Il en résulte un écart important entre le nombre de médecins présents et le nombre de postes à temps plein, soit un effectif de 50 médecins pour seulement 33 ETP. Cette situation ne paraît pas favoriser l'encadrement, la motivation du personnel et la permanence des soins. De fait, la plupart des médecins qui travaillent à temps partiel à l'EPSNF semblent peu mobilisés par les enjeux de la prise en charge sanitaire des détenus, considérant avant tout leur activité comme un appoint à leur rémunération.

Par ailleurs, l'EPSNF a longtemps fonctionné sans véritable réflexion stratégique. Le projet médical et le projet de l'établissement, validés en 2002, constituent ainsi les premiers éléments d'orientation internes d'un établissement plus que centenaire. L'EPSNF comportera, conformément à son projet médical, 121 lits, répartis comme suit :

- une FGC de médecine de 45 lits
- une FGC de chirurgie de 35 lits
- un Service de 15 lits de soins de suite et de 20 lits de rééducation fonctionnelle
- une UF de soins continus de 6 lits
- une UF d'hémodialyse de 4 postes
- une unité psychiatrique de liaison pour les pathologies psychiatriques associées

Cette organisation, qui repose autant sur les besoins des détenus que sur les pesanteurs de l'histoire et l'état des ressources internes potentiellement mobilisables, demeure cependant incertaine. En effet, l'évolution du statut de l'EPSNF ainsi que la réorganisation du corps médical et soignant auront un impact évident sur l'EPSNF.

Ce dispositif s'intégrant désormais dans le cadre plus vaste de l'UHSI parisienne, il importe en outre de développer des moyens de régulation médicale, afin d'orienter les détenus entre l'EPSNF et l'unité sécurisée du GHPS et d'assurer la gestion des flux. Les principes d'une cellule de régulation, animée par le personnel médical de l'EPSNF et, et d'un comité d'évaluation tripartite UCSA / EPSNF / GHPS ont ainsi été actés dans le projet médical de l'EPSNF, conformément aux préconisations du rapport relatif à la complémentarité entre l'EPSNF et l'AP-HP, établi par l'AP-HP à la demande conjointe de la DHOS et de la DAP. Chargée d'orienter les hospitalisations programmées, la cellule de régulation ne gère ni les consultations spécialisées ni les problèmes d'escorte.

## C) L'avenir de l'EPSNF

Engagé depuis 1986 dans une série de restructurations, l'EPSNF est un établissement dont le fonctionnement est régulièrement remis en cause. Certes, des progrès notables ont été accomplis : l'EPSNF, aujourd'hui doté d'un projet médical et d'un projet d'établissement, dispose d'une organisation plus claire et d'objectifs structurants ; des investissements ont été réalisés, visant à humaniser les chambres d'hospitalisation et à faire disparaître les chambres à plusieurs lits ; une démarche d'amélioration de la qualité est même en cours d'élaboration afin de recevoir la visite des experts visiteurs de l'ANAES en 2004. Néanmoins, malgré ces efforts, l'EPSNF demeure un établissement vétuste de mauvaise réputation, où ne peuvent être respectées nombre des normes normalement applicables aux établissements publics de santé, et dont l'analyse révèle des dysfonctionnements, tant en termes de présence du personnel que de taux d'occupation des lits et du bloc opératoire. Dans ce cadre, les enjeux concernant le devenir de l'EPSNF se concentrent sur trois questions : l'existence, la structure, le statut.

### a) *L'existence de l'EPSNF*

Le rapport de l'IGAS de 1995 envisageait dans sa conclusion la possibilité d'une fermeture pure et simple de l'EHPNF. Cette solution, encore périodiquement évoquée et crainte par le personnel de l'EPSNF, ne semble plus cependant à l'ordre du jour. Dans le nouveau dispositif des UHSI, l'EPSNF représente en effet à lui seul plus du tiers des lits disponibles, et une fermeture rendrait nécessaire la construction d'une ou de plusieurs UHSI supplémentaires en Ile-de-France. Outre les coûts financiers qu'une telle mesure impliquerait, la gestion des flux entre les UCSA et les UHSI, ainsi que la régulation des hospitalisations entre UHSI, deviendraient particulièrement complexes.

### b) *La structure de l'EPSNF*

Les locaux de l'EPSNF resteront toujours, dans leur conception, un établissement pénitentiaire. Plusieurs hypothèses sont donc à l'étude, visant à démolir l'hôpital actuel et à reconstruire un nouveau bâtiment répondant aux exigences modernes de prise en charge sanitaire. Plusieurs faits obèrent pour l'instant la possibilité d'une telle réalisation :

- l'absence de financement ministériel (une volonté politique forte serait nécessaire)
- l'absence de foncier (le parc de l'EPSNF, initialement envisagé pour un nouvel hôpital, est situé au-dessus d'une nappe phréatique et d'une ancienne fosse commune)
- l'hostilité du personnel à être transféré sur un nouveau site, en cas de construction d'un nouvel établissement

### c) *Le statut de l'EPSNF*

Le principe d'une UHSI bicéphale, entité unique réunissant deux établissements juridiquement distincts et autonomes a de quoi surprendre. Compte tenu des liens fonctionnels étroits qui existent entre l'EPSNF et certains hôpitaux (notamment avec les UCSA de Cochin et de Bicêtre et la future UHSI du GHPS), plusieurs options juridiques, déjà explorées pour certaines dans le rapport de l'IGAS de 1995, sont envisageables :

- maintien du statut actuel d'établissement public de santé national et signature de conventions avec l'AP-HP
- élaboration d'un nouveau statut d'établissement public de santé, intégré au sein de l'ARHIF et des dispositifs régionaux de planification sanitaire
- suppression de la personnalité morale de l'établissement avec intégration de l'EPSNF au sein de l'AP-HP

La première option, plus souple et réversible, a l'avantage de ne rien changer au statut des personnels et à la responsabilité des missions pénitentiaires et de maintenir l'identité de la structure. La deuxième option, quant à elle, a l'avantage d'affranchir l'EPSNF, établissement de petite taille, de la lourdeur de la tutelle directe des administrations centrales. La dernière option, qui offre la modalité de gestion la plus simple et la plus cohérente, semble cependant la meilleure voie à suivre et la seule façon de provoquer un réel processus de transformation dans la logique de réforme de 1994. Dans cette hypothèse, une modification législative de l'article L. 711-10 du CSP et la réécriture de décrets seraient nécessaires. Plutôt qu'un rattachement à la direction générale de l'AP-HP, il semblerait raisonnable d'intégrer l'EPSNF soit au **CHU de Bicêtre** (déjà partenaire de l'EPSNF pour l'anatomo-pathologie, la transfusion sanguine et la réalisation de certains actes d'imagerie), dans un souci de proximité géographique, soit au **groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière**, dans un souci de cohérence de fonctionnement.

### 3.1.3 L'aval de l'UHSI

#### A) Aval hospitalier

Pour la Pitié-Salpêtrière, la sortie du patient détenu vers un autre service hospitalier, décidée par le médecin responsable de l'UHSI, peut s'effectuer vers :

- un autre service de l'hôpital, pour une prise en charge spécifique (réanimation) ou dans le cadre d'une suspension de peine ou d'une permission de sortie
- un service de soins de suite et réadaptation ou de rééducation fonctionnelle à l'EPSNF

Dans ce cadre, le médecin responsable de l'UHSI devra organiser préalablement le transfert en prenant en compte les possibilités d'accueil du service concerné. A cet effet, il prendra contact avec le responsable de ce service, en vue notamment de fixer à titre prévisionnel la date du transfert. Le cadre infirmier informe par ailleurs le responsable pénitentiaire de l'UHSI, en lui confiant sous enveloppe cachetée les documents médicaux, et le service des admissions du CHU, pour que les surveillants effectuent les démarches administratives nécessaires. Il est nécessaire que ce transfert soit prévu, si possible, au moins 48 heures à l'avance, afin de permettre au service pénitentiaire d'organiser, en liaison avec le service chargé de l'escorte, le transport de la personne détenue en fourgon (transport assis non sanitaire), véhicule sanitaire léger (transport assis sanitaire) ou ambulance (transport couché sanitaire), en fonction des prescriptions médicales.

Le manque de place dans un service de l'hôpital ou dans le service de soins de suite de l'EPSNF, l'absence de personnel ou de véhicule de police pour assurer l'escorte durant le transfert, ainsi que la lenteur de la procédure de suspension de peine, constituent cependant des risques importants, pouvant emboliser le fonctionnement à flux tendus de l'UHSI et contribuer à l'allongement de la DMS.

## B) Aval pénitentiaire

La sortie avec retour vers un établissement pénitentiaire, appelée sortie directe, s'effectue dans des conditions similaires à la sortie vers un autre service hospitalier. Elle est organisée, pour les prévenus, après autorisation de l'autorité judiciaire en charge du dossier d'information et du directeur régional des services pénitentiaires, et pour les condamnés, après décision du directeur régional des services pénitentiaires.

En théorie, le détenu retourne dans son établissement pénitentiaire d'origine, sans écrou temporaire sur un autre établissement pénitentiaire. En pratique néanmoins, il faut s'attendre à ce que des détenus soient transférés vers l'établissement pénitentiaire de proximité, parfois pendant plusieurs mois avant de pouvoir être reconduits vers leur établissement de rattachement. Pour l'hôpital en effet, peu habitué aux relations avec les services pénitentiaires, la multiplicité des interlocuteurs pose problème. Le CHU de Nancy (dans la zone de la direction régionale pénitentiaire de Strasbourg) souhaiterait ainsi passer par le directeur du centre pénitentiaire et le JAP locaux. Cette solution aura d'autant plus la préférence des services pénitentiaires et judiciaires que le regroupement des transferts de détenus permet de rationaliser les charges d'escorte. Cette solution devra être mise en balance avec les contraintes qu'un tel dispositif impose aux détenus : suspension de leurs activités (travail, formation), éloignement des proches, conditions de détention différentes de celles normalement justifiées par leur conditions.

### C) La continuité des soins

La question de la continuité des soins concerne à la fois la prise en charge des détenus à leur retour vers un établissement pénitentiaire et leur suivi à l'issue de leur sortie de prison, qui intervient rapidement pour les nombreux détenus qui n'effectuent qu'une période d'incarcération de quelques mois. Les personnes détenues ne relevant pas du service social de l'établissement public de santé, elles sont prises en charge par le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), institué par le décret du 13 avril 1999 et présent dans chaque département.

La continuité des soins durant la période d'incarcération, cruciale du fait de la prégnance des **maladies chroniques** en prison, repose sur une bonne communication et une bonne coordination entre les différentes structures impliquées dans la prise en charge sanitaire des patients détenus (UHSI, UCSA, SMPR et UMD) et l'aide des services pénitentiaires. La collaboration entre l'UHSI et les UCSA notamment, au cœur du dispositif, suppose une transmission d'informations médicales de qualité.

A la libération du détenu, il importe de lui offrir la capacité à se faire suivre et à observer son traitement, de permettre l'accès effectif à l'assurance maladie et de préparer les relais médicaux et sociaux de la prise en charge. La préparation de la sortie nécessite la coopération des services médicaux et du SPIP. En effet, compte tenu de la rupture que représente l'incarcération, de la précarité et de l'isolement, auxquels s'ajoute le stigmate de la prison, le travail éducatif et social est essentiel. Il doit s'accompagner d'une évaluation des besoins en santé du patient, de l'identification avec lui des services qui pourront assurer le suivi et d'une transmission des informations médicales lorsque le patient l'accepte. Ce travail, qui s'inscrit pleinement dans le rôle infirmier, représente une charge importante pour l'UCSA, compte tenu du turn-over très élevé des personnes détenues en maison d'arrêt. Cette dimension sera à prendre en compte dans l'évaluation des besoins en personnel infirmier dans les UHSI.

L'affiliation au régime général, conformément aux termes de l'article L 381-30 du CSS prend effet à compter de l'incarcération dans l'établissement pénitentiaire. Les détenus dépendent de la CPAM à laquelle est rattachée l'établissement pénitentiaire. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000, les personnes ne remplissant plus les conditions pour être affiliées à un régime obligatoire sont maintenues dans le régime dont elles relevaient pendant 4 ans. L'affiliation sur critère de résidence au titre de la CMU, instituée par la loi du 18 janvier 1999, n'interviendra qu'à l'issue de cette période. La CMU règle donc les problèmes de rupture des droits pour les détenus libérés, dès lors qu'ils ont bien leur carte de sécurité sociale. L'application de ce principe rencontre cependant des difficultés : les détenus libérés sortent souvent sans carte de sécurité sociale et les CPAM ne travaillent pas suffisamment en temps réel avec la situation en prison et le parcours administratif.



## 3.2 Propositions

La complexité de fonctionnement des UHSI et les aléas importants qu'elle implique rendent nécessaires une réflexion visant à élaborer des règles de gestion efficaces. Celle-ci doit être le fruit d'une collaboration étroite entre le médecin responsable de l'unité et la cadre infirmière, dont la qualité est indispensable. A la Pitié-Salpêtrière, l'intérêt porté au sujet par le chef du service de médecine interne, ainsi que la présence sur le site de la future cadre infirmière de l'UHSI (qui bénéficie déjà d'expériences multiples en hôpitaux et à l'EPSNF) permettent d'élaborer dès maintenant certaines réponses, bien avant l'ouverture de l'UHSI. Il s'agit là d'une occasion à ne pas manquer. Le PU-PH et la cadre qui animeront l'unité pourront ainsi préparer un terrain favorable pour l'UHSI, en collaboration avec les responsables administratifs de l'hôpital, et commencer d'établir des contacts ou des partenariats avec les acteurs liés au projet, qu'il s'agisse des services hospitaliers de la Pitié-Salpêtrière, de l'ensemble des UCSA des hôpitaux, de l'EPSNF ou de l'administration pénitentiaire.

### 3.2.1 Définir des règles de fonctionnement

- A) Mettre en œuvre une politique de gestion des ressources humaines

Dans le cadre des ressources humaines, plusieurs points sont à développer :

- a) *Le recrutement*

En matière de recrutement, il sera nécessaire de procéder au recrutement d'environ 20 EPT de praticiens hospitaliers (dont un psychiatre), 50 ETP de paramédicaux et 40 ETP d'aides-soignants et d'agents hospitaliers (contre environ 50 ETP de personnel pénitentiaire et judiciaire). Une cadre, un praticien hospitalier et une secrétaire médicale ont d'ores et déjà été recrutés. Compte tenu des difficultés que représentent le travail auprès des détenus et la collaboration avec les services pénitentiaires, il apparaît nécessaire d'effectuer l'ensemble des recrutements sur la base du **volontariat**.

En ce qui concerne le personnel médical, le responsable du service tient à ce que soient recrutés en priorité des praticiens hospitaliers et des médecins attachés, qui exerceront à temps complet à l'UHSI. On pourrait par ailleurs envisager des **bi-appartenances** de personnel médical – certains médecins exerceraient ainsi un mi-temps sur chaque entité – afin d'améliorer la coordination entre l'EPSNF et l'unité du GHPS, de les rapprocher symboliquement et contribuer à l'élévation du niveau des soins à l'EPSNF.

En ce qui concerne le personnel paramédical, la future cadre de l'UHSI tient à éviter de recruter des personnes chargées d'affect et considérant le travail auprès des détenus dans sa dimension missionnaire. Il importe pour elle avant tout de recruter des professionnels, à temps complet sur l'UHSI, qui sauront travailler de concert avec les services pénitentiaires et prendre en charge des patients détenus (raison pour laquelle une expérience en psychiatrie serait positive). La cadre étant seule pour animer le personnel soignant, il serait également nécessaire de recruter des personnels autonomes, qui puissent eux-mêmes effectuer une partie du travail administratif (saisie des données sur Gilda), commander du matériel ou faire un état des stocks pharmaceutiques. Des **fiches de poste**, qui sont à élaborer, seront systématiquement remises aux candidats, précisant leurs champ d'intervention et les modalités de fonctionnement de l'unité.

A l'UHSI de Nancy, le recrutement n'a pas posé de problèmes particuliers, et de nombreux candidats se sont portés volontaires. Cependant, compte tenu des difficultés de recrutement infirmier dans les hôpitaux, le CHU de Nancy songe à procéder à une ouverture partielle de l'UHSI, afin de ne pas ôter de personnel à des services actifs déjà sous-dotés par rapport au tableau des emplois. Cette hypothèse n'est pour l'instant pas envisagée au groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière.

#### *b) La gestion du personnel*

Dans un premier temps, au moins, il ne sera pas possible de faire appel au pool de l'hôpital ou à de l'intérim pour faire face à un manque de personnel soignant à l'UHSI. Dans ce cadre, il est envisagé de fonctionner en « **grande équipe** » pour le personnel soignant, de 7h à 21h30, avec une rotation des infirmières entre le matin et l'après-midi. Cette modalité de fonctionnement, plus consommatrice en personnel, n'est pas encore utilisée sur l'hôpital, et l'on peut s'attendre à certaines réticences syndicales. En ce qui concerne l'équipe fixe de nuit, la cadre souhaite imposer à chaque personnel de venir travailler au moins deux semaines par an en journée, afin de permettre une remise à niveau. Une **rotation du personnel** serait mise en place tous les 3 ou 5 ans, et tout **glissement de tâche** combattu sur la base des fiches de poste.

On peut en outre s'attendre à ce que l'octroi d'une NBI et/ou d'une prime de risque au personnel hospitalier soit l'objet de revendications syndicales.

#### *c) La formation*

Plusieurs types de formation seraient souhaitables, notamment des formations aux soins d'urgence, voire, éventuellement, le DU d'éthique et de médecine carcérale de Paris. Il serait par ailleurs important de faciliter les **études promotionnelles**, afin de valoriser le personnel et faire entrer l'équipe soignante dans une dynamique de progrès.

## B) Etablir des modes de relation entre services hospitalier et pénitentiaire

Le personnel hospitalier et le personnel de surveillance ignorent généralement les contraintes et les spécificités du travail de l'autre. Compte tenu des tensions et de l'affect très fort qui existent entre les deux catégories de personnel, il importe de mettre en place des outils permettant de les réunir, de réduire la charge symbolique et de développer une **identité commune** autour de l'UHSI et de la prise en charge des détenus.

On peut ainsi émettre le souhait que soient mises en place des **formations communes**, à la fois entre l'EPSNF et l'unité de la Pitié-Salpêtrière et entre le personnel hospitalier et les personnels pénitentiaire et judiciaire, ainsi que des **réunions de service** entre les différentes catégories de personnel autour de projets d'amélioration des soins et de la qualité de l'accueil. Chacun doit connaître le travail de l'autre : le personnel pénitentiaire doit intégrer les impératifs sanitaires, et le personnel hospitalier tenir compte des contraintes de sécurité et connaître les principaux termes juridiques pénaux qu'il sera amené à rencontrer et utiliser au quotidien.

Il est essentiel de pouvoir valoriser le travail des surveillants, à qui l'on ôte dans l'UHSI nombre de leurs missions, comme la distribution des repas ou la fourniture du linge, en leur montrant qu'ils participent indirectement aux soins des détenus. Quant au personnel soignant, il devra accepter que certaines contraintes pénales (convocation du détenu chez le juge d'instruction, manque de personnel...) puissent primer sur le soin.

En matière de secret professionnel, il convient de s'orienter vers la notion de **secret professionnel partagé**. Chaque catégorie de personnel devrait ainsi avoir accès à une quantité minimale d'informations sur le détenu : champ de la pathologie du détenu et nature du service médical concerné pour le personnel de surveillance ; informations sur le statut du détenu (prévenu ou condamné) et le champ d'inculpation de l'affaire (correctionnelle / mœurs / criminelle), inscrites dans la fiche d'identification de la feuille de soins, pour le personnel hospitalier. Le personnel pénitentiaire doit en effet pouvoir prendre en compte les impératifs sanitaires d'un détenu (patient insulino-dépendant, par exemple). De même, le personnel hospitalier doit pouvoir «travailler sur le délit », en collaboration avec le psychiatre à temps complet de l'UHSI. L'aspect relationnel est en effet crucial dans la prise en charge sanitaire des détenus.

La **bonne entente mutuelle** entre les différentes catégories de personnel est donc un préalable indispensable au bon fonctionnement de l'UHSI. Des conflits importants sur certains points sensibles comme les transferts ou l'ouverture des portes pourraient paralyser l'UHSI. En cas de coopération défailante, les surveillants n'hésiteront pas à annuler une extraction et un rendez-vous hospitalier important, programmé des semaines à l'avance, pour un ratio de personnel pénitentiaire non respecté, et à user de son « pouvoir des clefs » pour contraindre le travail soignant.

C) Elaborer un règlement intérieur et des procédures de fonctionnement

a) *A l'intérieur de l'UHSI*

Conformément à l'arrêté du 24 août 2000, un **règlement intérieur** doit être mis en place dans chaque UHSI, en référence au règlement intérieur de l'hôpital. Ce règlement intérieur doit tenir compte de la Charte du patient hospitalisé et de la loi du 4 mars 2002, ainsi que des spécificités de la prise en charge de la population carcérale, qui reste soumise aux dispositifs du code de procédure pénale (notamment à l'article D. 249-4) et à la circulaire du 2 avril 1996 (relative au régime disciplinaire des détenus à l'occasion d'une hospitalisation et/ou d'une consultation médicale). Il revient au règlement intérieur de préciser, entre autres, l'accueil, les modalités de contrôle et d'ouverture des portes, ainsi que la planification des soins et des modalités de collaboration.

Il apparaît opportun que soit remis à chaque personnel intervenant au sein de l'UHSI et à chaque détenu entrant un **guide**, explicitant le fonctionnement de l'unité, sa place dans l'organisation de la prise en charge sanitaire de la population pénale, le règlement intérieur adopté, ainsi que les droits et les devoirs du patient détenu, en matière de visites (proches, avocats, visiteurs de prison...), de communication (téléphone, courriers, colis...), de prestations de service (argent, cantine, presse, tabac, accès au fond de livres et de disques mis à disposition par l'administration pénitentiaire, radio et télévision), de discipline et de droit à l'information (**cf. Annexe M**).

Des procédures devront préciser les **modalités de contrôle** des personnes, qu'il s'agisse des personnels permanents, par présentation du badge et de la carte professionnelle, ou des personnels ponctuels, hospitalier ou appartenant à une société extérieure, par vérification de l'identité par le responsable pénitentiaire et le responsable des forces de l'ordre, en croisant les informations contenus sur une liste générale des personnes susceptibles d'intervenir au sein de l'UHSI, leur badge professionnel et leur autorisation d'intervenir. Les avocats et les visiteurs devront quant à eux présenter aux agents en poste leur carte professionnelle et/ou leur permis de communiquer.

Il sera également nécessaire de poser des règles strictes sur la question de **l'ouverture des portes**. Les demandes des patients ne pouvant être planifiées, il apparaît primordial de permettre un accès sans délai du personnel hospitalier aux chambres des détenus hospitalisés. A l'EPSNF, un conflit ouvert entre surveillants et hospitaliers a cependant permis au personnel hospitalier de disposer des clefs, contrairement à ce qui est prévu dans l'arrêté du 24 août 2000. Sans aller jusqu'au conflit, on peut espérer qu'une bonne entente mutuelle permette d'assouplir la règle, et permettre un accès libre du personnel hospitalier à certaines chambres, au cas par cas, en fonction de l'état de santé du détenu (nécessité de soins fréquents) et de son régime carcéral.

Il sera nécessaire pour le personnel hospitalier de **planifier** au mieux les soins et les rendez-vous des patients détenus pendant leur séjour à l'UHSI, afin de maintenir l'objectif d'une DMS courte. Il sera par exemple impossible d'envoyer au même moment deux patients en examen, par manque de personnel pénitentiaire et du fait de la tension sur les flux d'entrées et de sorties (il n'y a qu'un seul sas d'accès). En outre, compte tenu de la difficulté à obtenir certains rendez-vous (notamment en radiologie), il importe que les services pénitentiaires confirment la venue d'un patient détenu au moins 8 jours à l'avance (délai sur lequel s'est engagé l'administration pénitentiaire), et que l'hôpital prévienne les services pénitentiaires au moins 48h avant la sortie d'un patient, le temps que puisse être mobilisés des moyens d'escorte. On peut imaginer également de mettre en place un **cahier de transmission** pénitentiaire et médical, au changement d'équipe entre la nuit et la journée, qui serait commun aux deux catégories de personnel afin de croiser les différentes observations effectuées sur les patients détenus.

*b) A l'extérieur de l'UHSI*

Des procédures de fonctionnement sont également à développer, sous forme de **conventions** ou de **protocoles** de prise en charge, en collaboration avec les services de l'hôpital qui participeront du bon fonctionnement de l'UHSI. Il s'agit notamment des services cliniques et médico-techniques, pour lesquels il sera nécessaire de prévoir les modalités d'intervention à l'UHSI (médecin au chevet du patient, principes d'identification pour le contrôle d'accès...), et des services techniques de l'hôpital (STIA, linge, restauration...). Il faut également prévoir l'intervention de sociétés extérieures privées, pour des interventions techniques, la maintenance, les livraisons, etc.

Deux points, pourtant simples, semblent primordiaux : faire en sorte que le transport des détenus soit considéré comme absolument prioritaire par le STIA, imposer le respect des programmations et de l'anonymat du patient détenu au bloc opératoire. En effet, si le nom d'un détenu était affiché au bloc, ou si le bloc ou le STIA avaient ne serait-ce qu'une heure de retard dans leur intervention, les services pénitentiaires seraient contraints d'annuler l'extraction, et, par voie de conséquence, toute une programmation prévue de longue date – ce qui implique la nécessité de reprogrammer toute une série d'exams, en tenant compte des disponibilités du personnel pénitentiaire, une occupation de lit inutile et un allongement problématique de la durée moyenne de séjour.

Pour ce faire, il importe que le chef du service de médecine interne et la future cadre de l'UHSI prennent contact auprès des médecins et des cadres des autres services principalement concernés, auprès du personnel paramédical, technique et administratif, et auprès des ambulanciers, afin d'expliquer leur démarche et leur rôle, les objectifs de l'UHSI, ainsi que l'obligation de respecter certains principes de fonctionnement.

### 3.2.2 Définir des outils de gestion

#### A) Renforcer la communication des UHSI

Un dialogue fructueux s'est déjà instauré entre le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière et l'EPSNF, entre les responsables administratifs des deux entités, entre la future cadre de l'UHSI et la Directrice des soins de l'EPSNF, ainsi qu'entre le chef du service de médecine interne et le président de la CME de l'EPSNF (une **fiche de liaison** commune entre les deux structures existe déjà). Des partenariats restent cependant à développer avec les autres UHSI et les UCSA des hôpitaux de la DPP.

