Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire

Groupes de travail de l'Assemblée nationale
sur les conditions de détention en France
Commission des Lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République

La prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques

La Commission a constitué en son sein des groupes de travail sur les conditions de détention en France, portant chacun sur les thèmes suivants :

Groupe 1 : la prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques – conduit par M. Stéphane Mazars ;

Groupe 2 : la diversification des conditions de détention par le recours aux établissements ouverts – conduit par Mme Yaël Braun-Pivet ;

Groupe 3 : l'activité en détention – conduit par M. Philippe Gosselin ;

Groupe 4 : le lien avec le tissu économique local dans une perspective de réinsertion – conduit par Mme Laurence Vichnievsky.

Jeudi 22 février 2018

Dr Michel **DAVID**
Président de l'ASPMP
Psychiatre des Hôpitaux
Dispositif de soins psychiatriques
Maison d'arrêt de Coutances

Dr Marc **FEDELE**
Vice-Président de l'ASPMP
Psychiatre des Hôpitaux
Chef du SMPR de Rennes

AVANT-PROPOS

Les questions posées demandent des réponses complexes auxquelles les moyens de notre Association ne permettent pas de répondre dans le détail. Nombre d'entre elles font et feront l'objet de réflexions plus étendues au sein des deux comités installés par le ministère de la Santé :

- Le **comité de pilotage de la psychiatrie**, installé le 13 janvier 2017, sous la présidence du Dr Yvan Halimi et coprésidé par la Direction générale de l'offre de soins dont un atelier est consacré à la psychiatrie en milieu pénitentiaire (Référents : Dr Michel David et Pr Pierre Thomas. Lettre de mission annexée au dossier remis) ;

- Le **comité de suivi de la stratégie nationale « santé des personnes placées sous main de justice (PPSMJ)**[1] », installé le 26 avril 2017 présidé par la Direction générale de la santé et auquel l'Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP) et nos collègues somaticiens de l'Association des professionnels exerçant en prison (APSEP) participent activement. Le comité organise ses travaux autour de six axes :
  - ✓ Axe 1 : Mieux connaitre l'état de santé et déterminer les besoins en matière de santé PPSMJ ;
  - ✓ Axe 2 : Développer la promotion de la santé des PPSMJ tout au long de leur parcours ;
  - ✓ Axe 3 : Poursuivre l'amélioration des repérages et dépistages des PPSMJ ;
  - ✓ Axe 4 : Améliorer l'accès aux soins des PPSMJ ;
  - ✓ Axe 5 : organiser la continuité de la prise en charge lors des sorties de détention et des levées des mesures de justice ;
  - ✓ Axe 6 : Favoriser la coopération des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la stratégie santé des PPSMJ.

Ces travaux ont comme objectifs de durer sur plusieurs années. Les thématiques communes aux deux comités font l'objet d'échanges transversaux afin d'éviter toute redondance. Les réponses à vos questions se limiteront à ce que nous sommes à même de préciser actuellement ou que nous renverrons aux thématiques étudiées par les deux comités. Nous y ajouterons des remarques qui nous paraissent importantes.

[1] http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_ppsmj_2017.pdf

LES QUESTIONS

1/Quels sont les éléments statistiques disponibles sur la prise en charge psychiatrique des détenus (nombre de détenus orientés vers une consultation de psychiatrie à l'issue de l'examen d'entrée en détention, nombre de détenus présentant des antécédents psychiatriques, pathologies les plus représentées, nombre de détenus pris en charge dans chaque type de structures…) ?

L'ASPMP ne peut pas répondre précisément à ces questions qui appellent des réponses extrêmement variables d'une unité de soin à une autre. L'annexe 1 reproduit les dernières données statistiques publiées par l'Observatoire des Structures de santé des personnes détenues (OSSD) géré par la DGOS[1]. Il faut préciser que l'orientation vers une consultation psychiatrique pour les entrants renvoie globalement à deux modalités différentes : une orientation par les somaticiens si besoin ou une consultation psychiatrique systématique.

Concernant les antécédents psychiatriques et les pathologies les plus représentées, il faut se référer à l'étude épidémiologique de Falissard et Rouillon de 2004[2] et dont les principaux résultats sont consignés à l'annexe 2.