Il n'existe pour l'instant aucun contact entre la future UHSI de la Pitié-Salpêtrière et les différentes UCSA avec lesquels l'unité sera amenée à collaborer. Il apparaît pour autant nécessaire d'établir dès à présent des **partenariats** avec les UCSA, afin de garantir une bonne coordination des différents dispositifs de prise en charge sanitaire des détenus et de permettre une continuité des soins efficace. Dans ce cadre, le rattachement de l'UHSI au groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière et à un service de médecine interne dirigé par un PU-PH devrait permettre d'améliorer l'image dégradée de l'EPSNF auprès des UCSA de la région parisienne, qui hésitent parfois à y envoyer des patients détenus, préférant les diriger vers l'hôpital de proximité. Des réunions de présentation ont d'ailleurs été prévues dans ce but entre l'UHSI, l'EPSNF et les UCSA. Ces partenariats seront cependant plus difficiles à établir qu'à Lyon, où un seul service régional de médecine pénitentiaire regroupe en son sein l'UHSI et l'ensemble des UCSA des Hospices Civils.

Une meilleure communication entre les différentes UHSI serait également souhaitable, avec la mise en place d'un **comité de coordination**, piloté par la DHOS. Malgré des échanges répétés et l'organisation de réunions interministérielles auxquelles assistent les différentes personnes concernées des CHU où sont implantés une UHSI, on constate une relative opacité et des réticences à s'échanger des informations, notamment techniques ou financières. Cette coordination aurait notamment pour objectif l'échange et/ou la mise en commun de procédures, de tableaux, d'informations et de protocoles.

Pour le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, l'ouverture tardive de l'UHSI est, au fond, une chance qu'il convient de saisir. Il sera possible en effet de s'inspirer du fonctionnement des autres UHSI ; prendre en compte les idées intéressantes qui auront été émises ici ou là ; prévenir les dysfonctionnements qui pourraient survenir. Un certain nombre de points qui ne sont pas encore éclaircis – comme au premier chef la question des gardes et des escortes – auront sans nul doute trouvé une solution d'ici 2006, compte tenu de la pression que font peser les CHU de Nancy, Lille et Lyon, qui refuseront d'ouvrir l'UHSI tant que n'auront pas été pris les arbitrages interministériels nécessaires.

## B) Développer un système d'information standard et sécurisé

La gestion de l'UHSI suppose la mise en place de **tableaux de bord**, contenant les principales informations tenant à l'activité (nombre d'actes, DMS, taux d'occupation des lits de l'unité...) et leur valorisation au travers du PMSI.

Il importe également de mettre en place une gestion mieux structurée du **dossier du patient**, dans le cadre du système d'information de l'hôpital (SIH), afin d'améliorer l'échange et l'archivage d'informations multiples concernant le patient (caractéristiques d'identification personnelle, pathologies, traitements, suivi, etc.) et de disposer de statistiques épidémiologiques plus précises sur la population carcérale, aujourd'hui le fait d'enquêtes ponctuelles de la DREES et de la DHOS.

Au niveau global, les données statistiques témoignent de l'activité et permettent d'établir les ressources prévisionnelles à partir de certaines informations, notamment :

- l'évolution du nombre de détenus et de la durée de détention, (prévoir la disponibilité) ;
- l'évolution des pathologies et de l'état de santé général des patients ;
- l'évolution du nombre d'extractions vers l'UHSI ou vers les hôpitaux de proximité ;
- l'évolution de la nature et du nombre d'actes traités tant en interne qu'à l'extérieur ;
- l'évolution d'événements caractéristiques locaux ciblés par l'établissement ;
- l'évolution des consommations de médicaments ;
- l'évolution du nombre des demandes entre UHSI, UCSA et SMPR.

Le manque d'outils de pilotage, tant au niveau hospitalier qu'au niveau régional et ministériel, gêne pour l'instant la réflexion stratégique et l'action en matière de soins aux détenus. La connaissance plus fine des besoins des détenus et de l'utilisation des ressources mises en œuvre suppose le développement d'un SIH, en liaison avec les départements d'information médicale, aux supports à la fois standardisés et sécurisés.

On peut penser tout d'abord que la **standardisation** du recueil des données rentrées au niveau des UHSI et au niveau des UCSA permettrait une meilleure remontée d'information au niveau national et un meilleur partage des informations entre les différents acteurs, pour l'élaboration de politiques à destination des détenus mieux ciblées. Cela supposerait également des investissements pour l'installation d'équipements informatiques adéquats et l'interopérabilité des systèmes d'information. L'existence de systèmes d'information hétérogènes, qui associent tant l'information dans leur format d'origine que le processus de renseignements associé, conduit en effet à des saisies nouvelles, des erreurs, des lenteurs et des retards de transmission.

Quant à la **sécurisation** du SIH, elle pourrait reposer sur un système télématique intégré entre les différents acteurs (établissement pénitentiaire, UCSA, SMPR, UHSI), avec anonymisation et codification des données sur le patient détenu et transmission simultanée et cryptée des données concernant l'heure et la date exactes de l'extraction.

### C) Intégrer les UHSI aux dispositifs de planification sanitaire

Toute politique de santé doit définir les conditions particulières de sa mise en œuvre en milieu carcéral. Dans l'optique d'une gestion simplifiée des dispositifs de soins aux détenus, il apparaît nécessaire, à terme, d'intégrer l'offre de soins à la population carcérale dans la programmation départementale et régionale (ARH, SROS, DRASS...).

Dans la mesure où l'intégration des soins aux personnes détenues à l'offre de soins à la population d'un bassin de vie a été retenu comme principe général, il devrait incomber à l'ARH de veiller à ce que les établissements de santé offrent bien la gamme des prestations de soins dans sa totalité avec des modalités adaptées, garantissant l'accessibilité et la qualité des soins. Le rattachement de la gestion des UCSA, des UHSI et des SMPR à l'ARH et l'intégration de ces structures au sein de la carte sanitaire permettraient une gestion plus simple et surtout plus rapide que la négociation directe des moyens auprès de la DHOS. Les moyens mis à disposition des détenus, qui concernent indirectement l'ensemble des services et le plateau technique de l'hôpital, seraient ainsi négociés dans le contrat d'objectifs et de moyens (COM), signé entre l'hôpital et l'ARH. D'un point de vue symbolique, cela contribuerait à intégrer la politique sanitaire à destination des détenus dans le droit commun de la gestion hospitalière.

Ces propositions doivent être mises en relation avec les orientations du **plan hôpital 2007** qui prévoit la suppression de la carte sanitaire, le renforcement du rôle des SROS et la déconcentration aux ARH de l'ensemble des autorisations afin d'améliorer et de simplifier le dispositif de planification sanitaire.

### 3.2.3 Définir des modalités d'évaluation

#### A) Principes

Les UHSI doivent être pleinement intégrées dans une démarche d'amélioration de la qualité interne au service et à l'hôpital – et ce d'autant plus que les différents acteurs du dispositif risquent de négliger ce champ partagé par plusieurs institutions. Celle-ci concerne à la fois l'évaluation des pratiques professionnelles médicales et soignantes, par rapport à des référentiels préétablis, et l'évaluation de l'organisation des soins.

L'UHSI étant un service hospitalier comme un autre, les responsables de l'hôpital doivent également veiller à ce que l'accréditation de l'ANAES, qui participe d'une démarche d'amélioration continue de la qualité, s'applique tout autant à cette unité, au travers, par exemple, de l'auto-évaluation du service.



## B) Les outils d'une démarche qualité

La démarche qualité à l'UHSI de la Pitié-Salpêtrière devra en premier lieu être fondée sur l'analyse des sources disponibles, telles que le dossier de soins, la fiche d'entrant du patient détenu et le questionnaire de satisfaction, qui sera remis systématiquement au patient détenu à son arrivée.

Elle doit également s'appuyer sur des indicateurs ciblés, qui sont à développer, tels que le taux d'absentéisme du personnel, le nombre de plaintes au directeur du CHU, le retard moyen du STIA dans le transport des détenus à l'intérieur de l'hôpital, le nombre d'évènements indésirables (vols, violences, insultes, bris de matériel, évasions...) et d'appels au directeur de garde, la participation des différentes catégories de personnel aux réunions communes, le nombre d'escortes annulées (et pour quelles raisons : services pénitentiaires, refus de soins...), etc. Ces outils devront servir l'établissement d'un plan d'action avec l'élaboration d'objectifs et de moyens de mise en œuvre.

## C) L'évaluation du dispositif par les acteurs locaux

Il conviendrait, après la mise en œuvre des UHSI, de renforcer les modalités d'évaluation à l'échelon départemental et régional, conformément aux orientations d'un rapport conjoint du ministère de la Santé et du ministère de la Justice.

Ce dernier prévoit la désignation d'un **médecin coordonnateur** des actions de santé et de l'organisation des soins en milieu pénitentiaire dans un cadre interrégional, qui correspond au territoire d'une DRSP. Le médecin, qui serait un médecin de santé publique (MISP, PH ou contractuel) placé auprès de l'ARH de la région pénitentiaire, aurait pour mission d'animer et de coordonner les actions de promotion de la santé en milieu pénitentiaire et de veiller à l'amélioration de l'organisation des soins et du fonctionnement des structures dans cette zone.

En complément, les DRASS et les DDASS veilleraient, en liaison avec les ARH, à l'application des politiques de santé publique et intégreraient dans leurs programmes pluriannuels d'inspection et de contrôle les soins aux personnes détenues, par le biais des missions régionales d'inspection et de contrôle des établissements (MRICE).

Un **centre ressources**, constitué de professionnels de la santé intervenant auprès des personnes détenues issus notamment des équipes des UHSI, des UCSA et des SMPR, serait par ailleurs créé au niveau de chaque région sanitaire. Il aurait pour mission de développer la recherche clinique, diffuser les pratiques et leur évaluation, favoriser la mutualisation des compétences, et mener une réflexion sur les conditions éthiques de la pratique des soins auprès des personnes détenues.

### **3.3 L'avenir de la réforme**

#### **3.3.1 Bilan provisoire**

##### **A) Les apports des UHSI**

Le nouveau dispositif issu du schéma national d'hospitalisation des détenus tourne la page de la médecine pénitentiaire. Prolongement de la loi du 18 janvier 1994, il constitue déjà, même imparfait, un réel progrès pour la politique de soins aux détenus.

A travers la mise en œuvre des UHSI, les malades détenus pourront bénéficier d'une prise en charge de qualité, dans des services composés de professionnels habitués à ce travail. Les UHSI permettront également l'expression de besoins qui n'étaient pas toujours couverts ou satisfaits à hauteur de ce qu'ils auraient dû être. En faisant primer la mission sanitaire sur la prise en compte des objectifs sécuritaires, l'arrêté du 24 août 2000 réaffirme avec force le rôle de l'hôpital et des professionnels de santé dans la prise en charge des patients détenus, dans la logique de la loi de 1994. En donnant une cohérence au dispositif, qui concentre les hospitalisations programmées sur huit sites, il crée également les conditions d'une meilleure continuité des soins. Il réduit en outre le problème de l'éloignement géographique, les détenus de province étant hospitalisés au sein de leur direction régionale pénitentiaire de rattachement, et non à l'EPSNF.

Pour l'hôpital, la mise en place des UHSI est également l'occasion de sortir les soins aux détenus du ghetto dans lequel ils étaient confinés. Symboliquement, elle permettra d'améliorer l'image des professionnels de santé qui travaillent auprès des détenus et devrait faciliter le recrutement, avec une ligne de prise en charge complète assurée par l'hôpital, allant des soins ambulatoires aux hospitalisations. Car si les détenus bénéficient aujourd'hui de soins identiques à ceux dispensés à la population générale, la santé en détention reste encore considérée comme une activité à part, y compris au sein des UCSA, où les médecins responsables ont beaucoup de difficultés à recruter du personnel médical et paramédical réellement motivé.

Pour les services pénitentiaires enfin, il s'agit d'une rationalisation des charges de garde et escorte qui permettra d'améliorer la couverture des surveillants dans les établissements pénitentiaires. Le nouveau dispositif devrait contribuer également à faire sortir la prison de ses murs et limiter le nombre de ses interlocuteurs hospitaliers. Enfin, les UHSI permettront une prise en charge sanitaire des détenus dans des conditions de sécurité plus grandes que dans le dispositif antérieur pour l'ensemble des personnels intervenant auprès des détenus, tout en limitant les risques d'évasion.

## B) Les lacunes du dispositif

Plusieurs éléments dans la mise en œuvre des UHSI ne sont pas suffisamment clairs et risquent d'obérer leur bon fonctionnement :

- **Le sous dimensionnement des UHSI :**

Les UHSI ont été calculées sur une base de 50 000 et non 60 000 détenus, sans tenir compte d'une plus grande expression des besoins. Les DMS et le taux d'occupation ont été calculés au plus juste, alors que de multiples facteurs peuvent entraîner des retards de prise en charge : annulation d'extraction, impossibilité pour le personnel de l'UHSI à prendre des rendez-vous auprès du plateau technique dans les temps impartis (notamment en radiologie), difficulté à trouver une place dans un autre service hospitalier, absence de personnel pour effectuer un retour direct en prison à la date prévue. Le risque de sous-dimensionnement des UHSI est d'autant plus important qu'on peut s'attendre à ce que de plus en plus d'hospitalisations d'urgence ou de courte durée s'effectuent en UHSI, et ce pour de multiples raisons : flou juridique entourant les notions d'urgence et de courte durée ; moyens insuffisants pour sécuriser les chambres des hôpitaux de proximité, conformément à l'arrêté du 17 mai 2002 ; garanties de sécurité plus importantes des UHSI, notamment pour les détenus dangereux.

- **L'absence d'arbitrage interministériel entre l'Intérieur et la Justice :**

Il n'y a toujours pas d'arbitrage sur la question des compétences entre les forces de police et le personnel de surveillance, alors que l'UHSI de Nancy est censée ouvrir ses portes en novembre 2003. Pourtant, sans arbitrage, les UHSI ne pourront ouvrir. Qui plus est, la réussite des UHSI dépendra de la solution retenue et des moyens mis en œuvre.

- **La prise en charge financière des coûts d'exploitation :**


Les CHU où sont implantés les UHSI craignent que la totalité des coûts d'exploitation ne soient pas intégralement pris en charge par les ARH, menaçant, à Lille et Nancy, de ne pas ouvrir l'unité. La DHOS a pourtant prévu un barème de coût par lit UHSI très généreux. Néanmoins, l'application stricte de ce barème se révélerait avantageuse pour l'UHSI de Marseille (coût moindre des lits SSR par rapport aux lits d'aigu) et désavantageuse pour la Pitié-Salpêtrière, où les prises en charge seront plus lourdes.

- **Le problème de la sécurité lors des transferts intra-hospitaliers :**

Si les moyens mis en œuvre permettent de garantir un niveau de sécurité élevé au sein de l'UHSI, les transferts du détenu vers un autre service ou le plateau technique de l'hôpital restent un point faible du dispositif de sécurité, au regard du risque d'évasion.

### C) Scénarios d'évolution

Les perspectives d'avenir concernant les UHSI dépendent de nombreux paramètres, et en particulier de la politique carcérale que déterminent et mènent les pouvoirs publics. Il est certain que les évolutions dans les modes de réparation pénale (réinsertion, bracelet électronique, appel plus ou moins important aux alternatives à la prison) ainsi que les incriminations pénales (usage des stupéfiants) auront des conséquences indirectes sur la prise en charge sanitaire de la population carcérale. De même, l'adaptation des structures hospitalières et leur sensibilisation à l'accueil et aux soins des plus démunis auront des conséquences sur la manière dont l'hôpital s'acquittera de ses missions auprès des détenus. Dans ce cadre, et compte tenu des forces et des faiblesses du nouveau dispositif, plusieurs scénarios vraisemblables peuvent être dégagés, allant de l'échec complet à la réussite. Il est possible de les représenter sous la forme d'une matrice, intégrant, d'un côté, la qualité des relations humaines, et, de l'autre, la qualité des moyens mis en œuvre :

RELATION HUMAINES	<i>ECHEC</i>	MOYENS MIS EN OEUVRE
<p style="text-align: center;"><b>CONFLIT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Confrontation violente des cultures hospitalières et pénitentiaires</li> <li>- Perturbations graves dans le fonctionnement des extractions, des accès à l'UHSI et des soins</li> </ul>		<p style="text-align: center;"><b>BLOCAGE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les extractions demeurent un problème et le nombre de lits s'avère largement insuffisant</li> <li>- La réforme n'est pas poursuivie et la plupart des hospitalisations se font en hôpital de proximité</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>COEXISTENCE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des formations communes et des informations régulières sont réalisées</li> <li>- Les sources de litige (clés, accès, horaires, secret professionnel...) ne sont pas des enjeux</li> </ul>		<p style="text-align: center;"><b>INSUFFISANCE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les moyens d'escorte sont insuffisants et la capacité des UHSI est rapidement saturée</li> <li>- Maintien de la répartition entre UHSI (avec dysfonctionnements) et hôpitaux de proximité</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>COOPERATION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherches en commun de propositions d'amélioration de l'organisation des soins</li> <li>- Des réunions régulières sont organisées ayant pour objectif la coordination</li> </ul>		<p style="text-align: center;"><b>SURSIS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le dispositif des hospitalisations est recentré exclusivement sur les UHSI, saturées à terme</li> <li>- De nouvelles UHSI sont construites (surtout à Paris) et des moyens d'escorte sont débloqués</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>ECHANGE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'hôpital développe une capacité à prendre en compte l'exclusion ; il améliore son rôle dans la continuité et la coordination des soins</li> <li>- Un nouveau regard est porté sur les prisons et les modalités de la détention</li> </ul>		<p style="text-align: center;"><b>REUSSITE</b></p>

Toutes les combinaisons sont évidemment possibles et l'avenir décidera. S'il est certain que le caractère suffisant ou non des moyens mis en œuvre influera sur la qualité des relations humaines au sein des UHSI, la qualité organisationnelle des UHSI permettra aussi de palier certains manques. De fait, la **variable d'ajustement** sera soit la capacité d'accueil hospitalière (UHSI et hôpitaux de proximité), soit les besoins des détenus, soit la population carcérale au moyen de nouvelles modalités d'application des peines.

### 3.3.2 Les nouveaux chantiers

#### A) La mise en œuvre d'une politique de santé publique

##### a) *Constats*

Les carences de l'hygiène en milieu pénitentiaire sont de nature à compromettre tout effort sérieux d'éducation à la santé. La vétusté d'un grand nombre d'établissements, l'état des sanitaires, la promiscuité en détention demeurent des facteurs limitants majeurs.

Les actions menées en matière d'éducation à la santé sont souvent d'ampleur limitée, les UCSA assumant rarement leur rôle de coordonnateur prévu par les textes. Les projets relatifs à l'alcool et au tabac sont souvent très insuffisants, alors même que la population pénale est fortement concernée par ces addictions.

La construction d'un programme cohérent de santé publique en prison se heurte également à la faiblesse des outils d'information sur la santé en prison, qu'ils émanent des UCSA, des SMPR ou des antennes pour toxicomanes. Les éléments épidémiologiques sur la santé des détenus sont peu disponibles et souvent trop ponctuels. Les différents dispositifs de contrôle, quand ils existent, ne permettent que rarement de remédier aux dysfonctionnements repérés.

##### b) *Orientations*

Outre le renforcement des mesures d'hygiène en prison et l'accélération des rénovations ou des reconstructions de prison, il apparaît nécessaire de renforcer le pilotage des moyens affectés par le service public hospitalier par l'application du système d'information médicale et d'informatique de gestion aux unités que constituent les UCSA, les SMPR et les UHSI.

La qualité des soins aux détenus doit également bénéficier des procédures en cours en matière d'évaluation et d'accréditation. Les ARH, les DRASS et les DDASS doivent en effet veiller à ce que les procédures d'accréditation, auxquelles les établissements de santé sont astreints, incluent bien l'ensemble des services hospitaliers de prise en charge des détenus.

Une programmation d'inspections annuelles ou pluriannuelles, concertée et validée au niveau régional, avec l'appui méthodologique et logistique des missions régionales et interdépartementales d'inspection, de contrôle et d'évaluations (MRIICE).

S'agissant du rôle de l'IGAS à l'égard des établissements pénitentiaires, sa mission devrait continuer à s'inscrire dans le cadre de sa fonction d'animation des activités d'inspection et de sa mission de contrôle supérieur ou de second degré.

## B) L'hospitalisation en santé mentale

### a) *Constats*

En 1997, on pouvait évaluer le pourcentage des entrants en prison souffrant de troubles mentaux entre 15 et 25 % chez les hommes et 30 % chez les femmes. Plusieurs indices semblent témoigner de difficultés croissantes pour gérer les troubles mentaux :

- une augmentation considérable de la proportion de psychotiques dans certains SMPR
- l'accroissement de la consommation de psychotropes
- Un doublement du taux de suicide entre 1990 et 2000

Cette situation s'explique essentiellement par :

- une application restreinte ou détournée (allongement des peines) de l'article 122-1 du CPP, visant à atténuer la responsabilité des criminels atteints de troubles mentaux
- les facteurs aggravants de l'incarcération en matière de troubles mentaux
- la demande croissante de la société à psychiatriser les comportements déviants

### b) *Orientations*

Les SMPR ne peuvent assurer, dans le cadre des établissements pénitentiaires, des soins en hospitalisation complète. Le principe d'intégrer les projets somatiques d'UHSI, semble le plus éthique, le plus simple et le plus efficace à adopter sur le plan thérapeutique, conformément aux orientations du rapport Piel et Roelandt sur la santé mentale. Les services de psychiatrie implantés, dans certains cas, à côté de ces services somatiques, devraient ainsi 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 nombre de ces **UHSI-Psy**, d'une capacité de 15 à 20 lits, dépend d'une évaluation précise des besoins qui reste à faire. Il semble cependant que le nombre de ces unités d'hospitalisation sera supérieur aux 8 prévus pour le MCO et qu'un par région, ou un par actuel SMPR, serait plus proche des besoins exprimés par les professionnels.

Le principe de ces UHSI a trouvé sa concrétisation dans la Loi d'orientation et de programmation pour la justice votée le 9 septembre 2002. Elle prévoit la création d'unités hospitalières sécurisées inter-régionales psychiatriques (UHSI-Psy) en établissements de santé, destinées à recevoir des détenus avec ou sans leur consentement pour une durée indéterminée. Des retards importants de mise en œuvre sont cependant à prévoir.

## C) La prise en charge médico-sociale

### a) *Constats*

La population des personnes âgées, constituée en majorité par des condamnés à de longues peines (notamment délinquants sexuels), se concentre dans les établissements pour peine. Le vieillissement majore les handicaps et la dépendance, accroît le nombre de maladies chroniques à prendre en charge et la mortalité en détention. Ce constat est également visible à l'EPSNF, où la présence de personnes dépendantes, dont l'état est incompatible avec le statut de la détention, perturbe le fonctionnement du service médical par des occupations de lit prolongées.

Les personnes handicapées et/ou dépendantes en prison sont nombreuses et rencontrent plusieurs types de difficultés, tels que des locaux peu accessibles et une qualité insuffisante des équipements, une difficulté à se procurer les aides techniques nécessaires et un recours trop rare aux allocations permettant le recours à une tierce personne. Dans la majorité des cas, l'aide individuelle est fournie par un codétenu, ce qui peut être délicat, tant pour ce dernier (mal considéré et subissant une sujétion souvent ingrate) que pour le malade (risque de racket et de pressions diverses).

Avec l'augmentation de la mortalité en détention (plus d'un tiers en cinq ans), la question des fins de vie se pose avec d'autant plus d'acuité que le nombre de grâce médicales a fortement diminué et que les différentes modalités d'aménagement de peine pour raisons médicales (suspension de peine, libération conditionnelle...) sont, à l'heure actuelle, restreintes. Malgré la loi du 4 mars 2002, les mesures de suspension de peine, distillées au compte-goutte par les JAP (craignant notamment les récidives des délinquants sexuels), sont souvent vécues comme la signature d'un arrêt de mort.

### b) *Orientations*

Plusieurs niveaux de réponse peuvent être apportés à ce problème :

- Développer la coopération entre les établissements pénitentiaires et les hôpitaux de proximité. Cette solution est actuellement développée par le centre pénitentiaire de Caen, qui a établi des conventions avec une association pour la mise à disposition d'aides-soignants et d'auxiliaires de vie. Il convient pour cela de rappeler aux conseils généraux que l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA), créée par la loi du 20 juillet 2001 pour les plus de 60 ans, s'applique également aux détenus.
- Construire ou aménager des cellules médicalisées en prison (360 seraient nécessaires selon l'AP) voire un centre médico-social sécurisé ;
- Adopter une attitude plus libérale à l'égard des modalités d'aménagement de peine.

### 3.3.3 Ouvertures

#### A) Le programme pénitentiaire immobilier

Le ministre de la Justice est aidé dans l'accomplissement de ses missions par un secrétariat d'Etat aux programmes immobiliers de la justice qui lui est rattaché. Ce dernier exerce les attributions relatives à la construction et la rénovation des bâtiments judiciaires, administratifs, pénitentiaires, et de ceux affectés à la protection judiciaire de la jeunesse. Il exerce les mêmes compétences pour les établissements d'enseignement du ministère de la justice et les établissements publics placés sous la tutelle du ministre de la justice. Il est responsable de l'exploitation et de la maintenance de ces bâtiments et établissements, veille aux règles de sécurité et de sûreté qui y sont applicables, et est chargé de la valorisation du patrimoine du ministère de la justice.

Ce patrimoine se présente de façon très hétérogène et de nombreux bâtiments sont aujourd'hui en mauvais état ou inadaptés au service d'une justice moderne, ou les deux à la fois. La situation est d'autant plus obérée que l'on a très peu construit au 20ème siècle. La plupart des édifices judiciaires actuels sont issus d'une intense période de construction datant du 19ème siècle.

Le ministre de la Justice, Dominique Perben, et le secrétaire d'Etat aux programmes immobiliers de la justice, Pierre Bédier, ont ainsi annoncé la construction de 20 nouvelles prisons et de 8 établissements spécialisés pour mineurs (EPSM) de 13 à 18 ans, prévue dans la loi d'orientation et de programmation pour la Justice (LOPJ), pour un coût total de 1,47 milliard d'€. Leur implantation, qui a été annoncée le 21 novembre 2002, concerne l'ensemble du territoire national.

En pratique, cette réforme se traduira par la création de 13200 nouvelles places de prison. Le taux et les délais d'exécution des peines devraient être améliorés, et les prisonniers bénéficieront à la fois de meilleures conditions d'incarcération et de plus fortes possibilités de réinsertion. A l'instar du programme 13000, certains nouveaux établissements seront financés par le secteur privé, développant de plus en plus les prisons avec modalité de gestion mixte.

Si ce programme ambitieux peut faire craindre une pénalisation à outrance de la société, sur le modèle américain, il est en revanche une chance à saisir pour rénover le parc pénitentiaire français. Il ne faut oublier le poids que fait peser une conception des locaux archaïque et vétuste sur les conditions de détention. Il sera possible, dans ces nouvelles prisons, de mieux prendre en compte le critère de l'hygiène, qui est le premier fondement d'une politique de santé publique. Si le principe d'un enfermement individuel sera difficilement respecté, plus nombreux devraient être les détenus à en bénéficier.



## B) L'expérimentation en télémédecine

Depuis 1997, des expérimentations de la télémédecine aux soins en milieu pénitentiaire sont réalisées, notamment entre le centre hospitalier de Versailles et la maison d'arrêt de Bois d'Arcy, et entre l'hôpital Cochin et la prison de la Santé. La télémédecine, qui s'est rapidement développée au Canada et aux Etats-Unis, consiste dans l'utilisation des moyens de transmission à distance d'informations utiles à la pratique médicale. Elle permet l'accès rapide à l'expertise, quelles que soient la situation géographique du patient ou l'information le concernant. Diverses modalités existent :

- **Téléexpertise** (aide apportée à un professionnel de santé par un collègue, à partir de la transmission de données médicales multimédia, telle que la téléconférence).
- **Téliagnostic** (échange entre médecin et patient en vue du diagnostic ou de la thérapeutique, et échange à distance entre un médecin et un technicien pour le pilotage de certains actes, notamment radiologiques).
- **Télesurveillance** (surveillance à distance du patient par le médecin : télesurveillance du fœtus au cours des grossesses à risques, télesurveillance des grands handicapés).
- **Téléenseignement** (pour la formation médicale continue et la recherche : banques de données, suivi d'études épidémiologiques et d'essais cliniques multicentriques).
- **Télématique des réseaux de soins** (gestion de l'information médicale entre professionnels de santé participant à un réseau ou à une filière de soins).

L'application de ce nouveau mode de communication devrait se révéler particulièrement intéressant dans les établissements pénitentiaires. La faculté d'établir un diagnostic, voire de soigner un malade à distance, pourrait entraîner une réduction non négligeable des extractions et des transferts qui posent des problèmes d'organisation.

Un rapport du ministère de la santé sur la télémédecine et les établissements pénitentiaires conclue également aux bénéfices de la télémédecine en prison. D'une part, les réseaux télématiques sécurisés (intranets professionnels, Réseau Santé Social) permettent d'intégrer les UCSA les SMPR et les services médicaux des établissements à gestion déléguée dans le tissu médical en les considérant comme des nœuds naturels du réseau de soins. Le dossier du détenu pourrait être échangé avec les interlocuteurs internes et externes (hôpital de rattachement, médecin généraliste). D'autre part, les outils de visioconférence et de visiodiagnostic autorisent un accès plus simple, tant à l'urgentiste (pour juger de la pertinence de l'urgence et d'un éventuel transfert) qu'au spécialiste. Pour bon nombre de pathologies, l'efficacité de la télémédecine a en effet été démontrée lors de son application à d'autres populations (dermatologie, radiologie, biologie, suivi des grossesses, diabétologie, maladies chroniques, suivi post-opératoire...).

Comme le souligne le professeur Louis Lareng, directeur de l'institut européen de télémédecine, rien ne s'oppose aujourd'hui à un développement de la médecine en milieu pénitentiaire, puisque les technologies sont disponibles et que, d'un point de vue économique, le coût des équipements pourrait être contrebalancé par une diminution du nombre des extractions et une sécurisation plus grande des transactions. On peut ainsi envisager l'extension de cette expérience, à plus ou moins long terme, à l'UHSI du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, notamment sur des sujets comme l'information médicale ou l'aide au diagnostic, en liaison avec les UCSA du centre hospitalier de Versailles et du groupe hospitalier Cochin – Saint Vincent de Paul, pilotes en la matière.

### C) Vers une réforme de la Justice ?

Seules de nouvelles modalités d'application des peines apparaissent sur le long terme comme une solution adéquate, tant au manque de places dans les prisons françaises (compte tenu de la progression constante du nombre des détenus) qu'au manque de lits dans les hôpitaux (au regard du sous-dimensionnement prévisible des UHSI). Bien évidemment, il s'agit là d'une question de volonté politique sur laquelle les responsables hospitaliers n'ont que peu de prise. Des orientations qui seront prises dépendent néanmoins le devenir des dispositifs de prise en charge sanitaire des détenus.

La maîtrise des flux nécessaire de la population carcérale (ne serait-ce que par simple logique économique) supposerait de limiter le nombre des incarcérations, de développer et de crédibiliser les solutions alternatives déjà existantes (bracelet électronique, TIG, régimes de semi-liberté, sursis avec mise à l'épreuve, condamnations pécuniaires...), de limiter les détentions provisoires et de développer les libérations conditionnelles et les permissions de sortir sans escorte pour raison médicale. Dans la plupart des cas, une application plus large et plus libérale de l'arsenal réglementaire actuel du code de procédure pénale par le juge d'application des peines suffirait à résoudre de nombreux problèmes. Mais les juges hésitent à appliquer ces sanctions du troisième type, à cause du rôle ambigu qu'on leur attribue, des moyens dérisoires dont ils sont dotés, de la responsabilité qu'elles impliquent et de leurs critères d'application flous. Un bon exemple est la disposition de la loi du 4 mars 2002 qui a complété le code de procédure pénale par un nouvel article 720-1-1 et a fait beaucoup de bruit autour de « l'affaire Papon ». Prévue pour se substituer aux grâces présidentielles et prévoyant la possibilité de suspendre une peine « quelque que soit la nature de la peine ou de la durée de la peine restant à subir pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention », elle demeure d'une application restreinte.

# CONCLUSION : LE DIRECTEUR D'HÔPITAL, ACTEUR DE LA RÉFORME

## L'importance de la cohérence

Pour conclure, il apparaît que dans un contexte de projet aussi complexe que l'implantation d'une UHSI au groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, il est indispensable de pouvoir limiter au mieux les risques. Les problèmes principaux qui se posent restent la construction de l'unité, le devenir de l'EPSNF et l'absence d'arbitrage interministériel sur la sécurité. Si la problématique principale de la Pitié-Salpêtrière est en effet de pouvoir sécuriser une unité hospitalière, celle de l'EPSNF est de pouvoir rendre hospitalier les murs d'une prison du XIXème siècle.

Compte tenu de la multiplicité des acteurs et des partenariats à mettre en place, Il importe ainsi aux directeurs de l'hôpital de militer pour une plus grande cohérence du dispositif, notamment :

- le rattachement de l'EPSNF à l'AP-HP, voire la suppression de l'EPSNF et la construction d'autres unités ;
- le rattachement des missions des forces de l'ordre à l'administration pénitentiaire (pour qu'un seul interlocuteur est la responsabilité de la sécurité).

Bien que le directeur d'hôpital ne soit pas un acteur direct de la réforme et soit surtout impliqué dans sa mise en œuvre, il est de son devoir de permettre sa réussite, par sa connaissance des enjeux et sa capacité à nouer des relations, des partenariats, des conventions avec de nombreux acteurs comme l'administration pénitentiaire, les forces de l'ordre, la justice, la préfecture, les DRASS, les CPAM et d'autres structures sanitaires. Il est également le représentant de l'institution sanitaire au sein des négociations entre les ministères et le garant de la qualité de la mise en œuvre du dispositif. L'importance de la réflexion stratégique sur les UHSI qu'ont pu mené et mènent les responsables hospitaliers, qui devront faire face à de multiples contraintes externes, paraît évidente.

Il s'agit là d'un défi difficile, mais qui peut être une chance pour l'hôpital de développer son aptitude à fonctionner en réseau, de promouvoir les enjeux de santé publique, de changer l'image qu'a la société des populations marginales et des professionnels qui interviennent auprès d'eux. Les populations exclues dont font partie les

personnes détenues, sont encore trop souvent des indésirables du système de santé, notamment dans les structures prestigieuses de soins et de recherche que sont les CHU.

### **La question de l'utilité**

Il apparaît indispensable, pour que le projet de la Pitié-Salpêtrière réussisse, que l'UHSI soit effectivement considérée comme une unité comme les autres et que la pratique permette de faire évoluer le droit.

L'unité de la Pitié-Salpêtrière devra inventer son « utilité » au sein de l'hôpital, à savoir établir ses relations avec les autres services cliniques et médico-techniques sur la base d'un réel échange. L'UHSI étant par nature très consommatrice des ressources des autres services et contraignante sur des questions comme la gestion des rendez-vous, elle devra, pour s'intégrer dans l'hôpital, pouvoir apparaître comme un centre ressources auprès de ces services. Plusieurs pistes de réflexion peuvent être dégagées dans ce cadre :

- le développement d'une compétence médico-légale ;
- le retour d'expérience par les compétences acquises en matière de prise en charge du VIH, des hépatites et des accidents d'exposition au sang ;
- la recherche clinique, certaines pathologies présentes chez les détenus étant rares ou développées à des stades avancées.

La qualité de la communication de l'unité et de la direction auprès du reste de l'hôpital ainsi que la possibilité pour l'UHSI de devenir un terrain de stage pour des internes de médecine ou des infirmières en formation à l'IFSI sont également des facteurs pouvant contribuer à cette intégration.

Une fois l'ensemble des UHSI en service, il est possible de s'attendre à un premier bilan qui sera l'occasion de faire évoluer leur fonctionnement sur certains points et de poser des questions qui rencontrent pour l'instant la rigidité des ministères. A ce titre, les difficultés auxquelles les UHSI risquent d'être confrontées – notamment le manque de lits et l'insuffisance des places d'aval – sera certainement un catalyseur. Comment justifier qu'un détenu atteint de maladies chroniques, d'un cancer, d'un diabète, suivi en radiothérapie ou en chimiothérapie, nécessite d'être pris en charge dans une unité « ultra sécurisée » et ne bénéficie pas de modalités lui permettant de se faire suivre dans un service hospitalier normal ? Comment justifier que les chambres d'hospitalisation soient tout le temps fermées quand les portes des cellules sont ouvertes en prison dans la journée pour la plupart des détenus ?

Un recentrage de la mission des UHSI sera ainsi nécessaire, qui les amènera certainement à accueillir une proportion plus restreinte de la population carcérale – en particulier les détenus condamnés à de longues peines ou ceux considérés dangereux.

### **Ma participation au projet**

Dans le cadre du projet d'implantation de l'UHSI au groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, mon action a consisté notamment dans la rédaction de comptes-rendus et de propositions, dans la préparation de réunions UHSI, dans l'amélioration du programme technique détaillé en collaboration avec le programmiste, dans le contact avec les architectes lauréats et dans l'élaboration du plan d'équipement de l'unité, en liaison avec les responsables concernés.

Ce travail s'est complété par une participation aux différentes réunions UHSI :

- réunions internes à l'hôpital
- réunions entre la Pitié-Salpêtrière et le siège de l'AP-HP
- réunions interministérielles entre l'administration pénitentiaire, la DHOS et des responsables administratifs et médicaux des CHU où seront implantés les UHSI

Dans le cadre du présent mémoire, j'ai également été amené à visiter différentes structures, notamment :

- l'UCSA de la prison de la Santé
- l'EPSNF
- l'UHSI du CHU de Nancy avant son ouverture

Au-delà de ces actions concrètes, j'ai cherché à participer d'une amélioration des échanges entre les différents acteurs concernés, entre la Pitié-Salpêtrière et les autres CHU et entre la Pitié-Salpêtrière et l'EPSNF, en amenant certains responsables à se mettre en relation entre eux, en diffusant aux personnes intéressées les informations que je pouvais collecter, et en rendant compte systématiquement des mes analyses et de mes observations établies à partir de mes recherches et de mes visites.

---

# Bibliographie

---

## Réglementation :

Circulaire du 14 octobre 1971 relative à la surveillance des détenus hospitalisés ou envoyés en consultation dans les hôpitaux.

Circulaire du 7 novembre 1985 relative à la promotion de la santé en milieu carcéral : examen médical des entrants, dépistage, vaccinations, éducation pour la santé.

Décret n° 85-836 du 6 août 1985 portant création du Comité interministériel de coordination de la santé en milieu carcéral.

Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 portant création des services médico-psychologiques régionaux (SMPR).

Circulaire du 23 mars 1993 relative aux inspections sanitaires systématiques des établissements pénitentiaires conduites par les services déconcentrés du ministère de la santé et de l'action humanitaire.

Décret du 27 octobre 1994, concernant les soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, la protection sociale des détenus et la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire.

Loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et la protection sociale.

Circulaire n° 45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale et guide méthodologique.

Circulaire du 21 août 1998, relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, continuité du traitement et formation des personnels.

Arrêté du 24 août 2000 portant création des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI).

Arrêté du 2 avril 2001 portant création d'un traitement automatisé d'informations individuelles relatif à une enquête facultative "vie quotidienne – santé" en milieu carcéral.

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Décret du 26 avril 2002, modifiant le code de procédure pénale complétant les dispositions relatives à l'application des peines.

**Rapports officiels:**

ADMINISTRATION PENITENTIAIRE, *Rapport annuel d'activité*, in La Documentation française, Paris, 2002, Les actions de santé, pp. 87-101.

BONNET-GALZY Marie-Caroline, LALANDE Françoise, FELTZ François, *Rapport sur les besoins d'hospitalisation des personnes incarcérées et le devenir de l'établissement d'hospitalisation publique de Fresnes*, IGAS, in La Documentation française, Paris, 1995.

CHODORGE Gilbert, FUCHS Danièle, NICOLAS Guy, COLLIN Michèle, *Santé en milieu carcéral : rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus*, ENSP, Collection Avis et rapports du HCSP, Paris, 1993.

CONSEIL DE L'EUROPE, *Rapport du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) relatif à sa visite en France du 6 au 18 octobre 1996*, Conseil de l'Europe, 1997

FATOME Thomas, VERNEREY Michel, LALANDE Françoise, *L'organisation des soins aux détenus : rapport d'évaluation de l'IGAS / IGSJ*, in La Documentation française, 2001.

FAVREAU-BRETTEL Michèle, FERNANDES Elizabeth, ROUSSEAU Elisabeth, *Enquête sur l'activité des établissements de santé auprès des personnes détenues dans le cadre de la réforme instituée par la loi du 18 janvier 1994*, Ministère de l'emploi et de la solidarité – DHOS, Paris, 1999.

HYEST Jean-Jacques, CABANEL Guy-Pierre, *Commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises*, « Prisons : une humiliation pour la République », Collection Les documents d'information du Sénat, Tome 1, Paris, 2000.

LEMONNIER Gérard, *Rapport d'audit sur la sécurité dans les établissements pénitentiaires*, Ministère de la Justice, Paris, 2003.

MEDIATURE DE LA REPUBLIQUE, *Rapport relatif au respect des droits des détenus*, in Le Médiateur, Paris, 1996.

MERMAZ Louis, FLOCH Jacques, *Commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises*, « La France face à ses prisons », Collection Les documents d'information de l'Assemblée Nationale, Paris, 2 volumes, 2000.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE (DHOS), *Télé médecine et établissements pénitentiaires : Etude de faisabilité*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Paris, 2001.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE (DHOS), MINISTERE DE LA JUSTICE (DAP), *Améliorer la prévention et la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, in La Documentation française, Paris, 2002.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI, *Médecine en milieu carcéral : soins et hygiène*, Ministère des Affaires Sociales, Collection Bulletin Officiel, Paris, 1988.

PIEL Eric, ROELANDT Jean-Luc, *De la psychiatrie vers la santé mentale*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Paris, 2001.

PRADIER Pierre, *La gestion de la santé dans les établissements du programme 13000 : évaluation et perspective*, in La Documentation française, Paris, 1999

### **Ouvrages:**

AMBROSELLI Claire, *L'éthique médicale*, PUF, Collection Que sais-je ?, Paris, 1988.

BALMIN Eric, VILLENEUVE Eric, *Le guide du directeur de garde à l'hôpital*, Berger-Levrault, Collection Manuels Santé, Tome II, Paris, 1999, pp. 98-99.

BALOUET Patrick, BENEZECH Michel, DUSSERRE Liliane, *Aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire*, Ordre National des Médecins, Paris, 2001.

CHAUVIN Isabelle, *La santé en prison : Les enjeux d'une véritable réforme de santé publique*, EFS, Collection Actions sociales, Paris, 2001.

CLIGMAN O., GRATIOT L., HANOTEAU J.C., LEMAIRE J.C., *Le droit en prison*, Dalloz, Collection Etats de droits, Paris, 2001.

FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir*, PUF, Collection Quadrige, Vendôme, 2000.

FAVARD Jean, *Les prisons*, Flammarion, Collection Dominos, Paris, 2001.

GENTILINI Marc (dir.), *Problèmes sanitaires dans les prisons : Maladies infectieuses, toxicomanies, état d'avancement de la loi du 18.01.1994, avant, pendant et après l'incarcération*, Flammarion, Collection Médecines - Sciences, Paris, 1997.

GONIN Daniel, *La santé incarcérée : Médecine et conditions de vie en détention*, Archipel, Paris, 2000.



HOWARD John, *L'état des prisons, des hôpitaux et des maisons de force en Europe au XVIIIe siècle*, Les Editions de l'Atelier, Collection Champs Pénitentiaires, Paris, 1999.

MILLY Bruno, *Soigner en prison*, PUF, collection Sociologies, Paris, 2001.

OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, *Accès aux soins en prison*, OIP, Paris, 1998.

VASSEUR Véronique, *Médecin-chef à la prison de la Santé*, Editions du Cherche-Midi, Paris, 2000.

VEIL C., LHUILIER D., CHAUVENET A., MONCEAU M., *La prison en changement*, Ramonville Saint-Agne : Eres, Collection Trajets, 2000.

### **Périodiques :**

BARLET Pierre, *L'éthique dans l'expertise du détenu*, in Journal de Médecine Légale – Droit médical, volume 41, n° 3-4, juin-juillet 1998, pp. 281-283

BESSON M., LECHIEN M-H., *Soignants et malades incarcérés : conditions, pratiques et usages des soins en prison*, Centre d'étude des mouvements sociaux, Centre de sociologie européenne, EHESS, Paris, novembre 2000.

BOITARD Eric, *La situation des détenus âgés au regard de la Convention Européenne des droits de l'Homme*, in Les Petites Affiches, N° 188, 20 septembre 2001, pp. 14-22.

BRAHMY Betty, *Substitution et univers carcéral*, SWAPS n° 6, juin 2002.

DOGIMONT Renaud, DAUMAS Jean-Louis, MOREAU François, VELLA Michel, ROBERT Pierre-Yves, *La santé en prison : surveiller et soigner*, in Entreprise Santé, n° 42, novembre-décembre 2002.

DINDO Sarah, *Santé : ce qu'il reste à faire*, in Dedans Dehors, n° 31, mai 2002, P. 7-9.

DREES, *La santé en prison : un cumul de facteurs de risque*, in DREES, Etudes et résultats, n° 4, janvier 1999.

DREES, *La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par le SMPR*, in DREES, Etudes et résultats, n° 181, juillet 2002.

EMMANUELLI Xavier, *les sept verrous de la médecine pénitentiaire*, in Esprit, n° 10, octobre 1992, pp. 136-139.

GARGOLY Céline, *Santé des détenus : des progrès à confirmer*, in Actulités sociales hebdomadaires, n° 2260, avril 2002, pp. 29-30.

MONCEAU Madeleine, JAEGER Marcel, *Détenus : l'accès aux soins*, in Informations sociales, n° 54, 1996, pp. 40-45.

MORADELL M., HALLEY DES FONTAINES V., *Les principaux risques d'exclusion des soins dans les pays de l'Union Européenne*, in Santé Publique, Volume 12, n° 4, 2000, pp. 513-527.

OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, *Première suspension de peine accordée à un grand malade*, in Dedans Dehors, n° 32, juillet 2002, p. 8.

OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, *Sauvetage des détenus en fin de vie orchestré par le Sénat*, in Dedans Dehors, n° 30, 30 mars 2002, p. 8.

OBRECHT Olivier, *Des progrès pour la santé en prison*, in Projet, n° 269, printemps 2002, pp. 110-117.

RICHARDOT L., *Prisons : quartiers à hauts risques sanitaires*, in Le journal de la démocratie sanitaire, octobre 2002, pp. 15-18.

ROY Philippe, *Détenus malades : appel pour "la même justice pour tous"*, in Le Quotifien du médecin, N°7192, octobre 2002.

### **Mémoires :**

BILLARD Serge, *La loi du 18 janvier 1994 : un nouveau dispositif de soins dans les prisons*, ENAP, 4e promotion de conseiller d'insertion et de probation, 2000.

BONHOMME Isabelle, *La qualité des soins aux détenus et l'inspection sanitaire*, ENSP, mémoire de médecin inspecteur de santé publique, Rennes, 1997.

DELIVET Vincent, *La création de l'unité de consultations et de soins ambulatoires de la maison d'arrêt de Paris-La Santé : un exemple de mise en oeuvre de la loi du 18 janvier 1994*, ENSP, mémoire de directeur d'hôpital, Rennes, 1996.

FARAUD Anne-Dominique, *La relation médecin-détenu et son évolution depuis la réforme de la médecine en milieu carcéral*, ENAP, 27e promotion de sous-directeur, 1998.

LECORPS Philippe (dir.), *La santé en prison : Objet complexe d'échanges entre détenus, surveillants et personnels soignants*, ENSP, mémoire de Module Interprofessionnel de Santé Publique, 2001.

LE MOIGN Raymond, *L'implantation d'une unité d'hospitalisation pour détenus au CHR d'Orléans*, ENSP, mémoire de directeur d'hôpital, Rennes, 1993.

PAJONI Marina, *De la détention à la sortie de prison, quel relais sanitaire ?*, ENAP, 5e promotion de conseiller d'insertion et de probation, 2001.

### **Documents internes :**

APOR, AP-HP, GROUPE HOSPITALIER PITIÉ-SALPÊTRIÈRE, *Programme Technique Détaillé concernant l'implantation d'une Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale*, 3 volumes, 11 août 2003.

CHIEZE François, DUTHEIL Eliane, *Projet médical de l'Etablissement Public de Santé National de Fresnes*, EPSNF / AP-HP (DPM), octobre 1998.

CHIEZE François, DUTHEIL Eliane, *Complémentarité au sein du pôle hospitalier sécurisée interrégionale EPSNF / AP-HP*, AP-HP (DPM), Novembre 1999.

CHU DE NANCY, *Projet de procédures pour l'UHSI*, septembre 2003.

DELPORTE, AUMOND, LAIGNEAU, *Etude de faisabilité financière pour l'UHSI du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière*, octobre 2002.

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS, DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE, *documents de travail du groupe interministériel UHSI*, DHOS / DAP, 2003.

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS, DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE, *guide de la prise en charge sanitaire des détenus*, ministère de la santé, 2002.

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS, DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE, *Projet de circulaire relative au schéma national d'hospitalisation des personnes détenues et au fonctionnement des UHSI*, 2002.

ETABLISSEMENT PUBLIC NATIONAL DE SANTE DE FRESNES, *Synthèses du groupe de travail concernant la participation de l'EPSNF à la consultation nationale sur l'élaboration de la loi Pénitentiaire*, EPSNF, 2001.

GROUPE HOSPITALIER PITIE-SALPETRIERE, *Rapport de présentation pour le choix du MOE*, 2003.

PREFECTURE DE POLICE DE PARIS, *Note du Commissaire Principal de la Compagnie de Surveillance et de Protection au Directeur de l'Ordre Public et de la Circulation relative à l'hospitalisation de détenus*, 1999.

**Articles :**

CHARLES Gilbert, *Qui doit aller en prison ?*, in L'Express, 30/03/2000.

DALEY Suzanne, *France learns its pride in prison system was misplaced*, in New York Times, 28/01/2000.

PRIEUR Cécile, *Les prisons débordées par l'afflux de malades mentaux*, in Le Monde, 17/04/2002.

PRIEUR Cécile, *Vers des cellules médicalisées en détention*, in Le Monde, 5/11/2002.

SAUBABER Delphine, *La folie sous écrou*, in L'Express, 12/02/2002.

SIMONNOT Dominique, *En prison, la justice rase les murs*, in Libération, 27/10/1999.

SIMONNOT Dominique, *Les prisons condamnées à l'immobilisme*, in Libération, 29/03/2002.