Une autre étude sera prochainement publiée concernant la santé mentale en population carcérale des Hauts de France par l'équipe du CHRU/SMPR/CCOMS de Lille (Pr Pierre Thomas, Imane Benradia et Fanny Carton) qui trouve aussi des chiffres de prévalence importante de troubles mentaux, proche de l'étude de Rouillon et Falissard, mais qui insiste sur l'importance des **comorbidités** (plusieurs maladies associées).

D'autres projets d'étude sont en cours, notamment celui du Pr Karine Chevreul, mais ils se heurtent à des difficultés de financement et de complexité méthodologique.

L'épidémiologie fait l'objet des travaux de l'axe 1 de la stratégie santé. Dans ce groupe de travail, l'ASPMP fait remarquer que l'on connait assez bien l'importance des troubles mentaux en prison. Il serait intéressant de focaliser le repérage sur les personnes détenues présentant les pathologies mentales les plus graves et notamment dans les centres de détention, les maisons centrales, les SMPR et les UHSA (Unités d'hospitalisation spécialement aménagées) ou certains établissements pénitentiaires comme le centre pénitentiaire de Château-Thierry[3].

Les études épidémiologiques ne doivent pas se contenter d'un constat, mais doivent obliger les pouvoirs publics à une action déterminée en politique de soins.

---

[1] https://o6.sante.gouv.fr/oSSD/
[2] *psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/expertise/textesexperts/rouillonVD.rtf*
[3] Lire à ce propos le rapport récent de visite du CGLPL : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2017/07/Rapport-de-la-deuxi%C3%A8me-visite-du-centre-p%C3%A9nitentiaire-de-Ch%C3%A2teau-Thierry-Aisne.pdf

2/Quelles sont les modalités précises et concrètes d'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles psychiatriques ?

Le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire comporte, comme pour les soins psychiatriques du milieu libre, un niveau ambulatoire de prise en charge, et un niveau d'hospitalisation complète.

Le niveau de soin ambulatoire doit respecter le principe du libre consentement.

Il propose un panel de soins psychiatriques correspondants aux soins des Centres Médico Psychologiques (CMP), des Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) et des Hôpitaux de jour avec certaines spécificités au milieu pénitentiaire pour l'hôpital de jour :

- ✓ Une vocation régionale ;
- ✓ Une admission médicale avec un système d'hébergement pénitentiaire.

Ce concept, référencé « hôpital de jour », mais finalement bien différent de ce qui est connu en milieu libre, explique que l'on puisse trouver différents types de projet de soins adaptés aux contextes locaux. Il appartiendra aux comités cités *supra* de préciser à nouveau les contours de cette possibilité de soin en milieu pénitentiaire.

Les personnes détenues peuvent être hospitalisées selon deux possibilités :

- ✓ Dans les hôpitaux psychiatriques uniquement en SDRE en application de l'article D 398 (Tableau 1) du code de procédure pénale (niveau 3) ;
- ✓ Dans les UHSA en soins libres (SL) ou en soins sur décision du représentant de l'État (SDRE) (niveau 3) ;

Article D398
Modifié par Décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010 - art. 29

Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3214-3 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire.
Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 3214-1 du code de la santé publique.
Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D. 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation.

Tableau 1. Article D398 du code de procédure pénale

La première modalité a été historiquement l'unique possibilité d'hospitalisation. Elle permet une hospitalisation de proximité.
La deuxième modalité a été créée par la loi de programmation et d'orientation de la justice de septembre 2002. Deux tranches de construction d'UHSA ont été prévues. La première tranche comporte 9 UHSA pour 440 lits (Annexe 3). La première UHSA a ouvert à Lyon en 2010 et la neuvième UHSA vient d'ouvrir à Marseille le 6 février dernier.

Les soins psychiatriques en prison doivent être librement consentis. Lorsque le patient présente des troubles mentaux graves qui ne lui permettent pas de consentir aux soins ou que ceux-ci ne peuvent être menés dans son lieu de détention ordinaire, le psychiatre du patient certifie que des SDRE s'imposent ou oriente un patient consentant en UHSA. Évidemment, un échange entre praticiens des unités d'hospitalisation doit préluder à la demande d'admission en hospitalisation.

Dans tous les cas, la décision d'hospitalisation ne peut être que sur l'initiative du psychiatre (et non de l'administration pénitentiaire).