**Sites internet :**

[http://espace-ethique.org/dossiers\\_them/prisons/references.html](http://espace-ethique.org/dossiers_them/prisons/references.html)

<http://www.coe.fr/cm/reports/cmdocs/1997/f97cm179.html>

<http://www.correctionalhealth.org>

<http://www.justice.gouv.fr/publicat/santefr.html>

<http://www.ncchc.org>

<http://www.penitenciaire.com>

<http://www.prisons.eu.org>

<http://www.repercom.org/cedh14112002.html>

<http://www.reseauvoltaire.net>

<http://www.wma.net>

---

## Liste des annexes

---

Annexe A : Liste des entretiens

Annexe B : Enquête de la DREES en 1999 sur la santé en prison

Annexe C : Données 2003 sur l'administration pénitentiaire

Annexe D : Arrêté du 24 août 2000

Annexe E : Schéma d'organisation des soins aux détenus

Annexe F : Objectifs et positionnement des différents acteurs par rapport au projet UHSI

Annexe G : Plan de financement - demande de subvention à la DHOS

Annexe H : Schéma d'implantation de l'UHSI au groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

Annexe I : Plan de coupe du futur bâtiment

Annexe J : Schémas d'organisation fonctionnelle de l'UHSI

Annexe K : Fiche de synthèse des coûts en investissement

Annexe L : Plan d'équipement de l'UHSI du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

Annexe M : Livret d'accueil de l'UHSI de Lyon

**ANNEXE A :**  
**LISTE DES ENTRETIENS**

## **ENTRETIENS EFFECTUES**

### **Sylvie BALLANGER**

Praticien hospitalier responsable de l'UCSA du groupe hospitalier Cochin à la prison de la Santé,  
vice-présidente du SMEP (syndicat des médecins exerçant en prison)

### **François BES**

Chargé des questions de santé à l'Observatoire International des Prisons

### **Jean CAREL**

Ingénieur en chef directeur des travaux du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

### **Jacqueline CHARRE**

Directrice d'hôpital responsable du programme de soins aux détenus à la DHOS

### **Anne CHEVRIER**

Ingénieur biomédical directrice des équipements du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

### **François CHIEZE**

Responsable du pôle « santé publique » au siège de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

### **Alain COLLOMBET**

Directeur des Hôpitaux de Brabois au CHU de Nancy

### **Jean-Louis DAUMAS**

Directeur du centre de protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) d'Amiens

### **Eric HONORE**

Directeur adjoint du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) du Calvados

### **Isabelle KNAFF**

Directrice d'hôpital déléguée au pôle « cancérologie et soins aux détenus » au CHU de Lille

### **Isabelle KOCH**

Future cadre infirmier supérieur de l'UHSI du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

### **Thierry KURTH**

Directeur des ressources humaines du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière,  
précédemment directeur des Investissements du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

**Alain PARIS-ZUCCONI**

Directeur pénitentiaire de l'Etablissement Public de Santé National de Fresnes (EPSNF)

**M. ...**

Surveillant pénitentiaire à l'EPSNF faisant fonction de secrétaire médical

**Noëlle PENCIOLELLI**

Médecin Inspecteur de Santé Publique  
à la Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale d'Ile de France (DRASSIF)

**Jean-Louis PEROT**

Architecte ingénieur en chef des Hôpitaux de Brabois au CHU de Nancy

**Professeur Jean-Charles PIETTE**

Chef du service de médecine interne du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

**Francine PORTENGUEN**

Directrice des affaires médicales et de la stratégie du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

**Pierre-Yves ROBERT**

Praticien hospitalier responsable de l'UCSA du CHU de Nantes,  
Président de l'APSEP (association des professionnels de santé exerçant en prison)

**Véronique VASSEUR**

Praticien hospitalier, auteur du livre « Médecin-Chef à la prison de la Santé »

**Patrick WARDENSKI**

2e directeur adjoint du centre pénitentiaire de Caen



**ANNEXE B :**  
**ENQUETE DE LA DREES EN 1999**  
**SUR LA SANTE EN PRISON**



DIRECTION  
DE LA RECHERCHE  
DES ETUDES  
DE LEVALUATION  
ET DES STATISTIQUES

**drees**

# Études et Résultats

N° 4 • janvier 1999

*La grande majorité des personnes qui entrent en prison sont des hommes âgés de 18 à 40 ans. Ils ont fréquemment connu des problèmes sociaux avant leur incarcération, notamment en matière de logement et de couverture sociale. Malgré un état général jugé satisfaisant, un peu moins d'un tiers des entrants en prison cumulent les consommations à risque (alcool, tabac, drogues, psychotropes) et près d'une personne sur dix a besoin d'une prise en charge psychiatrique. Les femmes sont aussi nombreuses que les hommes à consommer des produits toxiques et elles requièrent plus souvent des soins. La situation des mineurs est également préoccupante.*

**Marie-Claude MOUQUET**  
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité,  
DREES, bureau état de santé de la population

**Martine DUMONT**  
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité,  
DGS, bureau âgées de la vie et populations

**Marie-Cécile BONNEVIE**  
Ministère de la Justice,  
DAP, bureau des politiques sociales et d'insertion

## La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque

La prise en charge sanitaire des détenus nécessite la connaissance de l'état de santé des personnes qui arrivent en prison. Une enquête (encadré : "L'enquête sur la santé des entrants en prison") menée au printemps 1997 sur l'ensemble des maisons d'arrêt et quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires (encadré Glossaire) qui accueillent la quasi-totalité des personnes arrivant du milieu libre, permet pour la première fois d'approcher ces besoins de santé à l'échelon national.

En 1997, la Direction de l'administration pénitentiaire a enregistré 75 825 entrées dans les 135 maisons d'arrêt et quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires (tableau 1) ; 3 602 (4,8%) ont concerné des mineurs et 3 835 (5,1%) des femmes.

### DES PROBLÈMES DE LOGEMENT ET DE COUVERTURE SOCIALE FRÉQUENTS AVANT L'INCARCÉRATION

Au moment de l'incarcération une personne sur cinq (tableau 2) n'a pas de domicile stable. Ces résultats sont à rapprocher de ceux d'une étude menée, en 1996, par la Direction de l'adminis-



MINISTÈRE DE L'EMPLOI  
ET DE LA SOLIDARITÉ

tration pénitentiaire sur les sortants de prison, selon laquelle environ 10% des détenus libérés déclaraient ne pas savoir où se loger à leur sortie de prison et 18% ne pas retrouver le logement qu'ils avaient avant leur incarcération.

La loi du 18 janvier 1994 organise la couverture sociale des détenus en les affiliant tous, dès l'incarcération, à l'assurance maladie et maternité du régime général de la Sécurité sociale. A l'arrivée en prison, 17,5% des entrants disent ne pas avoir de protection sociale et 5,5% bénéficiaire de l'aide médicale (tableau 2). Ces proportions sont nettement plus élevées que dans la population générale. L'enquête santé 1991-1992 montre, en effet, que la part des individus sans protection sociale s'élève à 0,3% et celle des bénéficiaires de l'aide médicale à 0,2%. Certes, cette enquête n'est réalisée qu'auprès des ménages «ordinaires», c'est-à-dire constitués de personnes vivant à leur domicile et ne prend pas en compte les difficultés des personnes sans domicile stable.

En outre, la population non affiliée à un régime de Sécurité sociale apparaît comme une population plutôt jeune, le plus souvent sans activité professionnelle, disposant de revenus faibles et composé d'une forte proportion d'étrangers. Les entrants en prison, relativement jeunes, avec

une part notable de sans-abri (5%) ou d'hébergés dans un domicile précaire (10%), se rapprochent donc par ces caractéristiques de la population non affiliée à la Sécurité sociale repérée par l'enquête santé.

Plus précisément, ce sont 57% des entrants en prison se déclarant sans abri qui disent ne pas avoir de protection sociale et 9,3% bénéficiaire de l'aide médicale. Ces proportions atteignent respectivement 47% et 9,2% pour les entrants qui déclarent un domicile précaire.

Près de six entrants sur dix (tableau 2) déclarent avoir eu recours au système de soins au moins une fois dans les douze mois précédant l'incarcération. Il s'agit le plus souvent d'une consultation ou d'une visite à domicile (54% des entrants). Comme dans l'ensemble de la population, les femmes ont été plus souvent en contact avec le système de soins : c'est le cas pour sept entrantes en prison sur dix contre un peu moins de six entrants masculins sur dix (58%). Compte tenu de l'âge de ces femmes, la différence s'explique vraisemblablement en partie par les suivis gynécologique et de la grossesse. Naturellement, les personnes sans protection sociale ont eu moins de recours au système de soins (seulement quatre entrants sur dix déclarent au moins un contact dans les douze mois précédents).

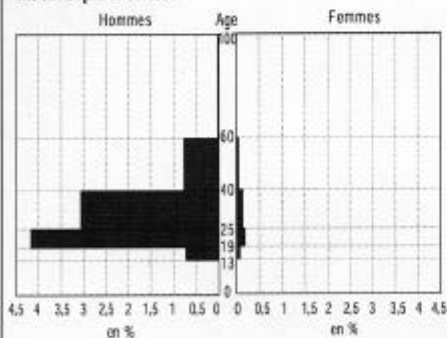
2

### LES PERSONNES QUI ENTRENT EN PRISON

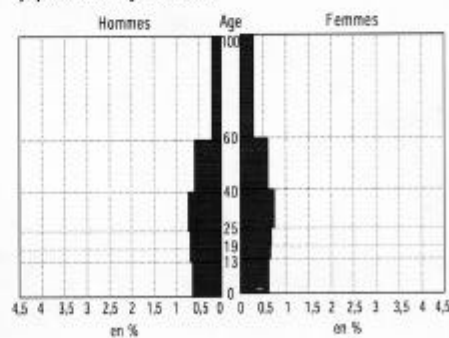
La population des entrants en prison est jeune. La moitié a moins de 28 ans à l'arrivée en détention. Près d'un entrant sur deux (46%) est un homme âgé de 25 à 39 ans (graphique 1). La part de cette sous-population dans l'ensemble des entrants est quatre fois plus élevée que dans la population française (11%). Mais ce sont les hommes âgés de 18 à 24 ans qui sont les plus susceptibles d'aller en prison. A l'arrivée en détention, la proportion de cette classe d'âge est six fois plus élevée que dans la population générale (29% contre 4,9%). Globalement en France métropolitaine, le taux annuel d'entrée en prison s'élève à 1,5 pour mille personnes âgées de 13 ans et plus. Il atteint 7,5 pour mille hommes âgés de 18 à 24 ans et 5,2 pour mille hommes âgés de 25 à 39 ans.

#### G.01 répartition par sexe et âge

entrant en prison en 1997



population au 1<sup>er</sup> janvier 1996



Champ : France entière  
Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - DREES, Bureau Etat de Santé de la Population et DGS, Bureau SP2

Champ : France métropolitaine  
Source : INSEE

### UN TIERS DES PERSONNES ARRIVANT EN DÉTENTION DÉCLARE UNE CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL

Les produits retenus dans cette étude comme étant "à risque" pour la santé sont des produits dont la consommation, licite ou non, peut entraîner une dépendance, né-

cessiter une prise en charge en cas de sevrage, modifier le comportement et/ou avoir des conséquences graves sur la santé. Les psychotropes, y compris ceux utilisés pour des traitements en cours, sont inclus dans l'analyse car, au-delà de leur effet thérapeutique, ils provoquent souvent une pharmacodépendance.

Sur cinq personnes arrivant en prison, près de quatre fument et près d'une consomme quotidiennement plus de vingt cigarettes (tableau 3). La proportion de fumeurs est plus élevée ayant 40 ans : environ quatre entrants sur cinq contre seulement deux sur trois entre 40 et 59 ans et un sur trois à partir de 60 ans (graphique 2). La proportion la plus importante de "gros fumeurs" (définis dans cet article comme fumant quotidiennement au moins 21 cigarettes) concerne les tranches d'âge 25-39 ans et 40-59 ans.

Un entrant en prison sur trois déclare une consommation excessive d'alcool (tableau 3), définie comme supérieure ou égale à cinq verres par jour quand elle est régulière, et supérieure ou égale à cinq verres consécutifs au moins une fois par mois quand elle est discontinue. La proportion de buveurs excessifs augmente avec l'âge et le type de consommation change (graphique 2). Avant 25 ans il s'agit dans les trois quarts des cas d'une consommation discontinue. Ensuite, la consommation régulière devient prédominante même si elle est associée dans environ le tiers des cas à une consommation discontinue.

Près du tiers des entrants déclare une consommation prolongée et régulière de drogues au cours des douze mois précédant l'incarcération (tableau 3). A l'évidence, cette fréquence élevée est liée à la répression du trafic et de l'usage de stupéfiants. Ainsi, selon les statistiques de l'administration pénitentiaire, au 1er janvier 1997, un cinquième des condamnations (20,2%) était liée, à titre principal, aux infractions à la législation sur les stupéfiants. Ce type d'infraction représente actuellement le deuxième motif de condamnation après le vol simple et qualifié (28,7%) et avant le viol ou autres agressions sexuelles (16,5%). Parmi les entrants en prison, 12% déclarent avoir utilisé une drogue par voie intraveineuse au moins une fois au cours de leur vie (tableau 3). Par ailleurs, à leur arrivée en prison, environ 7% des personnes déclarent bénéficier d'un traitement de substitution, neuf fois sur dix par subutex.

Enfin, près d'un entrant sur cinq déclare un traitement en cours par médicament psychotrope (tableau 3). Il s'agit, dans la plupart des cas, d'un traitement par anxiolytiques ou hypnotiques.

T-01 répartition des établissements pénitentiaires enquêtés en 1997

Nombre d'établissements		France métropolitaine	D.O.M.	France entière
Etablissements traditionnels	Maison d'arrêt	106	4	110
	Quartier maison d'arrêt	11	3	14
	Total	117	7	124
	Nombre d'entrants	64 584	2 216	66 800
Etablissements du programme T3 000	Maison d'arrêt	1	-	1
	Quartier maison d'arrêt	4	-	4
	Total	11	-	11
	Nombre d'entrants	9 025	-	9 025
Total	Maison d'arrêt	113	4	117
	Quartier maison d'arrêt	15	3	18
	Total	128	7	135
	Nombre d'entrants dont : Mineurs Femmes	73 609	2 216	75 825 3 602 3 835

Champ : France entière  
Source : Ministère de la Justice, Direction de l'Administration pénitentiaire

T-02 entrants en prison en 1997 - insertion sociale et accès aux soins avant l'incarcération

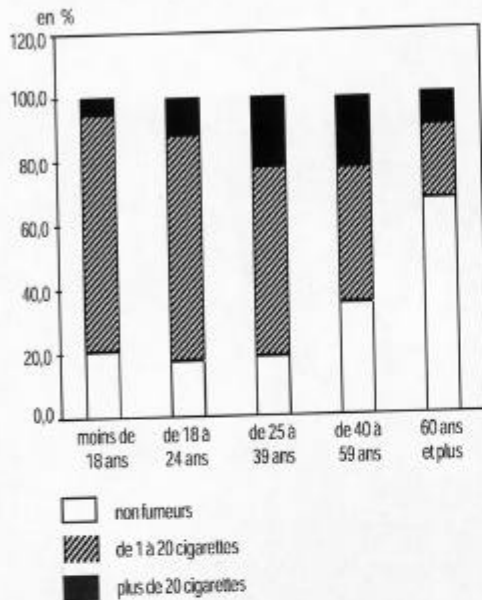
	en %
<b>Entrants déclarant, avant l'incarcération,</b>	
Un domicile stable	83,7
Un domicile précaire	10,1
Sans abri	5,0
Impossibilité de communiquer	0,9
Refus de répondre	0,3
Total	100,0
<b>Entrants déclarant, avant l'incarcération</b>	
Etre affilié à la Sécurité sociale	71,7
Avoir l'Aide médicale	5,5
Aucune protection sociale	17,5
Ne sait pas	4,0
Impossibilité de communiquer	1,0
Refus de répondre	0,3
Total	100,0
<b>Entrants déclarant avoir eu au moins un contact avec le système de soins dans les 12 mois précédant l'incarcération</b>	
Total (1)	58,3
dont : Consultation ou visite médicale	53,7
Hospitalisation d'au moins 4 jours pour traumatisme	7,3
Autre hospitalisation sauf en psychiatrie	8,9
Suivi régulier ou hospitalisation en psychiatrie	8,8
dont : proportion avec traitement en cours par des psychotropes	5,1

(1) Le total est inférieur à la somme des lignes, un même entrant ayant pu avoir plusieurs contacts avec le système de soins.

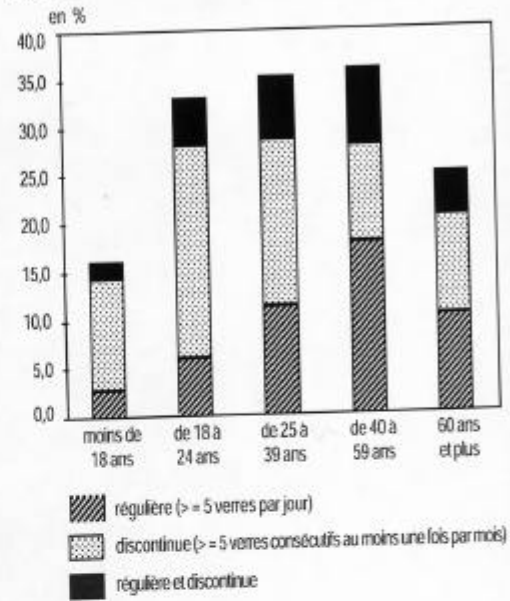
Champ : France entière  
Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES, Bureau Etat de Santé de la Population et DGS, Bureau SP2

**G.02** entrants en prison en 1997  
consommations à risque selon l'âge

entrants déclarant  
fumer habituellement par jour

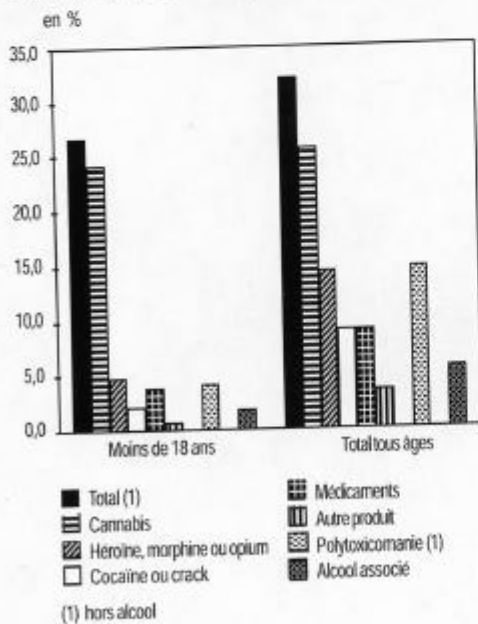


entrants déclarant  
une consommation excessive d'alcool

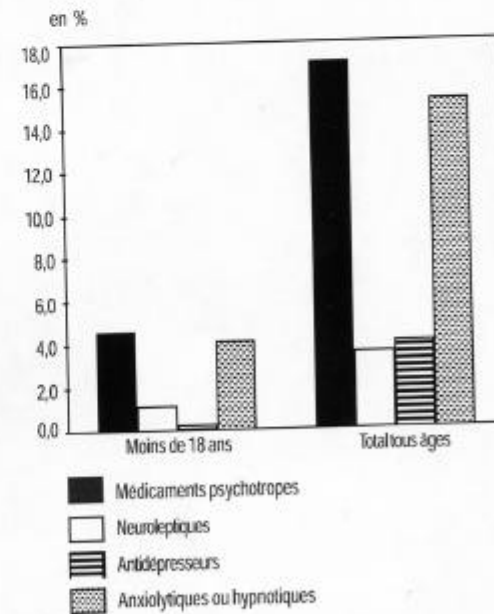


4

entrants déclarant  
une utilisation prolongée et régulière  
de drogues au cours des 12 mois précédant l'incarcération



entrants déclarant  
un traitement en cours par psychotropes



Champ : France entière  
Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - DREES, Bureau État de Santé de la Population et DGS, Bureau SP2

T-03 entrants en prison en 1997 consommations à risque et traitements de substitution		en %
Entrants déclarant fumer, habituellement, par jour		
De 1 à 5 cigarettes		6,3
De 6 à 20 cigarettes		52,8
Plus de 20 cigarettes		18,3
Non fumeur		21,5
Impossibilité de communiquer		0,7
Refus de répondre		0,3
Total		100,0
Entrants déclarant une consommation excessive d'alcool		
Régulière (>= 5 verres par jour)		10,3
Discontinue (>= 5 verres consécutifs au moins une fois par mois)		16,9
Régulière et discontinue		6,1
Total		33,3
Entrants déclarant une utilisation prolongée et régulière de drogues au cours des 12 mois précédant l'incarcération		
Total (1) (2)		32,0
dont : Cannabis		
Héroïne, morphine ou opium		14,4
Cocaine ou crack		8,9
Médicaments utilisés de façon toxicomaniaque		9,7
Autre produit (L.S.D., ecstasy, colles, solvants...)		3,4
Polytoxicomanie (3)		14,6
Alcool associé		5,6
Entrants déclarant une utilisation de drogue par voie intra-veineuse		
Au moins 1 fois		11,8
Au cours des 12 mois précédant l'incarcération		6,2
Entrants déclarant un traitement de substitution en cours par		
Méthadone		0,6
Subutex		6,3
Entrants déclarant un traitement en cours par psychotropes		
Total (1)		17,1
dont : Neuroleptiques		
Antidépresseurs		3,9
Anxiolytiques ou hypnotiques		4,0
		15,2

(1) Le total est inférieur à la somme des lignes, un même entrant pouvant consommer plusieurs produits.

(2) Utilisation d'au moins une substance hors alcool associé.

(3) Utilisation d'au moins deux substances hors alcool associé.

Champ : France entière

Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - DREES, Bureau État de Santé de la Population et DGS, Bureau SP2

### EN NE TENANT COMPTE POUR LE TABAC QUE DES "GROS FUMEURS", LES CONSOMMATIONS À RISQUE SE CUMULENT POUR PRÈS DE 30% DES PERSONNES QUI ENTRENT EN PRISON

28% des entrants en prison déclarent au moins deux consommations à risque parmi les suivantes : consommation importante de tabac, consommation excessive régulière ou discontinue d'alcool, utilisation prolongée et régulière de drogues dans les douze mois précédant l'incarcération ou traitement à base de médicaments psychotropes en cours à l'arrivée (tableau 4). L'association la plus fré-

T-04 entrants en prison en 1997 consommations à risque (1) cumulées		en %
Entrants déclarant consommer		
Quatre "produits" : psychotropes, alcool, drogues et tabac		1,6
Trois "produits"		7,6
Psychotropes, alcool et drogues		2,9
Psychotropes, alcool et tabac		1,1
Psychotropes, drogues et tabac		1,5
Alcool, drogues et tabac		2,4
Deux "produits"		18,9
Psychotropes et alcool		2,2
Psychotropes et drogues		3,0
Psychotropes et tabac		0,9
Alcool et drogues		7,0
Alcool et tabac		3,9
Drogues et tabac		2,0
Un seul "produit"		32,8
Psychotropes		4,2
Alcool		12,4
Drogues		11,4
Tabac		4,8
Aucun "produit"		38,2
Impossibilité de communiquer		0,7
Refus de répondre		0,3
Total		100,0

(1) Traitement en cours par médicaments psychotropes (neuroleptiques, antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques), tabac à partir de 21 cigarettes par jour, alcool excessif régulier et/ou discontinu et drogues régulières (y compris médicaments utilisés de façon toxicomaniaque, non compris alcool associé).

Champ : France entière

source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - DREES, Bureau État de Santé de la Population et DGS, Bureau SP2

quenté, alcool et drogues, concerne près de la moitié des personnes arrivant en détention (13,5%). En outre, 30% de ceux qui sont consommateurs de drogues dures (utilisateurs d'au moins une substance hors cannabis et alcool associé) fument plus de vingt cigarettes par jour et 43% ont une consommation excessive d'alcool.

En outre, si l'on excepte les fumeurs en dessous de 21 cigarettes quotidiennes, un entrant en prison sur trois déclare une seule consommation à risque, le plus souvent alcool ou drogue.

### UN ÉTAT GÉNÉRAL JUGÉ PLUTÔT BON...

Après l'examen clinique d'entrée, les médecins jugent les trois quarts des entrants en bon état général (tableau 5). A l'inverse, 1,6% présentent un mauvais état général.

Par ailleurs, les médecins estiment que la moitié des arrivants en détention a besoin de soins dentaires, non urgents dans la très grande majorité des cas (95%). Toutefois, 2,6% des entrants requièrent des soins bucco-dentaires urgents (tableau 5).

### ...MAIS DES MALADIES QUI NÉCESSITENT LA POURSUITE DES TRAITEMENTS EN PRISON...

Les traitements médicamenteux en cours à l'arrivée font apparaître des maladies dont le traitement doit se poursuivre en prison. Hormis les problèmes de santé mentale, il s'agit le plus souvent d'asthme, de maladies cardio-vasculaires et d'épilepsie. En effet, 3,7% des entrants prennent des broncho-dilatateurs et anti-asthmatiques, 2,3% des anti-HTA, anti-angor ou anticoagulants et 1,3% des anticomitiaux (tableau 5).

Près d'un entrant sur deux déclare avoir fait un test de dépistage du SIDA avant l'incarcération et 1,7% être séropositif (tableau 5). Parmi ces derniers, un peu moins de quatre sur dix (38%) ont un traitement en cours par antirétroviraux. L'enquête sur l'infection à VIH en milieu pénitentiaire réalisée en 1997 indique que 1,6% des personnes incarcérées en maison d'arrêt étaient connues des soignants comme atteintes par le VIH le jour de l'enquête, soit un taux de prévalence trois à quatre fois supérieur à celui constaté dans la population générale pour les mêmes caractéristiques de sexe et d'âge.

#### LES CONSOMMATIONS À RISQUE CONCERNENT AUSSI FRÉQUEMMENT LES FEMMES QUE LES HOMMES ARRIVANT EN DÉTENTION

L'étude des indices comparatifs (encadré "La comparaison des consommations à risque : la méthode des indices comparatifs") montre que le nombre de femmes entrant en prison consommatrices à risque atteignent des niveaux alarmants. Ainsi les proportions de fumeuses ou d'utilisatrices de drogues se rapprochent de celles des hommes.

En effet, à leur arrivée en prison, la proportion de femmes âgées de 18 ans et plus, fumant au moins 20 cigarettes, est deux fois plus élevée que celle observée pour les hommes dans la population générale, tandis que celle des entrants masculins l'est 2,4 fois plus. Dans la population générale, cette proportion est 2,6 fois moins élevée pour les femmes que pour les hommes. De même, chez les entrants en prison, la proportion standardisée de non-fumeuses est 1,6 fois moins élevée pour les femmes et 2,6 fois moins élevée pour les hommes. Dans la population générale, la proportion de non-fumeuses est 1,3 fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

Les femmes déclarent une consommation régulière de drogue dans l'année précédant l'incarcération un peu moins souvent que les hommes (26% contre 32%). Toutefois, la proportion d'entrants polytoxicomanes (utilisateurs d'au moins deux substances hors alcool associée) est voisine pour les deux sexes (14,3% chez les femmes et 14,7% chez les hommes). La consommation de drogues touche trois fois plus d'hommes arrivant en prison et 2,7 fois plus de femmes que d'hommes dans la population générale. Or, il faut aussi savoir que, dans la population générale, la proportion de femmes toxicomanes est deux fois plus faible que celle des hommes. Cette situation est en partie liée à la sur-représentation en prison des femmes incarcérées pour infraction à la législation sur les stupéfiants.

En ce qui concerne la consommation d'alcool, la proportion de femmes âgées de 18 ans et plus qui, à l'entrée en prison, se déclarent comme des buveuses régulières excessives reste bien inférieure à celle des hommes. Elle est, toutefois, seulement 2,6 fois moins élevée que celle des hommes dans la population générale alors que celle des femmes dans la population générale l'est 17,5 fois moins.

Pour les 20 ans et plus, la proportion de consommateurs de psychotropes par rapport aux hommes dans la population générale est 6,5 fois plus élevée pour les hommes et 10,2 fois pour les femmes entrant en prison. La situation est défavorable pour les femmes aussi bien dans la population générale qu'à l'entrée en prison.

#### LES FEMMES REQUIÈRENT PLUS DE SOINS QUE LES HOMMES

Femmes et hommes arrivant en prison sont aussi fréquemment jugés en bon état général (76% contre 77%). Les femmes ont, en outre, un meilleur état bucco-dentaire : il a été jugé bon par le médecin pour près de trois d'entre elles sur cinq (57%) contre seulement pour un entrant masculin sur deux (49%).

À l'arrivée en prison, les femmes se déclarent plus souvent que les hommes traitées pour des problèmes d'asthme et d'épilepsie. Les proportions d'entrantes prenant des médicaments en rapport avec ces pathologies atteignent respectivement 7,2% (contre 3,5% pour les hommes) pour les broncho-dilatateurs et anti-asthmatiques et 2,1% (contre 1,3% pour les hommes) pour les anticomitiaux. En revanche, elles sont moins souvent traitées pour des maladies cardio-vasculaires : 1,1% des entrantes ont un traitement en cours par anti-HTA, anti-angor ou anticoagulants contre 2,3% des hommes.

Les femmes déclarent avoir effectué des tests de dépistage du SIDA, de l'hépatite B et/ou de l'hépatite C un peu plus souvent que les hommes (52% contre 49%). Les proportions d'entrantes déclarant au moins un résultat positif sont également plus importantes (9,6% contre 6,4%). Ceci est probablement lié à la sur-représentation à l'entrée en prison des femmes toxicomanes et des utilisatrices de drogues par voie intraveineuse.

La nécessité d'une prise en charge psychiatrique apparaît également plus fréquente : 13% des femmes déclarent avoir eu un suivi ou une hospitalisation psychiatriques dans les douze mois précédant l'incarcération (contre 8,6% des hommes). De même, la prise de médicaments psychotropes les concerne beaucoup plus souvent (26% contre 17% pour les hommes). L'écart le plus important concerne les antidépresseurs avec 9,1% d'utilisatrices contre 3,5% des entrants masculins. Enfin, une consultation spécialisée en psychiatrie est prescrite à l'entrée en prison pour 16% des femmes (contre 8,5% des hommes) et une consultation de toxicomanie pour 9,3% d'entre-elles (contre 6,6% des hommes).

Par ailleurs, près des trois quarts des entrantes ont entre 18 et 39 ans, période de vie féconde des femmes. Une consultation spécialisée de gynécologie a été prescrite pour environ une entrante sur cinq (19,5%).

6

drees

ÉTUDES  
et RÉSULTATS

N° 4  
Janvier 1999

De même, un entrant en prison sur quatre déclare avoir fait un test de dépistage de l'hépatite B avant l'incarcération et un sur cinq de l'hépatite C. Les taux de séropositivité déclarés s'élèvent respectivement à 2,3% pour le VHB et 4,4% pour le VHC. Le recours moins fréquent

au dépistage des hépatites peut en partie s'expliquer par le fait qu'il s'agit de campagnes plus récentes. Toutefois, 14% des personnes arrivant en prison déclarent avoir eu une vaccination complète contre l'hépatite B avant leur incarcération. Parmi ceux qui se déclarent séropositifs pour l'hépatite C, 3,7% disent avoir un traitement en cours par interféron.

Les entrants en prison qui se sont injecté une drogue par voie intraveineuse au moins une fois au cours de leur vie (12% dont un peu plus de la moitié dans les douze mois précédant l'incarcération) sont plus nombreux à avoir fait pratiquer des examens de dépistage. Ainsi, moins d'un sur cinq (17%) déclare n'avoir effectué aucun test de dépistage la moitié pour l'ensemble des entrants (graphique 3). Ils sont aussi beaucoup plus nombreux à déclarer des résultats positifs. Toutefois, ces résultats purement déclaratifs sont, en particulier pour les hépatites, fragiles.

T-05 entrants en prison en 1997 appréciation de l'état de santé		en %
<b>Entrants dont l'état général est jugé</b>		
Bon		77,1
Moyen		21,2
Mauvais		1,6
Total		100,0
<b>Entrants dont l'état bucco-dentaire est jugé</b>		
Bon		49,7
Nécessitant des soins à programmer		47,7
Nécessitant des soins en urgence		2,6
Total		100,0
<b>Entrants déclarant un traitement en cours par</b>		
Bronchodilatateurs et anti-asthmatiques		3,7
Antituberculeux		0,1
Anticomitiaux		1,3
Insuline		0,4
Anti-HTA, anti-angor ou anticoagulants		2,3
AZT et autres antirétroviraux		0,8
Interféron		0,3
<b>Entrants déclarant avoir eu des tests de dépistage du SIDA, de l'hépatite B et/ou de l'hépatite C avant l'incarcération</b>		
Les trois tests		17,1
Deux tests		7,9
SIDA et hépatite B		5,6
SIDA et hépatite C		1,6
Hépatite B et hépatite C		0,6
Un seul test		24,1
SIDA		22,7
Hépatite B		1,6
Hépatite C		0,4
Aucun test		49,6
Impossibilité de communiquer		1,0
Refus de répondre		0,3
Total		100,0
<b>Entrants déclarant une séropositivité VIH, VHB et/ou VHC au moment de l'incarcération</b>		
Les trois séropositivités		0,3
Deux séropositivités		1,2
VIH et VHB		0,7
VIH et VHC		0,3
VHB et VHC		0,6
Une seule séropositivité		5,0
VIH		0,9
VHB		1,1
VHC		3,0
<b>Entrants déclarant avoir eu avant l'incarcération</b>		
Une vaccination complète contre l'hépatite B		13,7

Champ : France entière  
Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - DREES, Bureau Etat de Santé de la Population et DGS, Bureau SP2

#### L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DES ENTRANTS EN PRISON

Pour pallier la pénurie de données sur la situation sanitaire des personnes incarcérées, la loi du 18 janvier 1994 transférant la prise en charge sanitaire des détenus du service public pénitentiaire au service public hospitalier, a prévu dans ses textes d'application la mise en place d'un recueil de données épidémiologiques collectées lors de la visite d'entrée, conformément à une fiche type dont le modèle est fixé par un arrêté conjoint des ministres de la justice et de la santé (article R.711-13 1° du décret n° 94-929 du 27 octobre 1994).

Suite aux travaux de l'Observatoire régional de la santé de Provence Alpes-Côte-d'Azur de 1993 et de 1994, un modèle de fiche a été conçu, à la demande de la Direction générale de la santé, avec le Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI).

Après expérimentation en 1996, cette fiche a servi de support à une enquête réalisée en 1997, sur une période de trois mois (mai, juin et juillet), dans l'ensemble des maisons d'arrêt et quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires y compris ceux du «programme 13 000» (encadré Glossaire).

La durée d'enquête a été modulée en fonction du nombre d'entrants en 1995, dernières données alors disponibles. Les établissements pénitentiaires concernés, 135 au total (tableau 1), ont été répartis en trois groupes :

- gros établissements (plus de 600 entrants en 1995) enquêtés du 2 au 31 mai 1997,
- établissements moyens (de 300 à 600 entrants en 1995) enquêtés du 2 mai au 30 juin 1997,
- petits établissements (moins de 300 entrants en 1995) enquêtés du 2 mai au 31 juillet 1997.

Cette opération a permis de collecter 8 728 fiches sur les 10 171 entrants dans la période d'enquête correspondant à un taux de couverture de 86%. On considère que les fiches manquantes se répartissent de manière aléatoire et que l'échantillon ainsi constitué est représentatif des 75 825 entrants en maison d'arrêt en 1997.

ÉTUDES  
et RÉSULTATS

N° 4  
janvier 1999

drees



**A LEUR ARRIVÉE EN PRISON, 79% DES MINEURS FUMENT ET 16% ONT UNE CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL...**

Bien que naturellement inférieures à celles des entrants en prison majeurs (graphique 2), les proportions de mineurs entrant en prison qui déclarent des consommations à risque atteignent des niveaux importants. Ainsi, environ quatre mineurs sur cinq déclarent fumer du tabac et la consommation quotidienne dépasse 20 cigarettes pour 6,7% d'entre eux. Plus d'un entrant mineur sur six (16%) déclare avoir une consommation excessive d'alcool, sept fois sur dix sur le mode discontinu. Plus du quart des entrants mineurs (27%) déclare l'utilisation habituelle de drogues dans les douze mois précédant l'incarcération. Le plus souvent il s'agit de cannabis (24% des entrants mineurs). Mais près d'un sur vingt (4,8%) dit avoir régulièrement utilisé des opiacés (héroïne, morphine ou opium). Enfin, près d'un mineur arrivant en détention sur vingt (4,5%) suit déjà un traitement par médicaments psychotropes.

**...ET PRÈS D'UN SUR DIX A DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE**

À l'examen clinique, les médecins ont jugé les arrivants mineurs en bon état général dans 95% des cas et avec un bon état bucco-dentaire dans les deux tiers des cas. Cependant, cette enquête réalisée à l'arrivée en prison, fait apparaître pour eux deux problèmes importants de santé. Le premier relève de la santé mentale. En effet, 9,1% de ces mineurs déclarent avoir eu un suivi régulier ou une hospitalisation en psychiatrie dans les douze mois précédant l'incarcération et, hors motifs liés à l'alcoolisme ou à la toxicomanie, une consultation spécialisée en psychiatrie est prescrite pour 9,4% d'entre eux. Le second concerne l'asthme : 6,1% déclarent un traitement en cours par broncho-dilatateurs et anti-asthmatiques (3,7% pour l'ensemble des entrants).

Le risque de contamination par des maladies virales lié à la toxicomanie semble toutefois assez limité. Seuls 1,4% des mineurs arrivant en prison déclarent avoir déjà utilisé de la drogue par voie intra-veineuse au moins une fois dans leur vie (contre 12% pour l'ensemble) et ceux qui déclarent une séropositivité VIH, VHB et/ou VHC sont en nombre très faible. Enfin, 32% des entrants mineurs déclarent une vaccination complète contre l'hépatite B. Cette proportion, très supérieure à celle déclarée par les majeurs, est probablement liée aux campagnes de vaccination réalisées auprès des adolescents.

**T-06 entrants en prison en 1997 - examens complémentaires et consultations spécialisées prescrits**

	en %
Entrants pour lesquels le médecin a prescrit un examen biologique (1)	
Ensemble des entrants	41,3
Entrants consommateurs de drogues par voie intra-veineuse au moins une fois	66,2
Entrants ayant eu un test de dépistage VIH, VHB et/ou VHC avant l'incarcération	41,9
Entrants positifs VIH, VHB et/ou VHC avant l'incarcération	68,9
Entrants pour lesquels le médecin a prescrit	
Un examen d'imagerie (2)	4,8
Entrants pour lesquels le médecin a prescrit	
Au moins une consultation spécialisée (3)	21,7
dont : Gynécologie (4)	19,5
Ophthalmologie	7,3
O.R.L.	0,6
Dermatologie	1,2
Gastro-entérologie	0,8
Suivi de l'infection par le V.I.H.	7,0
Psychiatrie (hors motif relatif à l'alcoolisme et/ou la toxicomanie)	
Ensemble des entrants	8,8
Entrants suivis régulièrement ou hospitalisés en psychiatrie dans les 12 mois précédant l'incarcération	36,8
Entrants ayant en cours un traitement par médicaments psychotropes	25,2
Alcoolologie ou psychiatrie pour motif en relation avec l'alcoolisme	4,0
Toxicomanie ou psychiatrie pour motif en relation avec la toxicomanie	6,7

(1) Hors sérologie de la syphilis.  
(2) Radiologie, scanner, IRM, scintigraphie, échographie ... hors dépistage de la tuberculose et radio dentaire.  
(3) Le total est inférieur à la somme des lignes, plusieurs consultations spécialisées pouvant être prescrites pour le même entrant.  
Champ : France entière  
source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - DREES, Bureau État de Santé de la Population et DGS, Bureau SP2

**LA COMPARAISON DES CONSOMMATIONS À RISQUE : LA MÉTHODE DES INDICES COMPARATIFS**

Pour comparer entre elles deux populations ayant des répartitions par sexe et par âge aussi différentes que les entrants en prison et la population générale, il est nécessaire d'éliminer les effets liés à cette différence structurelle. La méthode des indices comparatifs utilisée ici est une méthode de standardisation indirecte sur l'âge. Elle consiste à faire le rapport entre les résultats observés dans la population étudiée et des résultats attendus pour cette population calculés en appliquant à l'effectif de chacune de ses tranches d'âge les résultats obtenus pour une population type.

Les données en population générale utilisées ici pour les consommations de tabac et d'alcool des 18 ans et plus et de psychotropes des 20 ans et plus proviennent de l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 1991-1992. Pour la consommation de drogue dans les douze mois précédents, ce sont les résultats du Baromètre Santé adultes 95/96 du Comité français d'éducation pour la santé (CFES) qui ont servi de données de référence en population générale. Les caractéristiques de la population de référence choisie sont celles des hommes telles qu'elles ressortent dans ces enquêtes. Par ailleurs, les données disponibles en population générale ne concernant que la France métropolitaine, les comparaisons effectuées excluent les personnes entrant dans les établissements pénitentiaires des DOM.

**ANNEXE C :**  
**DONNEES SUR**  
**L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE**

# L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

## Les structures

**Au 1er juin 2003**

**(métropole, départements, territoires d'outre-mer et collectivités territoriales)**

### ■ 188 établissements pénitentiaires

• **118 maisons d'arrêt** recevant les prévenus et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur ou égal à un an.

• **57 établissements pour peine** dont :

• **24 centres de détention** accueillant les condamnés d'un an et plus considérés comme présentant les perspectives de réinsertion les meilleures. A ce titre, les CD ont un régime de détention principalement orienté vers la resocialisation des détenus.

• **28 centres pénitentiaires**, établissements mixtes qui comprennent au moins deux quartiers à régime de détention différents (maisons d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale).

• **5 maisons centrales** recevant les condamnés les plus difficiles. Leur régime de détention est essentiellement axé sur la sécurité.

• **13 centres de semi-liberté autonomes**, recevant les condamnés admis au régime de la semi-liberté ou du placement à l'extérieur sans surveillance.

et : **1 établissement public de santé nationale à Fresnes.**

### ■ 48 603 places "opérationnelles"

- 29 558 en maison d'arrêt et quartiers maisons d'arrêt
- 14 639 en centres et quartiers centres de détention
- 2 298 en maisons centrales et quartiers maisons centrales
- 164 en quartier centre pour peine aménagée (CPA)
- 1 944 en centres et quartiers de semi-liberté

La capacité théorique étant de 49 120 places à la même date. Ne sont pas prises en compte les 207 places de l'établissement public de santé nationale de Fresnes.

En 2003, un second CPA a été ouvert au CP de Metz (après celui de Marseille ouvert en 2002), la MA de Seysses (près de Toulouse) a été mise en service le 26 janvier et le CP du Pontet (près d'Avignon) le 23 mars.

### ■ 102 services pénitentiaires d'insertion et de probation

Les SPIP ont été créés par le décret n°99-276 du 13.4.1999 modifiant le Code de procédure pénale, dans 96 départements de métropole et 4 départements d'outre-mer.

Deux services en Polynésie française et Nouvelle-Calédonie restent en cours de création.

Les SPIP sont structurés en :

- 102 sièges
- 163 entités opérationnelles (services ou antennes) mixtes
- 24 entités opérationnelles (services ou antennes) dédiées au milieu fermé, desservant un ou plusieurs établissements pénitentiaires
  - 44 entités opérationnelles (services ou antennes) dédiées au milieu ouvert, desservant le ressort de compétence d'une juridiction.

## Les populations prises en charge

### ■ En détention

Au 1er juillet 2003, en métropole et outre-mer, **60 963 détenus** dont :

- 21 925 prévenus et 39 038 condamnés
- 2 275 femmes détenues, soit 3,7% de l'ensemble.

Au 1er juillet 2003 le taux de détention, en métropole + OM, est de 99,3 détenus pour 100 000 habitants (contre 75,6 pour 100 000 habitants au 1er janvier 2001).

Au 1er avril 2003 en métropole et outre-mer : répartition par âge

	en %
Moins de 18 ans	1,4
18 à 21 ans	9,0
21 à 25 ans	17,6
25 à 30 ans	18,5
30 à 40 ans	26,1
40 à 50 ans	16,2
50 à 60 ans	8,0
60 et plus	3,1

78,4% des détenus sont français, 21,6% étrangers (y compris les apatrides et les nationalités mal définies).

### Durée moyenne de détention

La durée moyenne de détention, en métropole : 7,5 mois pour l'année 2002 (4,3 mois en 1975).

Pour les prévenus, la durée moyenne de détention provisoire : 3,8 mois pour l'année 2002 en métropole (1975 : 2,4 mois).

**Condamnés** au 1er avril 2003 en métropole et outre-mer

Répartition selon la durée de la peine :

- inférieure à 1 an : 31,3%
- de 1 à 3 ans : 22,7%
- de 3 à 5 ans : 9,9%
- plus de 5 ans : 36,0% (dont 542 réclusions criminelles à perpétuité : 1,5%)

Répartition selon la nature de l'infraction principale commise

	%
viol et autres agressions sexuelles (sur mineur ou adulte + exhibitions sexuelles.)	22,2
coups et blessures volontaires	15,5
infraction à la législation sur les stupéfiants	12,7
vol simple et qualifié	20,3
homicide volontaire	9,0
escroquerie, recel, faux et usage de faux	6,3
homicide et atteinte involontaire à l'intégrité de la personne	4,9
infraction à la législation sur les étrangers	2,1
autre motif.	7,1

## ■ En milieu ouvert

### Au 1er janvier 2003 en métropole et outre-mer

**129 269 personnes** sont suivies par les SPIP au titre d'au moins une mesure, soit avant le jugement (suivi pré-sentenciel), soit après, pour l'exécution d'une peine.

A cette date, les SPIP suivent 139 361 mesures dont :

	Nombre
Sursis avec mise à l'épreuve	107 846
Travail d'intérêt général (TIG)	19 106
Libération conditionnelle	6 056
Contrôles judiciaires à la demande des magistrats instructeurs	3 972
Ajournements avec mise à l'épreuve	697

### En outre, au cours de l'année 2002, les SPIP ont réalisé 45 766 interventions :

- 23 559 enquêtes dans le cadre de l'article D. 49.1 qui permet aux JAP d'envisager l'exécution des peines d'emprisonnement inférieures à 1 an en semi-liberté, en libération conditionnelle ou en placement à l'extérieur
- 8 661 enquêtes rapides menées à la demande des parquets ou des magistrats instructeurs
- 9 260 sortants de prison accueillis
- 4 286 enquêtes menées pour l'instruction de projets de libération conditionnelle.

## ■ Les mesures d'individualisation

Les détenus peuvent bénéficier de 3 mois par année d'incarcération, ou 7 jours par mois, de réduction de peine s'ils ont donné des preuves suffisantes de bonne conduite (article 721 du Code de procédure pénale).

Ils peuvent bénéficier d'une réduction de peine supplémentaire de 2 mois par année d'incarcération s'ils sont délinquants primaires ou d'1 mois s'ils sont récidivistes, après un an de détention et s'ils font preuve d'efforts sérieux de réadaptation sociale (article 721.1 du CPP).

**Au cours de l'année 2002, 102 081 réductions de peine ont été examinées dont 94 223 accordées** (soit un taux de 92,30 %).

### En 2002 (en métropole et outre-mer)

**31 777 permissions de sortir ont été accordées pour :**

	Nombre
maintien des liens familiaux	23 616
présentation à un employeur	4 415
remplir des formalités militaires	1 170
présentation à un examen médical ou psychologique	1 001
présentation à un examen scolaire ou professionnel	825
des circonstances familiales graves	750

Le taux de non-retour a été de 0,8 % (262 détenus).

**2 550 décisions de placement à l'extérieur ont été prononcées :**

- 1 639 sans surveillance continue
- 911 avec surveillance continue.

Elles ont été prises pour :

- exercer un travail (1 786 décisions)
- suivre une formation rémunérée (460 décisions)
- suivre une activité non rémunérée (137 décisions)
- suivre des soins ou dans le cadre du RMI (167 décisions).

Elles sont prononcées :

- dès l'incarcération (art. D. 49.1 du CPP) : 571 décisions
- en cours d'exécution de peine (art. D. 137 du CPP) : 1 979 décisions.

Dans 36,7 % des cas, l'hébergement se fait dans un établissement pénitentiaire.

**6 527 placements en semi-liberté ont été prononcés :**

- 3 585 (54,9 %) dès l'incarcération (art. D. 49.1 du CPP)
- 2 793 (42,8 %) en cours d'exécution de peine (art. D. 137 du CPP)
- 149 (2,3 %) prononcés par le tribunal.

**Décisions d'admission à la libération conditionnelle prises :**

- 4 876 par les juges d'application des peines (durée de la peine inférieure à 10 ans et 10 ans et plus avec un reliquat inférieur à 3 ans)
- 180 par les juridictions régionales de la libération conditionnelle (peine 10 ans et plus avec un reliquat supérieur à 3 ans).

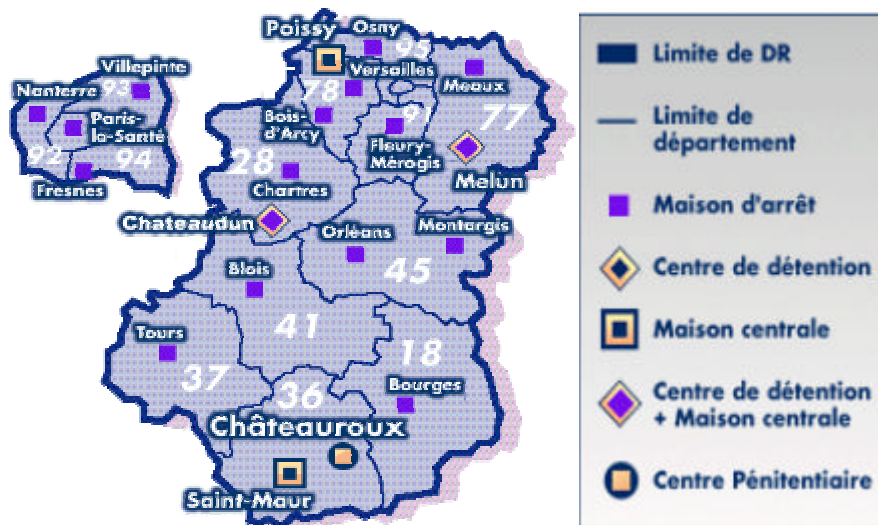
**Depuis le 1er janvier 2001, en application de la loi no 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes, le garde des Sceaux n'a plus compétence pour octroyer des mesures de libération conditionnelle dans quelque cas que ce soit.**

**Toute admission à une libération conditionnelle relève désormais des juridictions de l'application des peines.**

**Décisions de placement sous bracelet électronique : 358 depuis le 1er janvier 2003.**

216 placements en cours au 1er juillet 2003.

© Ministère de la justice - Juillet 2003



**DIRECTION REGIONALE DE PARIS**

**ANNEXE D :**  
**ARRETE DU 24 AOUT 2000**

**Textes généraux**

**Ministère de l'emploi et de la solidarité**

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

NOR: MESH0022669A

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

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

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

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

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

Arrêtent :

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## A N N E X E

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

#### 1. Implantation générale de l'unité

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

La situation en étage et en extrémité de bâtiment est à privilégier. Hormis la zone de dépôt des détenus, l'implantation en rez-de-chaussée est, autant que faire se peut, à éviter.

Quel que soit l'emplacement choisi, il n'est pas prévu de cour de promenade spécifique pour les besoins de l'unité.

Pour des raisons de sécurité, l'emplacement sera choisi en excluant les vis-à-vis proches, faisant face ou surplombant l'unité, qu'ils soient construits (bâtiments, pylônes) ou naturels (butte, colline).

#### 2. Fonctionnalité générale

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3. Spécifications fonctionnelles et architecturales

#### des locaux pour une unité type de 16-21 lits

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

La zone d'entrée et de contrôle ;

Les locaux de parloir ;

L'unité de soins proprement dite.

#### 3.1. La zone d'entrée et de contrôle

C'est la zone de contrôle de l'ensemble des accès placée sous l'autorité des personnels de police ou de gendarmerie. Toute personne ou véhicule devant entrer ou sortir de l'unité doivent passer par cette zone et y être contrôlés.

Elle est conçue selon le schéma fonctionnel figurant en annexe 6-2.

##### 3.1. a) Accès des véhicules de transport des détenus

Une zone particulière sera réservée pour le départ et l'arrivée des véhicules de transfert entre les établissements pénitentiaires et l'UHSl. Cette zone sera constituée d'un volume fermé, sécurisé, clos par une porte permettant l'accès des véhicules et placée sous surveillance extérieure vidéo, avec liaison par interphone au poste de contrôle central.

La porte d'accès à l'unité, placée intérieurement et extérieurement sous surveillance vidéo, est équipée d'une condamnation télécommandée à partir du poste de contrôle central.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'agent en poste sera chargé du contrôle des entrées et des sorties de l'unité et de la gestion des systèmes de surveillance périmétrique (vidéo, alarmes...).

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

### 3.1. d) Les bureaux des chefs de poste

(administration pénitentiaire et police ou gendarmerie)

Deux bureaux, de 10 m<sup>2</sup> chacun, pour les responsables des personnels pénitentiaires et de police ou gendarmerie seront prévus. Ils seront positionnés, pour le premier, à l'intérieur de l'unité d'hospitalisation et, pour le second, à proximité du poste de contrôle central.

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

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

Les personnels de police ou de gendarmerie :

- un local de détente (15 à 20 m<sup>2</sup>) ;
- un vestiaire hommes (effectif 15 hommes) ;
- un vestiaire femmes (effectif 5 femmes).

Les personnels de l'administration pénitentiaire :

- un local de détente et de repos (15 à 20 m<sup>2</sup>) ;
- un vestiaire hommes (effectif 15 hommes) ;
- un vestiaire femmes (effectif 2 femmes).

L'ensemble de ces personnels :

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

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

Les vestiaires seront équipés d'armoires individuelles de rangement.

### 3.1. f) Armurerie (4 m<sup>2</sup>)

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

## 3.2. Les locaux de parloirs (16 m<sup>2</sup>)

Aux termes de l'article D. 387 du code de procédure pénale, les règlements pénitentiaires demeurent applicables aux détenus admis à l'hôpital dans toute la mesure du possible. Le détenu pourra notamment recevoir la visite de ses proches. Ces visites seront organisées dans des locaux appropriés : les parloirs. La zone parloir comprendra :

Des boxes monofamille, à raison d'un pour 10 lits ;

Un local fouille.

### 3.2. a) Le box monofamille

Son accès s'effectue :

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

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

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

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

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

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

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

### 3.2. b) Le local fouille

Il permet que soient effectuées les fouilles à corps des détenus avant et après les visites. Ces fouilles seront assurées par le personnel pénitentiaire.

Son accès s'effectue depuis une circulation allant à l'unité de soins. Il donne directement sur le box monofamille.

Les deux portes, commandées manuellement, sont équipées d'un oculus à vitrage anti-effraction.

Le local fouille comportera un lavabo.

### 3.3. L'unité de soins

La partie sanitaire de l'UHSI ne diffère en rien d'une unité d'hospitalisation traditionnelle en terme d'équipement technique et médical. En conséquence, l'ensemble des dispositions légales et réglementaires s'appliquant à la réalisation et à l'exploitation de telles unités s'applique à cette unité.