3/Quelles observations appellent de votre part cette prise en charge (difficultés, points positifs…) ?

On sait que 75 % des adultes et 97 % des enfants et des adolescents soignés par les services publics de psychiatrie ne sont jamais hospitalisés, mais suivis en ambulatoire. (Source DREES 2012). Le virage ambulatoire annoncé lors de la présentation de la loi de modernisation de notre système de santé concerne également la psychiatrie.
En milieu pénitentiaire, il faut aussi imaginer la prise en charge psychiatrique des personnes incarcérées sur un modèle sectoriel avec ses différents niveaux de soin. Le modèle ambulatoire en milieu pénitentiaire est installé depuis plusieurs décennies et a affirmé son indépendance dès 1986 avec la création du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire.
Le modèle d'hospitalisation pensé pour les personnes incarcérées, à travers la création des UHSA, est lui relativement récent. Il devra être logiquement soumis à une méthodologie d'évaluation, sollicitée par l'ASPMP de longue date, et préconisée par de nombreux autres rapports (cf. paragraphe suivant).
Nos remarques n'auront donc aucune valeur scientifique et seront incomplètes.
À noter que les psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire se sont regroupés sous la forme d'une structure souple dénommée « coordination UHSA » pour échanger autour de leurs pratiques.

La création des UHSA, bien qu'initialement controversée au sein de la profession s'est imposée suite au constat des intolérables et non thérapeutiques conditions d'hospitalisation des personnes détenues en hôpital psychiatrique pour des raisons précises, ayant souvent un rapport avec des préoccupations sécuritaires qui ont tendance à dominer les motifs thérapeutiques et forcent à contrevenir aux règles de bonnes pratiques médicales. L'hospitalisation en UHSA devrait être la règle une fois le programme UHSA terminé, bien que l'on puisse douter qu'il soit suffisant pour absorber toutes les demandes d'hospitalisation.
Tant que ce principe n'est pas effectif, il faudra maintenir un axe de réflexion sur les hospitalisations hors UHSA, ce d'autant :

- ✓ Que les évolutions récentes de la loi concernant l'isolement et la contention, considérés comme des mesures de dernier recours, devraient permettre de réinterroger les conditions d'accueil et de prise en charge des personnes incarcérées dans les unités d'hospitalisation ;

- ✓ Que cela maintient la possibilité d'avoir une hospitalisation dans des délais brefs, sans transports sur de longues distances puisqu'il s'agit d'une hospitalisation dans l'établissement de santé mentale de proximité.

L'hospitalisation en UHSA a permis incontestablement d'améliorer la qualité des soins en se rapprochant des standards de soins admis.

Pour ce qui concerne les limites au principe d'hospitalisation tel qu'il existe aujourd'hui on relèvera la question du parcours de soin psychiatrique du patient après l'indication médicale d'hospitalisation, ou de sortie d'hospitalisation : les problèmes éthiques, cliniques que cela pose, les risques graves encourus pour les patients concernés.

Pour les UHSA :

- ✓ Les difficultés d'effectif de transport pénitentiaire sont un facteur limitant des délais à l'accès et/ou de sortie de l'UHSA après que les indications médicales d'admission ou de sortie aient été posées. Ces difficultés sont de l'ordre de l'impossibilité lorsqu'il s'agit des nuits, du samedi ou du dimanche ;
- ✓ La question des transports pénitentiaires contraint également le principe d'égalité d'accès aux soins en fonction de la distance qui sépare le site demandeur et l'UHSA sur la zone interrégionale couverte.

Pour les hospitalisations hors UHSA :

- ✓ L'état de tension des lits, ainsi que les contraintes en personnel de nuit dans les hôpitaux psychiatriques retardent parfois de plus de 24 heures les admissions en SDRE D398. Il faut aussi insister sur le fait qu'étant données les angoisses sécuritaires, et malgré les exigences légales et les recommandations de bonnes pratiques relatives à l'isolement, les personnes détenues hospitalisées sous ce régime sont presque systématiquement placées dans une chambre d'isolement bien que l'état clinique ne le justifie pas. Etant donnée la tension assez généralisée sur la disponibilité des lits d'hospitalisation, cette pratique impose souvent de sortir d'une chambre d'isolement un patient qui nécessiterait pourtant encore cliniquement d'y rester. Il s'ensuit des désorganisations en cascade nuisant à tous, patients comme soignants.