Toutefois, les chambres seront conçues et aménagées de la façon suivante :

Toutes les chambres possèdent un bloc sanitaire intégrant un lavabo, une douche et un WC ;

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

La porte de la chambre offrira une largeur de passage de 1,10 m minimum ;

Un placard (non destructible) sera intégré dans le local, mais positionné de façon à ne pas gêner la surveillance visuelle totale de la chambre à partir de l'oculus sécurisé ;

Un meuble de protection des dispositifs médicaux de surveillance et de perfusion sera prévu.

## 4. Spécifications techniques particulières des installations

### 4.1. Sécurité incendie

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

### 4.2. Structure et cloisonnement, faux plafond

A l'intérieur de l'unité, toutes les cloisons devront avoir une résistance mécanique équivalente à un parpaing plein de 10 cm d'épaisseur.

Les chambres d'hospitalisation ne devront pas comporter de faux plafond ; en cas d'absolue nécessité, seul un faux plafond fixe et résistant sera admis.

#### 4.3. Portes, fenêtres, volets roulants

##### 4.3. a) Portes intérieures

La structure de l'ensemble (huisserie + ouvrant) pour les chambres et autres locaux sera renforcée : trois paumelles, âme pleine multiplis type porte coupe-feu, serrure de sûreté à un seul cylindre situé à l'extérieur pour les chambres.

Toutes les portes des locaux accessibles aux détenus seront à ouverture vers l'extérieur des locaux.

Les serrures des portes d'accès à l'unité depuis l'extérieur, y compris celles donnant sur le sas de contrôle, seront à commande électrique (manoeuvrable manuellement en mode dégradé) depuis le poste de contrôle central, avec ferme-porte hydraulique et interphone bidirectionnel.

##### 4.3. b) Fenêtres et menuiseries extérieures

L'ensemble des fenêtres extérieures de l'unité sera traité anti-effraction, que ce soit le châssis (paumelles, fixations...) ou le vitrage. Elles seront impérativement barreaudées avec les caractéristiques suivantes : acier haute résistance de type Z 120 M 12, barreaux en profilé plein de section 2 cm et à espacement de 11 cm maximum. Ceux-ci pourront être remplacés par des claustra bétons.

Si les locaux sont équipés d'une ventilation mécanique, les châssis pourront être fixes. Dans ces conditions, une possibilité d'aération naturelle est envisageable en partie supérieure des châssis avec limiteur d'ouverture.

##### 4.3. c) Volets roulants

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

#### 4.4. Plomberie, chauffage

Les installations de ventilation, climatisation, conditionnement d'air seront conçues de façon à ne pas permettre l'introduction dans l'installation de produits ou gaz nocifs.

Cette remarque s'applique de façon identique aux installations de plomberie.

#### 4.5. Remarques générales

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

#### 4.6. Installations électriques

(Courants forts. - Courants faibles

Câblage informatique. - Vidéo)

Le tableau général basse tension de l'unité, afin de ne pas être accessible aux détenus, sera placé dans le poste de contrôle central sous armoire fermant à clef. Les tableaux divisionnaires éventuels seront placés soit dans des gaines techniques fermées à clef, soit dans les locaux du personnel soignant. L'éclairage de sécurité prévu au règlement de sécurité incendie sera installé selon les règlements en vigueur, avec batteries, le cas échéant, ou éléments de commande placés dans des locaux inaccessibles aux détenus.

L'unité sera équipée d'une alimentation électrique de secours d'une puissance suffisante pour garantir le fonctionnement des appareils médicaux, des équipements de sécurité et de surveillance ainsi que l'éclairage des locaux. Cette alimentation sera assurée par un groupe électrogène placé dans un local sécurisé.

Les chambres d'hospitalisation seront équipées d'une prise TV mais pas de téléphone.

Pour le poste de contrôle central et les bureaux des chefs de poste, des prises électriques en nombre suffisant et des dessertes téléphoniques si nécessaire seront installées.

Le câblage informatique sera identique à celui du reste de l'hôpital et raccordé de façon active à celui-ci.

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

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

#### 4.7. Eléments divers de sécurité

##### 4.7. a) Sécurité périmétrique

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

Le renvoi s'effectuera au poste de contrôle central.

##### 4.7. b) Sécurité interne

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

Lorsque la vue directe ne sera pas possible, un système vidéo, associé à une interphonie, devra permettre à l'agent du poste de contrôle central d'identifier les personnes avant l'ouverture.

Tous ces matériels seront à prévoir selon les directives des directions régionales des services pénitentiaires du ministère de la justice.

#### 5. Spécifications techniques

##### de l'équipement médical et mobilier

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

#### 6. Annexe

##### 6.1. Schéma fonctionnel de l'unité de soins

##### 6.2. Zone d'entrée et de contrôle

##### 6.3. Programme détaillé de la zone d'hospitalisation

## UNITE HOSPITALIERE SECURISEE INTER-REGIONALE

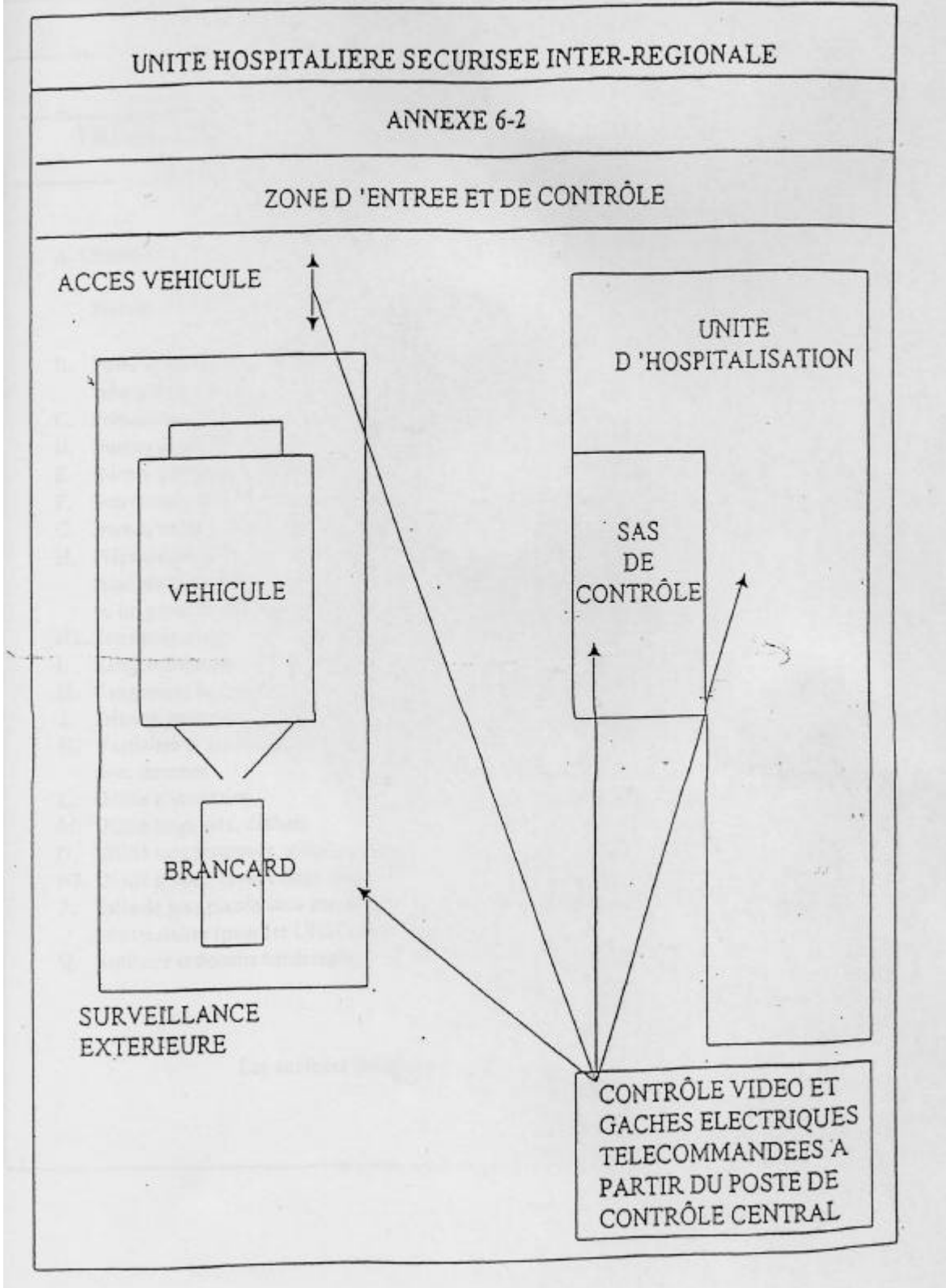
## ANNEXE 6-3

## PROGRAMME DETAILLE DE LA ZONE D'HOSPITALISATION

A. Chambres individuelles	N	16 m <sup>2</sup>
Prévoir 2 chambres ( 23 m <sup>2</sup> ) à deux-lits, pour 20 lits		
B. Poste infirmier : zone administrative et zone préparation propre séparées	1	25 m <sup>2</sup>
C. Préparation sale	1	8 m <sup>2</sup>
D. Bureau médical	2	12 m <sup>2</sup>
E. Bureau internes psychologue assistante sociale	1	12 m <sup>2</sup>
F. Secrétariat médical, accueil, rendez-vous, archives	1	22 m <sup>2</sup>
G. Bureau cadre soignant	1	12 m <sup>2</sup>
H. Pièce de soins, explorations, petits actes chirurgicaux (équipée techniquement comme une salle de déchocage ou un poste de réanimation)	1	25-30 m <sup>2</sup>
H2. Zone préparation produits dangereux	1	6 m <sup>2</sup>
I. Rangement consommables, pharmacie	1	20-25 m <sup>2</sup>
I2. Rangement équipements, linge	1	5-10 m <sup>2</sup>
J. Détente personnel de soins	1	12 m <sup>2</sup>
K. Vestiaires et sanitaires personnels hommes et femmes avec douches	2	10 m <sup>2</sup>
L. Office alimentaire	1	15 m <sup>2</sup>
M. Utilité linge sale, déchets	1	8 m <sup>2</sup>
N. Utilité sale nettoyage, vidoir, ménage	1	6 m <sup>2</sup>
N2. Utilité propre, lavage linge détenus	1	6 m <sup>2</sup>
P. Salle de jour placée sous surveillance visuelle directe des personnels pénitentiaires (pour les UHSI comprenant des lits de long séjour)	1	15 m <sup>2</sup>
Q. Sanitaire et douche handicapés	1	8 m <sup>2</sup>

Les surfaces indiquées sont des surfaces utiles

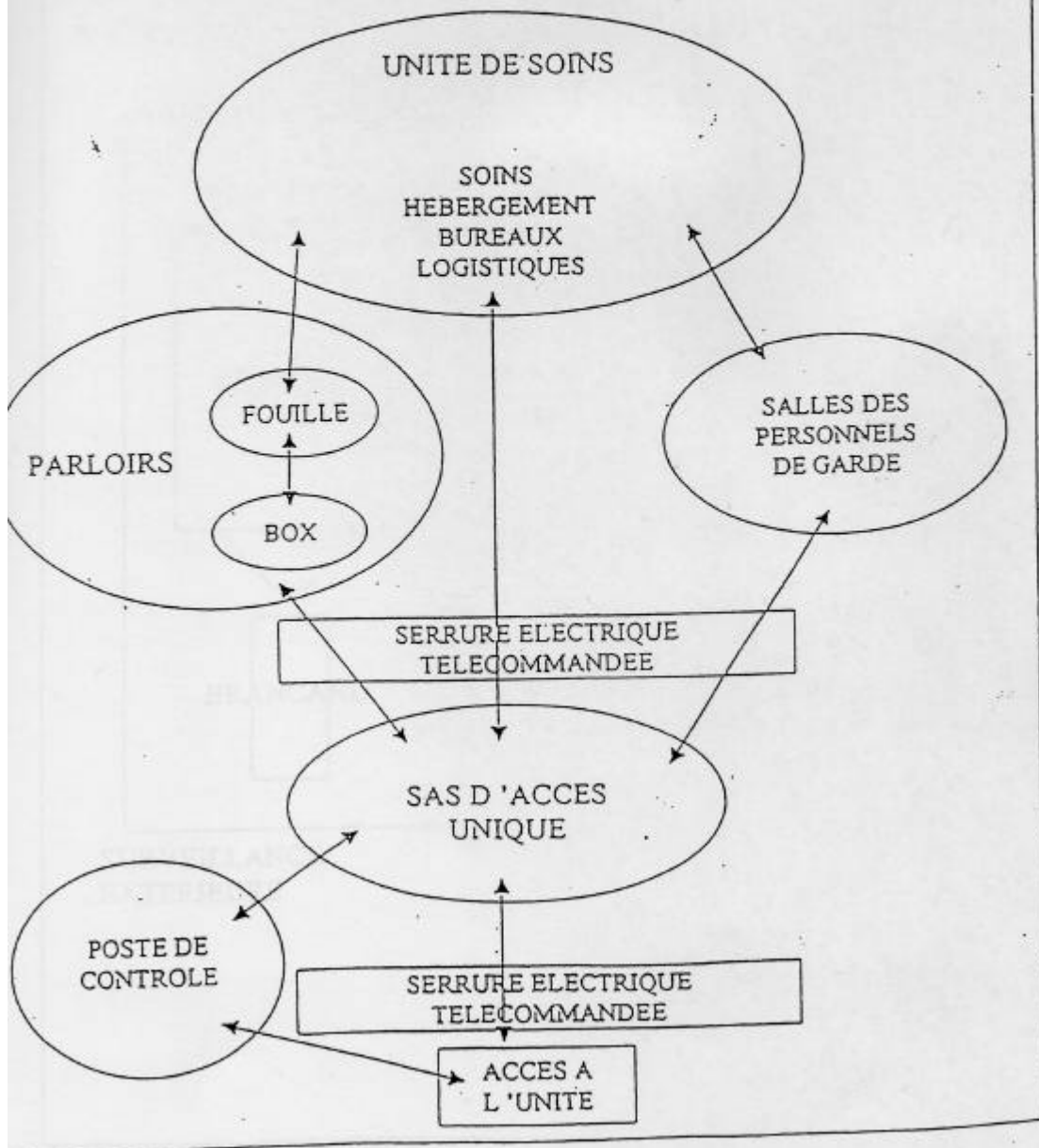




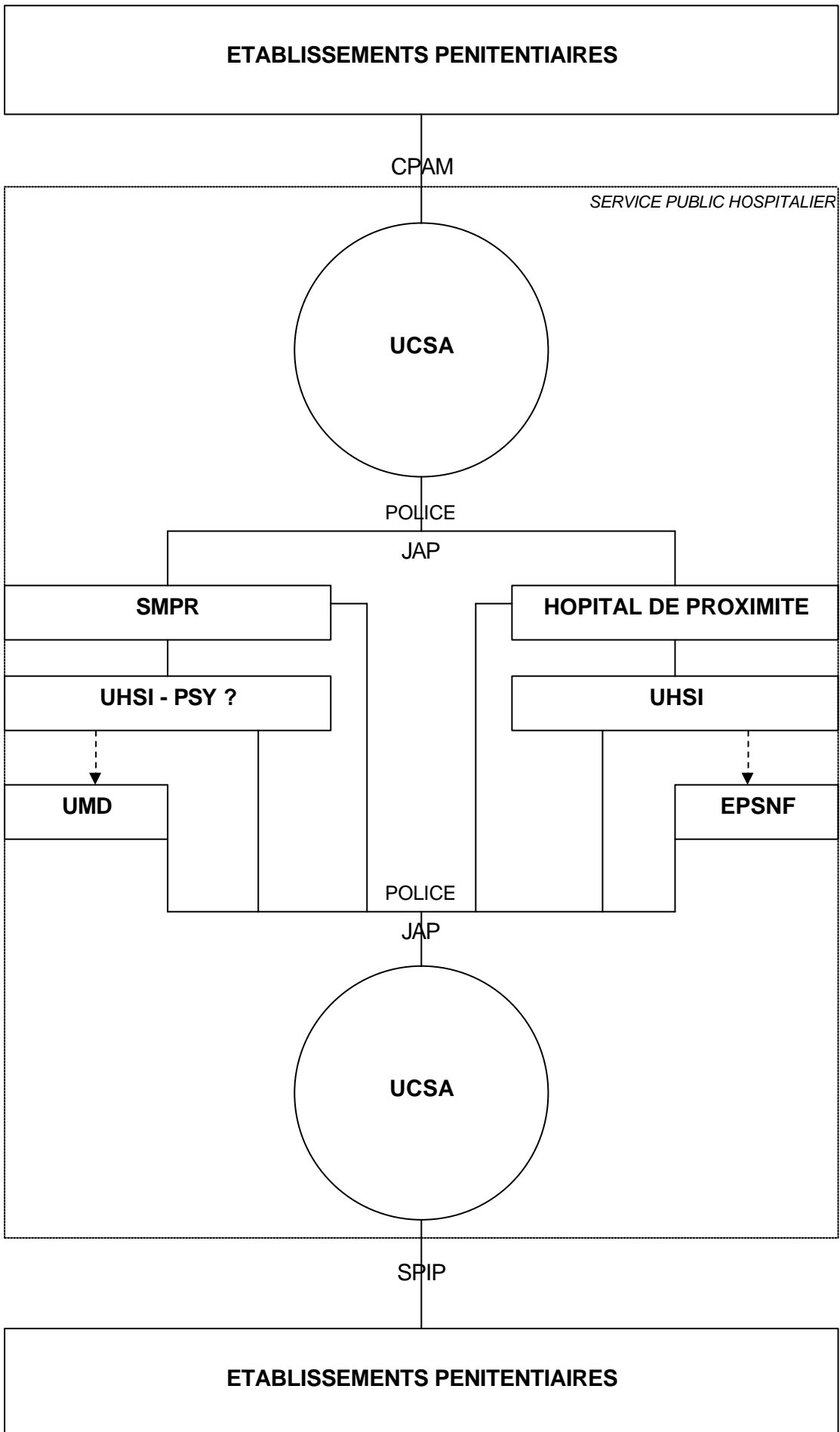
UNITE HOSPITALIERE SECURISEE INTER-REGIONALE

ANNEXE 6-1

HEMA FONCTIONNEL DE L 'UHSI



**ANNEXE E :**  
**SCHEMA D'ORGANISATION**  
**DES SOINS AUX DETENUS**



**ANNEXE F :**

**OBJECTIFS ET POSITIONNEMENT DES  
DIFFERENTS ACTEURS PAR RAPPORT  
AU PROJET UHSI DE PARIS**

	Ministères concernés	AP-HP (DPL, DPM)	GHPS	Médecine Interne II (Pr. Piette)	Corps médical (GHPS)	EPSNF	Cie de Surveillance & Protection	Associations (OIP)	Personnel hospitalier	Personnel pénitentiaire (UFAP)	Détenus
<b>Mission(s) / UHSI</b>	- Assurer la mise en œuvre des UHSI - Accorder les différentes administrations	- Conseiller l'hôpital et l'EPSNF - Négocier avec les ministères	- Elaborer et mettre en œuvre le projet - Négocier avec le siège de l'AP-HP	- Elaborer le projet médical de l'UHSI - Assurer la continuité des soins	Participer à la bonne marche de l'UHSI	- Restructurer l'établissement - Coordonner l'UHSI - Orienter les détenus	Assurer les gardes et les escortes des détenus des établissements parisiens	Promouvoir les droits des personnes détenues	Prendre en charge les patients détenus	- Assurer la surveillance des détenus - Favoriser leur réintégration	Respecter les personnels intervenant auprès d'eux
<b>Objectif(s) / UHSI</b>	- Promouvoir la santé des détenus - Rationaliser les gardes et les escortes	- Rationaliser l'offre médicale aux détenus - Améliorer la sécurité des personnels	Obtenir un étage en plus, hors UHSI, correspondant au bâtiment actuel détruit	- Occuper le Rdc de l'UHSI pour les consultations - Obtenir du personnel	Renforcer l'action de l'hôpital en matière de santé publique	- Normaliser l'EPSNF - Obtenir la construction d'un nouvel hôpital	Remettre au personnel pénitentiaire la responsabilité des gardes et des escortes	Veiller aux conditions d'extraction et de séjour au sein des UHSI	Réussir la cohabitation avec le personnel pénitentiaire	Dégager du temps pour les missions prioritaires	Bénéficier de soins de plus grande qualité
<b>Crainte(s) / UHSI</b>	- Retards importants - Coût élevé du projet UHSI du GHPS	Nombre de lits insuffisants après restructuration de l'EPSNF	- Coûts induits - Intégration dans le plan stratégique - Motivation du corps médical	Relations difficiles avec les surveillants et le personnel médical de l'EPSNF	Contraintes liées à l'UHSI (déplacements au chevet du malade)	- Etre «avalé» par l'AP-HP - Statuts du personnel remis en question	Possibilité d'une charge de travail accrue pour les escortes	Absence de réflexion quant aux solutions alternatives hors UHSI (sortie libre...)	Danger accru pour la sécurité du personnel (agressions, prises d'otage)	- Remise en cause du métier de surveillant - Extractions aussi difficiles	- Eloignement géographique - Sortie dans une prison différente de celle d'origine
<b>Implication / UHSI</b>	+++ Forte	+++ Forte	+++ Forte	+++ Forte	+ Faible	++ Moyenne	+ Faible	++ Moyenne	+ Faible	+ Faible	o Aucune
<b>Position / UHSI</b>	+++ Favorable	+++ Favorable	++ Plutôt favorable	++ Plutôt favorable	+ Neutralité bienveillante	- Plutôt défavorable	+ / - Attentisme	+ / - Attentisme	+ / - Attentisme	-- Défavorable	+ Plutôt favorable
<b>Influence / UHSI</b>	+++ Forte	++ Moyenne	+ Faible	+ Faible	+ Faible	++ Moyenne	+ Faible	+ Faible	o Aucune	+ Faible	o Aucune

**ANNEXE G :**  
**PLAN DE FINANCEMENT -**  
**DEMANDE DE SUBVENTION A LA DHOS**

## CONSTRUCTION DE L'UHSI AU CHU DE LA PITIE-SALPETRIERE (AP-HP)

Nombre de lits : **25**

Date de début des travaux : **03/2005**

Fin des travaux prévue pour : **04/2006**

Date de mise en service : **05/2006**

### 1. IMMOBILIER

Coût des travaux TTC en valeur finale : **4 710 000 € TTC**

Coût des études : **706 500 € TTC**

Montant total de l'investissement pour l'immobilier : **6 560 000 € TDC**

Montant de l'emprunt : 6 560 000 € par tranches

Taux : fixe de marché selon année de mobilisation

Echéancier des levées :

2003 : 0,40 M€ (taux de 4,03 %)

2004 : 0,31 M€ (taux de 4,31 %)

2005 : 2,57 M€ (taux de 4,62 %)

2006 : 2,07 M€ (taux de 4,90 %)

2007 : 1,21 M€ (taux de 5,12 %)

Durée de l'emprunt : 15 ans

Durée des amortissements : 30 ans pour les constructions « en dur »

15 ans pour les autres constructions

Frais financiers (cumulés sur la période et non actualisés en € courants) : 2,5 M€

Dotation aux amortissements : à partir de l'année suivant la réception du bien, donc 2007

### Montant de la dotation au groupe 4 prévisionnelle jusqu'en 2010

Année	Frais financiers	Amortissement	Dotation groupe 4
2004	0,016 M€	0	0,016 M€
2005	0,028 M€	0	0,028 M€
2006	0,145 M€	0	0,145 M€
2007	0,237 M€	0,372 M€	0,608 M€
2008	0,282 M€	0,372 M€	0,654 M€
2009	0,261 M€	0,372 M€	0,633 M€
2010	0,240 M€	0,372 M€	0,612 M€



## 2. EQUIPEMENTS – INFORMATIQUE

Equipement hospitalier : **380 000 € TTC**

Mobilier bureaux, vestiaires... : **333 000 € TTC**

Informatique – téléphonie : **33 000 € TTC**

Montant total de l'investissement pour le mobilier : **746 000 € TTC valeur 2003**

Montant de l'emprunt : 746 000 €

Taux : 4,50 %

Durée de l'emprunt : 10 ans

Durée des amortissements : de 5 à 10 ans selon la nature du matériel  
hypothèse = 2/3 à 5 ans et 1/3 à 10 ans

Frais financiers cumulés sur la période de 10 ans (non actualisé) : 0,185 M€

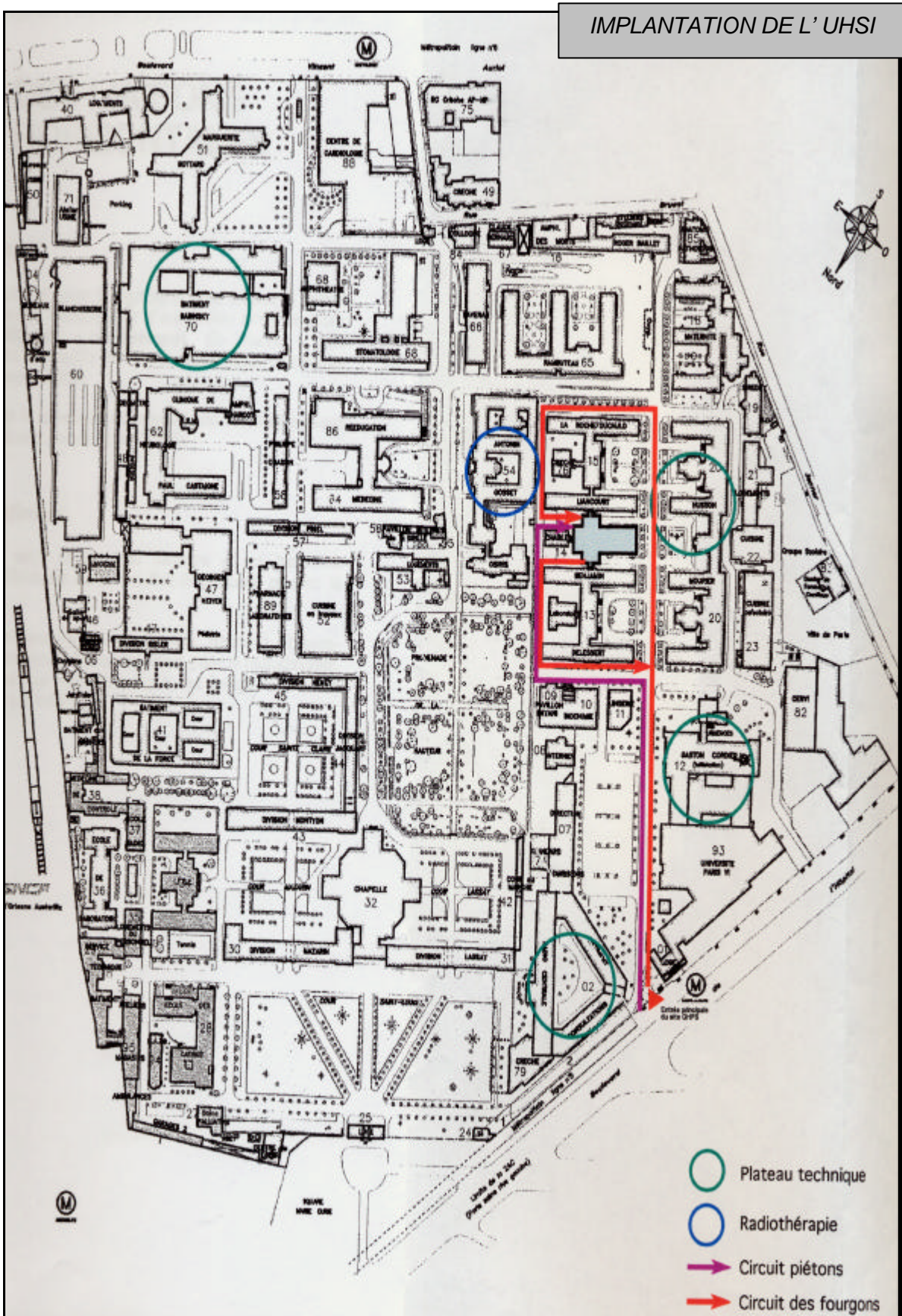
Dotation : cf. tableau

### Incidence sur le groupe 4 (prévisionnel, en €)

Année	Frais financiers	Amortissement	Dotation groupe 4
2007	33570	12433	157903
2008	30213	12433	154546
2009	26856	12433	151189
2010	23499	12433	147832
2011	20142	12433	144475
2012	16785	24867	41652
2013	13428	24867	38295
2014	10071	24867	34938
2015	6714	24867	31581
2016	3357	24867	28224

**ANNEXE H :**  
**SCHEMA D'IMPLANTATION DE L'UHSI AU**  
**GROUPE HOSPITALIER PITIE-SALPETRIERE**

# PLAN DU SITE – GROUPE HOSPITALIER PITIE-SALPETRIERE





BATIMENT QUENTIN  
Façade avant

BENJAMIN  
DELESSERT



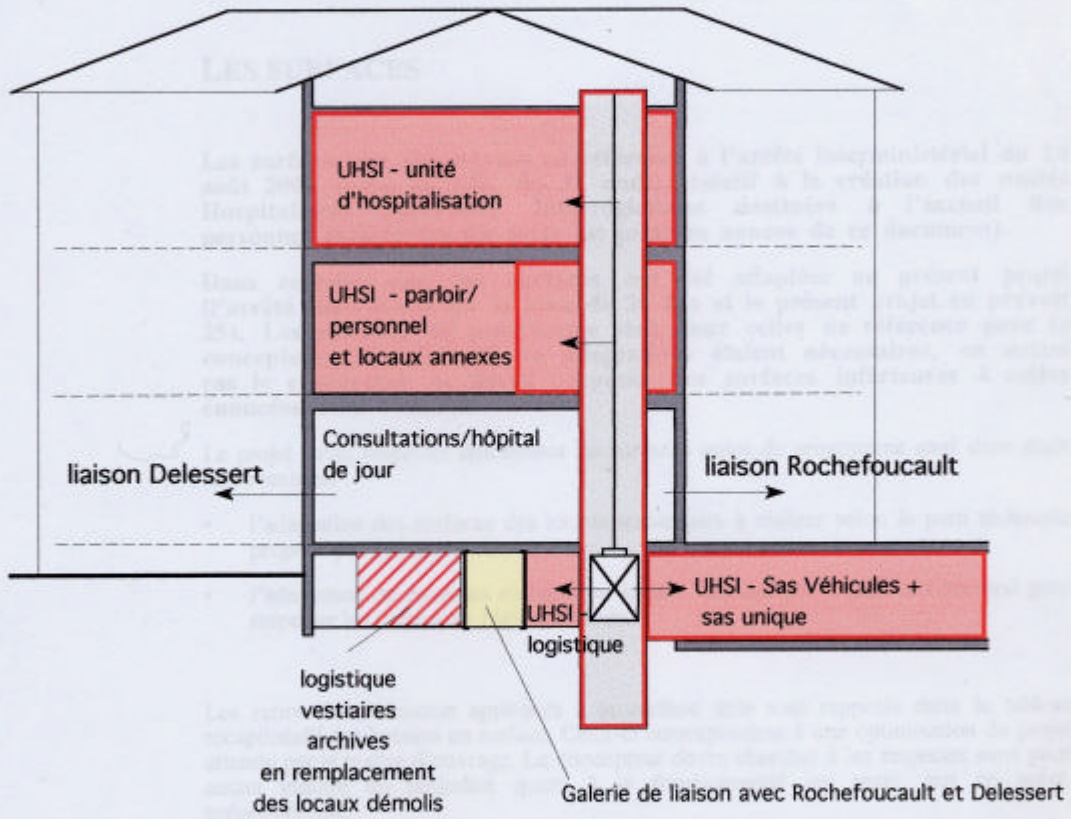
LA ROCHEFOUCAULT  
LIANCOURT

BATIMENT QUENTIN  
Façade arrière



**ANNEXE I :**  
**PLAN DE COUPE DU FUTUR BATIMENT**

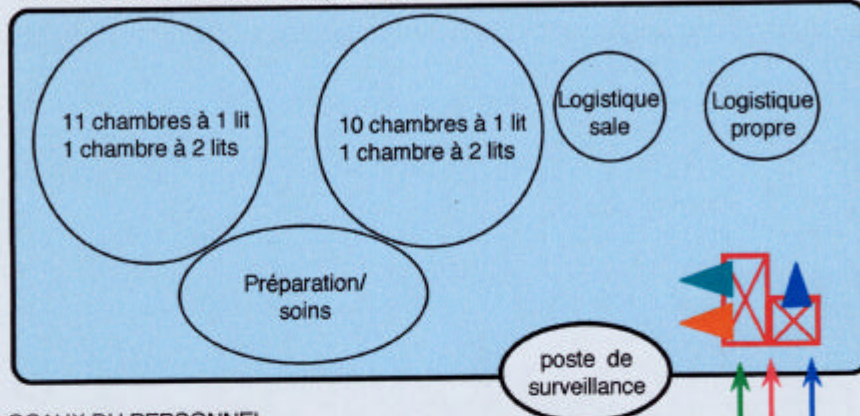
# 1.4. CONTRAINTES MAJEURES A RESPECTER



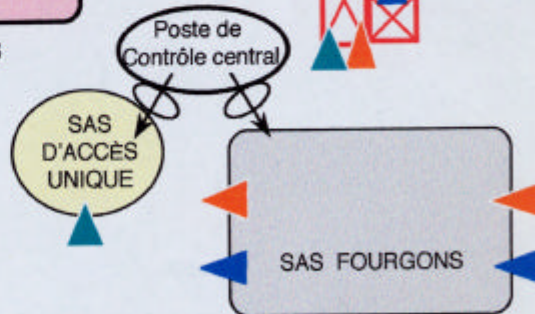
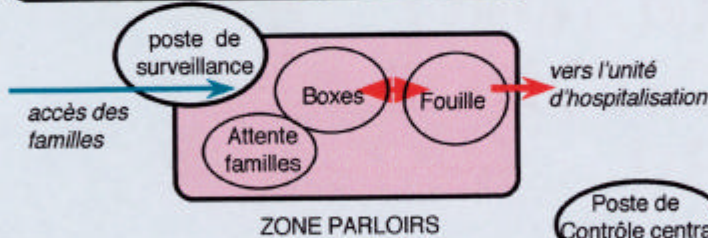
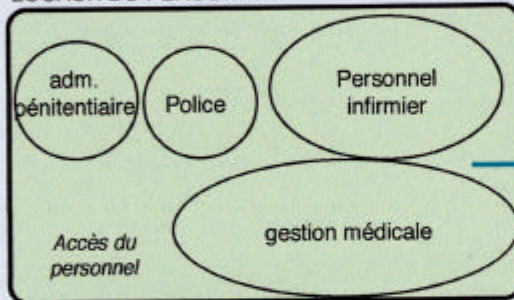
**ANNEXE J :**  
**SCHEMAS D'ORGANISATION**  
**FONCTIONNELLE DE L'UHSI**

ORGANISATION GÉNÉRALE

UNITÉ D'HOSPITALISATION (25 LITS)



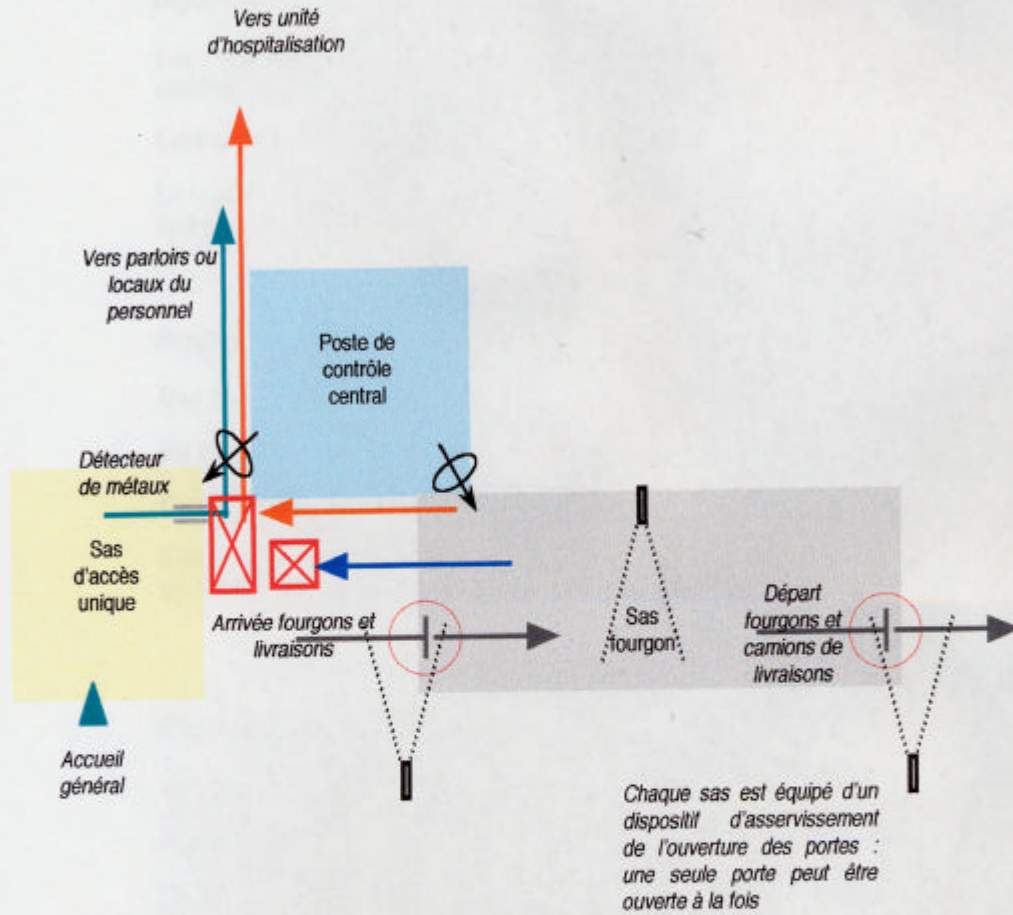
LOCAUX DU PERSONNEL



- Supervision visuelle directe
- Circuit patients
- Circuit matériel / déchets
- Circuit personnel et visiteurs

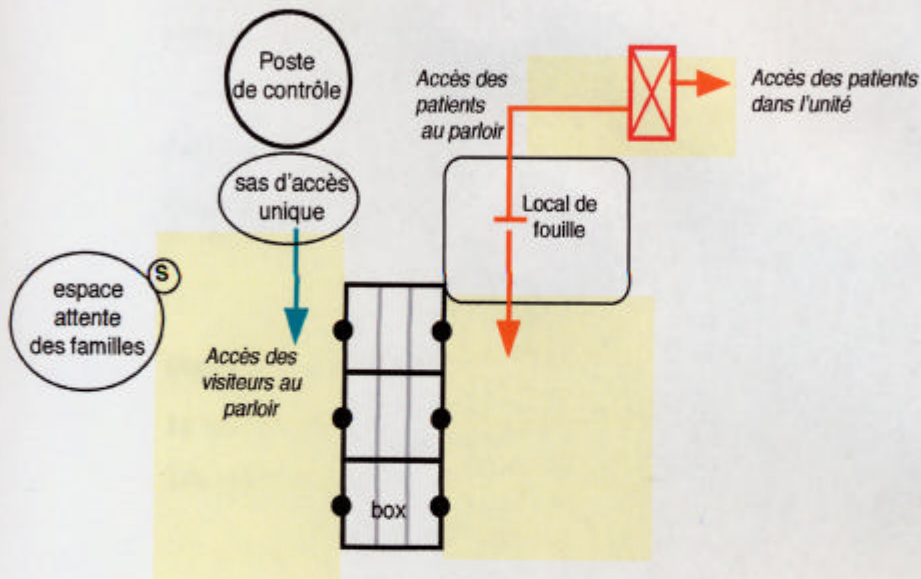


5.1.2. Zone



- Contrôle d'accès, porte contrôlée depuis poste de sécurité
- ▲ Principal circuit patients
- ▲ Principal circuit matériel / déchets
- ▲ Principal circuit personnel et visiteurs

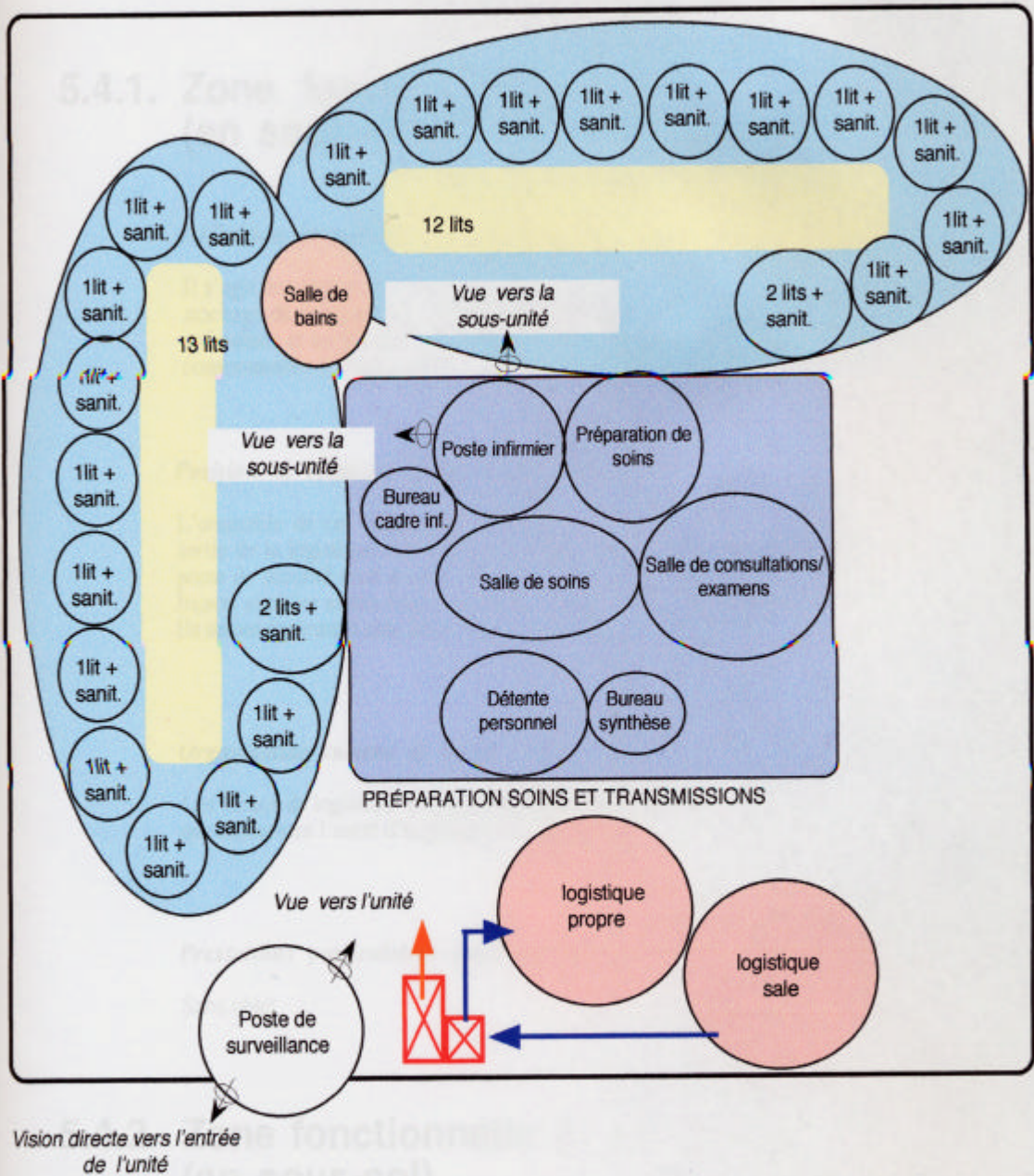
- Supervision visuelle directe
- Supervision vidéo



- ▲ Principal circuit patients
- ▲ Principal circuit matériel / déchets
- ▲ Principal circuit personnel et visiteurs
- Ⓢ Sanitaires
- Portes avec verrous extérieurs

### 5.4. ENTÉE

#### 5.4.1. Zone 1



Vision directe vers l'entrée de l'unité (en sous-sol)

- ▲ Circuit patients
- ▲ Circuit matériel / déchets

**ANNEXE K :**  
**FICHE DE SYNTHÈSE DES COUTS**  
**EN INVESTISSEMENT**

## BUDGET DE L'OPERATION (EUROS)

TRAVAUX, DONT :	6 903 068 TTC
- <i>Enveloppe et clos couvert</i>	<i>2 823 355 TTC</i>
- <i>Aménagements intérieurs</i>	<i>1 215 630 TTC</i>
- <i>Aménagements techniques</i>	<i>2 670 797 TTC</i>
- <i>Aménagements extérieurs</i>	<i>193 286 TTC</i>
ALEAS TECHNIQUES	345 153 TTC
HONORAIRES MOE (DONT PILOTAGE ET SSI)	995 422 TTC
CONTROLE TECHNIQUE	69 031 TTC
SECURITE SANTE	97 861 TTC
CONSEIL EN ECONOMIE	110 449 TTC
PROGRAMMISTE	71 760 TTC
SONDAGES	11 960 TTC
GEOMETRE	29 900 TTC
FRAIS DIVERS	81 590 TTC
FRAIS DE CONCOURS	71 760 TTC
PROVISION POUR HAUSSES	734 025 TTC
<b>TOTAL (TRAVAUX TERMINES), DONT :</b>	<b>9 521 979 TDC</b>
<i>Part Ministères</i>	<i>6 521 979 TDC</i>
<i>Part AP-HP</i>	<i>3 000 000 TDC</i>

**ANNEXE L :**

**PLAN D'EQUIPEMENT DE L'UHSI DU**

**GROUPE HOSPITALIER PITIE-SALPETRIERE**

GROUPE HOSPITALIER

PITIE-SALPETRIERE

DIRECTION DES EQUIPEMENTS

UNITE HOSPITALIERE  
SECURISEE  
INTERREGIONNALE

---

**PLAN D'EQUIPEMENT**  
**(PROJET)**

Ce projet de plan d'équipement a été réalisé à partir du descriptif des locaux du programme fonctionnel établi par APOR .

Il n'intègre pas les éléments suivants :

- Le matériel vidéo de surveillance des zones
- Le matériel spécifique pénitencier (bac de décharge, détecteur de métal,...)
- Les besoins en matériels des services généraux et logistiques de l'hôpital nécessaires à la prise en charge de cette nouvelle activité.

L'estimation s'élève à un coût d'acquisition d'équipements mobiliers, hôteliers et matériel biomédical de : 713.000 € (tarif 2003) avec une augmentation moyenne des prix de 3% par ans, en 2005, il convient de prévoir un budget de l'ordre de **756.000€** (TTC).

L'estimation en matériel informatique et téléphonie est de : 33 000 €



## PLAN D'EQUIPEMENT MOBILIER, HOTELIER & MATERIEL BIOMEDICAL ( PROJET)

SECTEUR	Etage	Zone	Local	Désignation du matériel biomédical et hôtelier	Qté	Coût Unitaire(TTC)	Coût Total(TTC)			
Accueil	RDC	Entrée et Contrôle	Bureau responsable de sécurité	Bureau	1	500 €	500 €			
				Fauteuil	1	350 €	350 €			
				Siège	2	90 €	180 €			
				Armoire	1	500 €	500 €			
				Lampe de bureau	1	100 €	100 €			
				Tableau d'affichage	1	60 €	60 €			
				Coffres pour portables (100 cases)	1	10 000 €	10 000 €			
				Armurerie	1	4 000 €	4 000 €			
				Locaux de Parloir 1er étage	Salle d'attente	Chauffeuse	3	130 €	390 €	
						Box monofamille	Table	4	200 €	800 €
		Locaux du Personnel	1er étage	Locaux du personnel de l'administration pénitentiaire	Local détente	Chaise	12	90 €	1 080 €	
						Local Fouille				
						Bagagerie	Casier vestiaire	25	150 €	3 750 €
						Bureau responsable de sécurité	Bureau	1	500 €	500 €
							Fauteuil	1	350 €	350 €
							Siège	2	90 €	180 €
							Armoire	1	500 €	500 €
							Lampe de bureau	1	100 €	100 €
							Tableau d'affichage	1	60 €	60 €
						Local détente	Table	1	200 €	200 €
Chaise	5	90 €	450 €							
Kitchenette	1	900 €	900 €							
Réfrigérateur	1	700 €	700 €							
Micro-onde	1	700 €	700 €							
Local Fouille										
Vestiaire (15 places)	Casier vestiaire	15	150 €	2 250 €						
Vestiaire (2 à 5 places)	Casier vestiaire	5	150 €	750 €						
Locaux du Personnel	1er étage	Locaux du personnel de la police	Local détente	Table	1	200 €	200 €			
				Chaise	5	90 €	450 €			
				Kitchenette	1	900 €	900 €			

			Réfrigérateur	1	700 €	700 €	
			Micro-onde	1	700 €	700 €	
		Vestiaire (15 places)	Casier vestiaire	15	150 €	2 250 €	
			Chariot déchets	1	120 €	120 €	
		Vestiaire (2 à 5 places)	Casier vestiaire	5	150 €	750 €	
			Chariot déchets	1	120 €	120 €	
		Locaux personnel infirmier	Vestiaire femmes	Casier vestiaire	40	150 €	6 000 €
				Chariot linge	1	200 €	200 €
				Chariot déchet	1	120 €	120 €
			Vestiaire hommes	Casier vestiaire	20	150 €	3 000 €
				Chariot linge	1	200 €	200 €
				Chariot déchet	1	120 €	120 €
		Locaux de gestion médicale	Bibliothèque	Armoires blibliothèque	6	600 €	3 600 €
				Table	5	200 €	1 000 €
				Chaise	20	90 €	1 800 €
			Salle de cours/réunion	Table	4	200 €	800 €
				Chaise	10	90 €	900 €
				Rétroprojecteur	1	200 €	200 €
				Ecran de projection	1	100 €	100 €
				Négatoscope	3	350 €	1 050 €
				Local ménage	Chariot ménage	1	400 €
			Aspirateur		1	300 €	300 €
			Bureau secrétariat	Bureau	1	500 €	500 €
				Fauteuil	1	350 €	350 €
				Siège	2	90 €	180 €
				Armoire	1	500 €	500 €
				Télécopieur	1	700 €	700 €
				Photocopieur	1	2 500 €	2 500 €
				Lampe de bureau	1	100 €	100 €
				Tableau d'affichage	1	60 €	60 €
				Lecteur + dictaphones	1	1 200 €	1 200 €
			Bureau médecin responsable	Bureau	1	600 €	600 €
				Fauteuil	1	350 €	350 €
				Siège	2	90 €	180 €
				Armoire	1	500 €	500 €
				Lampe de bureau	1	100 €	100 €
				Tableau d'affichage	1	60 €	60 €
				Négatoscope	1	350 €	350 €
			Bureau médecin	Bureau	4	500 €	2 000 €
		Fauteuil		4	350 €	1 400 €	
		Siège		8	90 €	720 €	
		Armoire		4	500 €	2 000 €	
		Lampe de bureau		4	100 €	400 €	
		Tableau d'affichage		4	60 €	240 €	
Logistique	1er	Locaux logistique	Réserve matériel	Rayonnages	1	5 000 €	5 000 €

	étage			Guéridons	2	250 €	500 €			
		Réserve consommables		Rayonnages	1	5 000 €	5 000 €			
				Guéridons	2	250 €	500 €			
		Réserve propre	linge		Rayonnages	1	3 000 €	3 000 €		
					Guéridons	2	250 €	500 €		
			Local linge sale		Chariot linge (roll)	3	200 €	600 €		
			Local déchets		Conteners à déchets	3	120 €	360 €		
		Archives mortes	Local archives		Rayonnage (455ml)	1	17 000 €	17 000 €		
				Permanence archivite		Bureau	1	500 €	500 €	
						Chaise	1	90 €	90 €	
		Rayonnage (10ml)	1		500 €	500 €				
HOSPITALISATION	2ème étage	Hébergement	Chambre		Lit électrique à hauteur variable	25	3 000 €	75 000 €		
					Chevet	25	200 €	5 000 €		
					Table desserte	25	200 €	5 000 €		
					Table	25	150 €	3 750 €		
					Fauteuil	25	280 €	7 000 €		
					Poste de télévision	25	500 €	12 500 €		
					Pied à serum	15	250 €	3 750 €		
					Rail + petit matériel (tablette, manodétendeur..)	25	480 €	12 000 €		
					Salle de bain		Chariot douche	2	5 000 €	10 000 €
							Baignoire amovible	1	12 000 €	12 000 €
			Préparation de soins et transmission	Salle de consultation		Divan d'examen	1	1 200 €	1 200 €	
						Tabouret	1	140 €	140 €	
						Bureau	1	500 €	500 €	
						Fauteuil	1	350 €	350 €	
						Chaise	3	90 €	270 €	
						Lampe de bureau	1	100 €	100 €	
						Négatoscope	1	350 €	350 €	
						Balance	1	200 €	200 €	
				Salle de préparation des soins		Chariot de soins	2	700 €	1 400 €	
						Chariot à médicaments	2	1 500 €	3 000 €	
						Chariot à déchets	4	120 €	480 €	
						Tabouret télescopique	5	140 €	700 €	
						Armoire à pharmacie	2	2 200 €	4 400 €	
						Coffre à stupéfiants	1	500 €	500 €	
						Réfrigérateur	1	1 900 €	1 900 €	
						Meubles sur et sous paillasse	1	2 300 €	2 300 €	
		Tableau d'affichage	2	60 €	120 €					
		Chariot d'urgence	1	1 100 €	1 100 €					

		Défibrillateur	1	6 500 €	6 500 €
Poste infirmier		Table	1	200 €	200 €
		Chaise	8	90 €	720 €
		Armoire	2	500 €	1 000 €
		Télécopieur	1	700 €	700 €
		Chariot de dossiers	2	900 €	1 800 €
Décontamination		Meubles sur et sous paillasse	1	2 000 €	2 000 €
		Chariot à déchets	2	120 €	240 €
Local détente		Table	1	200 €	200 €
		Chaise	7	90 €	630 €
		Kitchenette	1	900 €	900 €
		Réfrigérateur	1	700 €	700 €
		Micro-onde	1	700 €	700 €
Bureau synthèse		Bureau	1	500 €	500 €
		Fauteuil	1	350 €	350 €
		Siège	2	90 €	180 €
		Armoire	1	500 €	500 €
		Lampe de bureau	1	100 €	100 €
		Tableau d'affichage	1	60 €	60 €
		Négatoscope	2	350 €	700 €
Bureau cadre		Bureau	1	500 €	500 €
		Fauteuil	1	350 €	350 €
		Siège	2	90 €	180 €
		Armoire	1	500 €	500 €
		Lampe de bureau	1	100 €	100 €
		Tableau d'affichage	1	60 €	60 €
Locaux personnel de sécurité	Poste de surveillance	Chaise	3	90 €	270 €
		Table	1	200 €	200 €
		Armoire	1	500 €	500 €
	Local de repos	Fauteuil de repos	2	220 €	440 €
Logistique propre	Préparation alimentaire	Chariot de remise en température (30 niveaux) + Borne de remise	1	15 000 €	15 000 €
		Réfrigérateur	1	1 050 €	1 050 €
		Four à micro-onde	1	1 100 €	1 100 €
		Fontaine réfrigérée	1	1 000 €	1 000 €
		Meuble inox de rangement	1	1 300 €	1 300 €
		Armoire de ménage en inox	1	700 €	700 €
		Chariot de service	1	500 €	500 €
		Machine à café & potage	1	1 600 €	1 600 €
	Réserve matériel	Radiographie mobile	1	32 000 €	32 000 €
		Radioscopie mobile	1	122 000 €	122 000 €
		Echographe	1	30 000 €	30 000 €
		Pousse-seringue	15	1 500 €	22 500 €
		Pompe à perfusion	5	1 400 €	7 000 €
		Pompe à nutrition réfrigérée	5	2 200 €	11 000 €
		Pompe PCA	4	3 000 €	12 000 €
ECG	1	3 800 €	3 800 €		

			Moniteur de surveillance hémodynamique (ECG,PNI, SpO2)	5	9 100 €	45 500 €	
			Centrale de surveillance	1	45 000 €	45 000 €	
			Saturomètre	3	2 200 €	6 600 €	
			Moniteur de pression brassard	5	2 000 €	10 000 €	
			Hémoglobinomètre	1	800 €	800 €	
			Lève malade avec pesée	1	6 500 €	6 500 €	
			Balance	2	200 €	400 €	
			Matelas anti-escarre	3	5 700 €	17 100 €	
			Fauteuil roulant	3	250 €	750 €	
			Brancard	2	2 300 €	4 600 €	
			Rayonnage	1	3 000 €	3 000 €	
		Réserve Usage unique	Rayonnage	1	3 000 €	3 000 €	
			Guéridon de distribution	2	200 €	400 €	
		Lingerie	Rayonnage	1	3 000 €	3 000 €	
			Guéridon de distribution	2	200 €	400 €	
			Chariot (roll)	2	120 €	240 €	
		Logistique sale	Local ménage	Chariot de ménage	2	400 €	800 €
				Rayonnage	1	1 000 €	1 000 €
				Armoire	1	350 €	350 €
				Aspirateur	1	300 €	300 €
		Local vidoir/lave-bassin		Lave bassin	1	7 000 €	7 000 €
				Rayonnage	1	1 000 €	1 000 €
		Local linge sale/déchets		Chariot (roll)	2	360 €	720 €
				Chariot à déchets	2	120 €	240 €

TOTAL 712 610 €

## PLAN D'EQUIPEMENT INFORMATIQUE ET TELEPHONIE (PROJET)

SECTEUR	Etage	Zone	Local	Désignation du matériel informatique	Qté	Coût Unitaire(TTC)	Coût Total(TTC)
Accueil	RDC	Entrée et Contrôle	Bureau responsable de sécurité	PC	1		
				Téléphone	1	160 €	160 €
Locaux du Personnel	1er étage	Locaux du personnel de l'administration pénitentiaire	Local détente	PC	1		
				Imprimante	1		
				Téléphone	1	160 €	160 €
		Locaux personnel de la police	Local détente	Téléphone	1	160 €	160 €
		Locaux de gestion médicale	Bibliothèque	Téléphone	1	160 €	160 €
			Salle de cours/réunion	Téléphone	1	160 €	160 €
			Bureau secrétariat	PC	1		
				Imprimante	1		
				Téléphone	1	160 €	160 €
			Bureau médecin responsable	PC	1		
				Téléphone	1	160 €	160 €
			Bureau médecin	PC	4		
				Imprimante	1		
				Téléphone	4	160 €	640 €
			Permanence archiviste	PC	1		
				Téléphone	1	160 €	160 €
		Préparation de soins et transmission	Salle de consultation	PC	1		
					Téléphone	1	160 €
			Salle de préparation des soins	Téléphone	1	160 €	160 €
				Poste infirmier	PC	1	
				Téléphone	1	160 €	160 €
			Local détente	Téléphone	1		
			Bureau synthèse	PC	1		
				Téléphone	1	160 €	160 €
			Bureau cadre	PC	1		
				Imprimante	1		
				Téléphone	1	160 €	160 €
		Locaux personnel de sécurité	Poste de surveillance	PC	1		
					Téléphone	1	160 €
		Logistique propre	Préparation alimentaire	Téléphone	1	160 €	160 €

**ANNEXE M :**  
**LISTE DES OPERATIONS DE TRAVAUX DU**  
**GROUPE HOSPITALIER PITIE-SALPETRIERE**

OPERATIONS	MONTANT	MOE	CONDUCTEUR	SUIVI	2 003	2 004	2 005
<b>H MOURIER</b>	16,61230ME	BEHREND	CAREL XAINTRAY	MORISSON	01		01
<b>NPU</b>	11,43 ME	DOTTELONDE	R BOURGOIN	BEL OEIL		10	
<b>IRM URGENCES</b>	1,22 ME	DUSSEAU	CAREL BOURGOIN	MORISSON		11	07
<b>SECURITE INCENDIE G CORDIER</b>	0,91 ME	CDS FACES	CAREL BOURGOIN	MORISSON		03	02
<b>STERILISATION G CORDIER</b>	1,981224ME	J L DURET	CAREL XAINTRAY	GAFFET	10	05	12
<b>ROCADE STERILISATION</b>	0,11 ME	F XAINTRAY	F XAINTRAY	GAFFET	11		
<b>UHSI</b>	9,620 ME	A DEFINIR	J CAREL	MORISSON			03
<b>BATIMENT COMPLEMENTAIRE</b>	11,43 ME	VALENTIN	P HOOP	BEL OEIL			06
<b>OFFICES ALIMENTAIRES</b>	0,762 ME	PH BRUNET	G QUENEHEN	LOISON		06	12
<b>REVEIL MATERNITE</b>	0,968 ME	M VAREILLE	CAREL QUENEHEN	MORISSON	06	07	
<b>REGR DE L'HEMATOLOGIE</b>	3,049 ME	DURR EON	CAREL XAINTRAY		10		12
<b>REGR DE LA PSYCHIATRIE</b>	2,02 ME	CASTRO	CAREL XAINTRAY	LOISON		04	07
<b>TRANSFERT DE QUENTIN</b>	0,18 ME	F XAINTRAY	F XAINTRAY	LOISON	10	11	
<b>CRECHE BRUANT</b>	0,777ME	ROLLET	R BOURGOIN	LOISON	10	06	
<b>HUMANISATION M BOTTARD</b>	0,838 ME	R LE PARQUIC	R LE PARQUIC	BEL OEIL	10	06	
<b>SALLE G ROUSSY</b>	0,802 ME	M VAREILLE	CAREL QUENEHEN	BEL OEIL	10	04	
<b>SALLE FROMENT</b>	0,762 ME	O LE FRANCOIS	CAREL QUENEHEN	BEL OEIL	11	06	
<b>HALL CASTAIGNE</b>	0,24 ME	TH CORAZZA	CAREL QUENEHEN	BEL OEIL		03	07
<b>SECURITE INC CASTAIGNE MONT</b>	0,762 ME	IM2C	G QUENEHEN	BEL OEIL	09	07	
<b>HUMA HOUSSAY BOULLAUD</b>	1,150673 ME	C2A	CAREL LE PARQUIC	MORISSON		03	11
<b>HUMA MEDECINE GENETIQUE</b>	1,3 ME	DURR EON	CAREL QUENEHEN	BEL OEIL		04	02
<b>LOCAUX DE CHIMIOETHERAPIE</b>	0,061 ME	G QUENEHEN	G QUENEHEN	BEL OEIL	07	10	
<b>REGROU DE LA BIOCHIMIE</b>	1,23 ME	TRUELLE	CAREL XAINTRAY	BEL OEIL		05	
<b>LABO P2 PR HAUW</b>	0,53 ME	J CAREL	J CAREL	LOISON		04	10
<b>LABO BACTERIOLOGIE</b>	0,183 ME	J CAREL	J CAREL	LOISON	10	04	
<b>LABO D'ANAPATH</b>	0,09 ME	R BOURGOIN	R BOURGOIN	LOISON			
<b>LABO D'HISTOLOGIE</b>	0,032 ME	F XAINTRAY	F XAINTRAY	MORISSON	04	07	
<b>IRM CHARCOT</b>	0,09 ME	F XAINTRAY	F XAINTRAY	GAFFET	05	08	
<b>SCANNER ET LOCAUX PR CHIRAS</b>	0,09 ME	G QUENEHEN	G QUENEHEN	LOISON	08		
<b>LOCAUX DE PRECARITE</b>	00915 ME	R LE PARQUIC	R LE PARQUIC	MORISSON	10	11	
<b>RCH HAUT PHARMACIE</b>	0183ME	F XAINTRAY	F XAINTRAY	BEL OEIL		05	07

J CAREL LE 18/09/2003



OPERATIONS	MONTANT	MOE	CONDUCTEUR	SUIVI	2 003	2 004	2 005
<b>CAISSES REGIE ET TR EXTERNES</b>	1,0685ME	LE PARQUIC	LE PARQUIC	CORCKET		02 ██████████ 12	
<b>ADMISSIONS BABINSKI</b>	0,6074ME	LE PARQUIC	LE PARQUIC	CORCKET		02 ██████████ 12	
<b>CAISSE DES TR EXTERNES MED</b>	0,0915 ME	LE PARQUIC	LE PARQUIC	CORCKET		06 ██████████ 09	
<b>HUMANISATION REA PR ROUBY</b>	0,07622ME	MAYEUR	CAREL BOURGOIN	MORISSON		10 ██████████ 02	
<b>TRANSF DE LA BIBLIOTHEQUE</b>	0,3049 ME	LE PARQUIC	LE PARQUIC	CORCKET		06 ██████████ 12	
<b>LOCAUX A DECHETS</b>	0,53357ME	C2A	F XAINTRAY	BEL OEIL		06 ██████████ 12	
<b>TRANSF P BRICAIRE RAMBUTEAU</b>	0,120	F XAINTRAY	F XAINTRAY	BELOEIL	07 ██████ 08		
<b>TRANSF FORCE A RAMBUTEAU</b>	0,34 ME	F XAINTRAY	F XAINTRAY	BEL OEIL	09 ██████ 12 (hors URC)		
<b>ROCADE CRECHE BRUANT</b>	0,09 ME	R BOURGOIN	R BOURGOIN	MORISSON	02 ██████████ 05		
<b>Rocade Pr Piette Houssay</b>	0,120ME	F XAINTRAY	F XAINTRAY	BELOEIL	01 ██████ 03		
<b>LOCAUX HOSPI MED NUCLEAIRE</b>	ANNULEE	F XAINTRAY	F XAINTRAY	MORISSON			
<b>HELISTATION G CORDIER</b>	0,762ME	ID INGENIERIE	J CAREL	MORISSON	à financer stade DCE		
<b>LOCAUX AZOTE LIQUIDE</b>	annulée	F XAINTRAY	F XAINTRAY	MORISSON		03 ██████████ 07	
<b>TEP SCAN H MOURIER</b>	0,250 ME	F XAINTRAY	F XAINTRAY	MORISSON		03 ██████████ 05	
<b>HUMA VESTIAIRES</b>	0,03ME	G QUENEHEN	G QUENEHEN	MORISSON		09 ██████ 11	
<b>LABO CHAUD BT DES CONSULT</b>	0,052243ME	F XAINTRAY	F XAINTRAY	MORISSON		10 ██████ 12	
<b>CHA INFECTIOLOGIE LAVERAN</b>	0,041897ME	A DEFINIR	J CAREL	FRAPPIER	à financer		
<b>HUMANISATION SALLE VASQUEZ</b>	0,061ME	CORAZZA	R LE PARQUIC	MIRBEL MORISSON	à financer		
<b>HOPITAL DE JOUR LAYANI</b>	0,01 ME	R LE PARQUIC	R LE PARQUIC	MORISSON	à financer		
<b>LOCAUX ANAPATH</b>	0,050ME	R BOURGOIN	R BOURGOIN	LOISON		03 ██████████ 06	
<b>HUMANISATION DES ARCHIVES</b>	0,180ME	F XAINTRAY	F XAINTRAY	MORISSON		11 ██████ 01	
<b>REHABILITATION DES LOGES</b>	ANNULEE	R LE PARQUIC	R LE PARQUIC	CORCKET	à financer		
							J CAREL LE 18/09/2003

OPERATIONS	MONTANT	MOE	CONDUCTEUR	SUIVI	2 003	2 004	2 005
Sécurité incendie Médecine	0,76ME	LAUMONT FAURE	QUENEHEN	LHORTOLARY		05	12
Sécurité incendie Laveran	0,427ME	T3E	QUENEHEN	LHORTOLARY		05	12
C de conserv des cellules thérapie cell	0,12ME	J CAREL	J CAREL	MIRBEL FRAPPIER		02	06
TGBT Pharmacie	0,762ME	CAREL-QUENEHEN	QUENEHEN	GAFFET	06		
Sécurité électricité 2 001	0,2287ME	QUENEHEN	QUENEHEN	GAFFET	06	02	
Fluides médicaux 2 001/2 002	0,162 ME	F XAINTRAY	F XAINTRAY	PELAPRAT	10	12	
Sécurité sanitaire 2 001	0,1067 ME	R BOURGOIN	R BOURGOIN	MORISSON	07	10	
Travaux de chauffage 2000/2 001	0,1296 MF	QUENEHEN	QUENEHEN	LELIEVRE		04	07
Travaux courants faibles 2 000/2 001	0,1067MF	QUENEHEN	QUENEHEN	GAFFET		02	05
Rénovation ascenseurs 2001	0,36588ME	XAINTRAY	XAINTRAY	BOUTIN	10	06	
Réfection de toitures 2 000/2 001/2 002	0,243 ME	QUENEHEN	QUENEHEN	BERTRAND	01	05	
Travaux de voierie 2 001/2 002	0,24ME	R LE PARQUIC	R LE PARQUIC	CORCKET	01	05	
Portes automatiques 2 001	0,0762MF	QUENEHEN	QUENEHEN	BEL OEIL	05	09	
Urgences médicaux dentaires	0,022867ME	R BOURGOIN	R BOURGOIN	LOISON	10	12	
Sécurité électrique 2 002/2003	0,360ME	G QUENEHEN	G QUENEHEN	GAFFET		05	12
Sécurité sanitaire 2 002	0,032ME	R BOURGOIN	R BOURGOIN	BERTRAND	01	02	
Rénovation ascenseurs 2 002	0,37 ME	XAINTRAY	XAINTRAY	BOUTIN		07	03
Courants faibles 2 002	0,09ME	J CAREL	J CAREL	LEJEUNE	02	06	
Ascenseur 20 MM 02 H Mourier	0,02ME	F XAINTRAY	F XAINTRAY	BOUTIN	06	08	
Portes automatiques 2 002	0,032 ME	R BOURGOIN	R BOURGOIN	MORISSON	11	02	
Stores 2002	0,04 ME	F XAINTRAY	F XAINTRAY	BEL OEIL	07	10	
Sols 2 002	0,0478ME	F XAINTRAY	F XAINTRAY	BEL OEIL	11	02	
Bloc opératoire n°7 G Cordier 2003	0,183 ME	BOURGOIN XAINTRAY	BOURGOIN XAINTRAY	MORISSON MIRBEL		07	08

J CAREL LE 18/09/2003

OPERATIONS	MONTANT	MOE	CONDUCTEUR	SUIVI	2 003	2 004	2 005
Sécurité incendie 2 002	0,388159ME	R LE PARQUIC	R LE PARQUIC	LHORTOLARY		07 ██████████	12
-							
Sécurisation des ascenseurs 2 003	0,56ME	F XAINTRAY	F XAINTRAY	BOUTIN		07 ██████████	12
Climatisation biochimie 2 003	0,06ME	F XAINTRAY	F XAINTRAY	MIRBEL FRAPPIER	09 ██████████	12	
Courants faibles 2 003	0,09ME	QUENEHEN	QUENEHEN	LEJEUNE		11 ██████████	04
Eau chaude sanitaire 2 003	0,10ME	QUENEHEN	QUENEHEN	LELIEVRE		05 ██████████	11
Toitures terrasses 2 003	0,070ME	QUENEHEN	QUENEHEN	BERTRAND		03 ██████████	11
Réfection climatisation s/sol Castaigne	0,100ME	F XAINTRAY	F XAINTRAY	FRAPPIER	04 █████	05	
Ventilation s/sol bt G Cordier	0,083ME	F XAINTRAY	F XAINTRAY		05 ██████████	09	
Décret amiante(études)	0,050ME	J CAREL		MORISSON	11 █████	12	
Façade bt Heuyer	0,15ME	QUENEHEN	QUENEHEN	BEL OEIL		03 ██████████	07
Faisabilité Castaigne	0,008ME	TECH INGENIERIE	J CAREL		05 ██████████	07	
Chambres froides anapath	0,3049ME	R BOURGOIN	R BOURGOIN	FRAPPIER		06 ██████████	02
Batiment des convois	0,08ME	R BOURGOIN	R BOURGOIN	CORCKET		11 █████	01
Accélérateur de particules	0,3 ME	F XAINTRAY	F XAINTRAY	GAFFET	à compléter	03 █████	04
Ventilation g cordier	0,03ME	R BOURGOIN	R BOURGOIN	LELIEVRE	06 █████	07	

**ANNEXE N :**  
**LIVRET D'ACCUEIL DE**  
**L'UHSI DE LYON**

## LIVRET D'ACCUEIL

Vous entrez dans le service des Hospices Civils de Lyon réservé aux  
personnes détenues situé au :

*Centre Hospitalier Lyon-Sud  
165, chemin du Grand Revoyet  
69495 Pierre-Bénite Cedex*

Le **Docteur BARLET**, Chef de Service - le **Docteur CHOSSEGROS** Adjoint - **Mme VACQUIER**, Psychologue - **Madeleine NEMOZ**, Cadre infirmier et **l'équipe paramédicale**

vous souhaitent un bon séjour

***Comme dans tout service hospitalier, notre équipe est prête à vous apporter toute information sur votre état de santé, ainsi qu'à vous proposer les examens et soins adaptés.***

# Organisation de votre journée à l'hôpital

## I – LES SOINS

- \* Tous les soignants du Service sont astreints au strict respect du secret médical,
- \* Une équipe soignante est présente 24h/24 dans le service. Vous pouvez faire appel à elle par l'interphone,
- \* Prise de sang, pansements sont habituellement réalisés le matin.
- \* Les médicaments sont distribués à chaque repas.
- \* En ce qui concerne les examens et interventions chirurgicales réalisés en dehors du service, nous vous apporterons toutes les informations que vous souhaitez sur leur but et leur nature, mais nous ne pourrons, pour des raisons de sécurité, vous en indiquer à l'avance la date et l'heure,
- \* De même, une fois les soins achevés, nous vous informerons de votre sortie prochaine de notre service sans pouvoir vous en préciser la date qui ne dépend pas de nous mais des disponibilités des escortes pénitentiaires

## II - VIE QUOTIDIENNE :

### \* Les repas :

- \* petit déjeuner vers 8h
- \* déjeuner vers 12h 30
- \* dîner vers 18h 30

L'équipe de soins vous fera choisir les menus de vos repas du lendemain en respectant les consignes médicales de régime.

### \* Douche : (si votre chambre n'a pas de douche individuelle)

Elle peut être proposée tous les jours à partir de 17 heures ; vous signalez votre désir à l'équipe soignante de l'après-midi au moment du tour vers 16h.

### \* Rasage :

Le rasoir est distribué le matin par l'équipe de soins à la fin du petit déjeuner - Il vous sera repris au moment du ménage.

### \* Entretien de la chambre :

Comme il est de règle en milieu hospitalier :

- votre lit sera refait tous les jours par l'équipe soignante
- le ménage de votre chambre est à la charge de la même équipe

***Toute dégradation volontaire de votre chambre ou de son mobilier ne saurait que nuire aux conditions de votre séjour et de celui des malades qui l'occuperont après vous. De ce fait, les Hospices Civils de Lyon pourront mettre à votre charge les frais de remise en état.***

### III - VOTRE FAMILLE

#### Téléphone :

L'Interne avertira, à votre demande, votre famille de votre hospitalisation. Celle-ci pourra lui téléphoner pour avoir de vos nouvelles au numéro 04 78 86 11 54 ou 55. Il ne vous sera pas possible de communiquer personnellement par téléphone pendant votre séjour. Votre famille pourra rencontrer les médecins sur rendez-vous pris au 04 78 86 11 51.

#### Les visites :

Vous avez la possibilité de recevoir des visites

- Toute personne disposant d'un permis de visite peut venir vous voir lors de votre hospitalisation (un petit délai peut toutefois être nécessaire si votre hospitalisation s'est faite en urgence)
- Si vous venez d'être écroué, le Service social pourra informer votre famille sur les démarches administratives à faire afin obtenir ces permis de visite
- Toutes les personnes souhaitant vous voir aux parloirs pourront prendre rendez-vous tous les jours de 10 h à 12 h au 04.78.56.90.96.
- Les parloirs sans rendez-vous pourront être réalisés en cas d'urgence.
- Ces visites pourront avoir lieu tous les jours de la semaine, y compris samedi et dimanche **au même rythme que vous avez vos parloirs en prison.**
- Les horaires de visite sont de 14h 00 à 16h 30 et d'une **durée d'1/2 heure** au total.

### Service de sécurité

Une équipe de la Police nationale assure la sécurité. Elle est dirigée par un Brigadier Chef et un Brigadier.

Vous pouvez vous adresser à elle pour ce qui concerne :

- les parloirs
- les objets personnels que vous pouvez garder dans votre chambre
- la possibilité de vous faire apporter linge, vêtements, etc.
- l'expédition et la réception du courrier. Tout courrier doit vous être adressé aux prisons de Lyon (12, Quai Perrache - 69272 Lyon Cedex 2 ; Montluc 1 Rue J. Hachette – 69371 Lyon Cedex 3).
- les cantines et mandats

### Service à votre disposition

- Une télévision est à votre disposition  
la télécommande sera rendue à l'équipe de soin au moment de votre départ  
il est important de **modérer le son de votre télévision** afin de permettre le repos des autres patients

**Nous vous signalons qu'il n'y a pas d'espace de promenade dans ce service**

## **D'autres partenaires interviennent dans le service**

Le travailleur social du service socio-éducatif des prisons de Lyon intervient une fois par semaine (lundi à partir de 11 heures)

- \* Vous venez d'être incarcéré(e), l'assistante sociale viendra vous rencontrer systématiquement
- \* Vous êtes déjà incarcéré(e), vous pouvez signaler votre besoin de la rencontrer auprès du cadre infirmier ou du personnel soignant.

L'Aumônier :

Un représentant du culte catholique est présent dans le service tous les jeudis à partir de 16h 30. Vous pouvez le rencontrer en en faisant la demande auprès de la Police ou de l'équipe de soins.

Bibliothèque :

Des livres vous seront prêtés par la bibliothèque des hôpitaux. La bibliothécaire passera dans votre chambre tous les mercredis après-midi à partir de 15 heures. Les livres prêtés seront rendus à l'équipe de soins lors de votre départ ou échangés le mercredi suivant.

## **Dépannages**

Le tabac :

- \* Des cigarettes, fournies gracieusement par une association, peuvent être données par l'équipe de soins aux détenus n'ayant pas de ressources, **dans les limites de nos possibilités**. Elles sont distribuées à la fin de chaque repas (maximum 5 par jour)
- \* Comme en prison, vous avez la possibilité de « cantiner » votre tabac. Faites-le le plus rapidement possible à votre arrivée.

Le courrier :

- \* Si besoin, au début de votre hospitalisation, l'équipe de soins pourra vous fournir quelques timbres - enveloppes et papier à lettre. (pensez à « cantiner » rapidement pour avoir vos affaires personnelles).
- \* Si vous avez des difficultés pour écrire, l'équipe de soins pourra vous aider.

Douche :

Si vous n'avez pas vos affaires de toilette, l'équipe de soins peut vous donner quelques objets de toilette : savon, gant, brosse à dents... Toutefois, il s'agit là d'un dépannage : là aussi, pensez à cantiner le plus rapidement possible.

Linge :

- \* Il n'est pas possible de vous faire apporter des vêtements directement dans notre service; ils doivent être remis aux prisons de Lyon (tous les matins, du mardi au samedi entre 9 et 11h, 12 quai Perrache 69002 LYON) qui les feront parvenir ensuite à l'hôpital.
- En revanche, l'équipe soignante peut vous donner un peu de lessive pour que vous puissiez laver vous-même quelques petites affaires.

-----