Dans les deux cas, des retards parfois très longs (jusqu'à plusieurs semaines) sont constatés avant l'admission ou avant le retour en détention du fait du statut administratif pénitentiaire de compétence nationale, ou tout simplement de la lourdeur des « démarches de certificats ».

4/La répartition actuelle entre les structures de prise en charge en milieu pénitentiaire (DSP de l'USMP et SMPR) et en milieu hospitalier (UHSA) vous parait-elle pertinente ? Quel bilan tirez-vous de la mise en service de la première tranche des UHSA et êtes-vous favorable au lancement d'une deuxième tranche ?

Il faudra redéfinir les niveaux de soin et ensuite les décliner localement en fonction de la configuration de chaque établissement pénitentiaire, de l'organisation et des moyens hospitaliers locaux, des projets médicaux des hôpitaux et de l'implication des ARS.

La question de l'inégalité des possibilités de soins psychiatriques, au niveau ambulatoire, entre les hommes et les femmes se pose également. Notamment du côté des soins « d'hospitalisation de jour ».
Il conviendrait peut-être d'intégrer dans les échanges la nécessaire question du lien dedans/dehors. Réfléchir à des dispositifs psychiatriques mobiles de liaison, sur le modèle de ce qui peut être proposé en milieu libre, et déjà expérimenté en détention pour la prise en charge des conduites addictives.
Œuvrer à un travail de lien entre les structures du soin du dedans et du milieu libre, accompagner les patients dans ces démarches semblent indispensable, et les articuler avec les éléments de contraintes « pénales » des conditions de sortie de détention.

En ce qui concerne le bilan de la première tranche des UHSA (440 lits), l'ASPMP demande depuis longtemps qu'une évaluation soit impérativement menée avant le lancement de la deuxième tranche. L'évaluation doit être très complète, d'autant plus que la deuxième tranche de 265 lits ne suffira probablement pas à couvrir tous les besoins.

Le ministère de la Santé a probablement conscience de ces problèmes, notamment quand l'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques des personnes détenues contrevient aux décisions du législateur en 2016, à aux recommandations de la Haute Autorité de santé et à l'instruction du ministère de la Santé en ce qui concerne l'isolement et la contention de mars 2017.

En effet, l'article 72 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 (article L3222-5-1 du code de la santé publique – Tableau 2), les recommandations de la HAS du 20 mars 2017 sur l'isolement et la contention en psychiatrie et l'instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement ont strictement encadré l'isolement et la contention en psychiatrie.

On relèvera notamment dans l'instruction le paragraphe suivant : *« La contention et l'isolement constituent des mesures de protection du patient et de son entourage dans l'unité de soins, mais ne peuvent répondre à des impératifs d'ordre sécuritaire ou disciplinaire. En conséquence, lorsque des personnes détenues sont hospitalisées dans l'attente d'une place en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), le recours à l'isolement et à la contention doit relever d'une nécessité médicale. Les*

modalités de mise en œuvre de cette recommandation dans les établissements feront l'objet de ***travaux interministériels des ministères de la Santé, de la Justice et de l'Intérieur*** *».*

Et l'on note également la phrase suivante : « *La mise en œuvre des recommandations de bonne pratique au sein des unités pour malades difficiles (UMD) et des UHSA tient compte des particularités cliniques et de fonctionnement de ces unités* », semblant ainsi faire une exception pour les UHSA par rapport au milieu ouvert et les regroupant avec les UMD. L'analogie interroge.

Il convient donc de réaliser un bilan pluridimensionnel des UHSA qui aille plus loin que les remarques de la Cour des comptes, de l'IGAS (Annexe 5) ou du rapport du Sénat (Annexe 6). Pour faire le lien avec l'isolement et la contention, on remarque une allusion sur l'isolement et la contention dans le rapport de la Cour des comptes excluant ces pratiques dans les UHSA (souligné dans la citation par nous en gras), alors que tel n'est pas le cas (ce que sous-entend d'ailleurs l'instruction du ministère de la Santé) et ne peut être qu'un révélateur indirect de la lourdeur des pathologies traitées dans les UHSA.

Une inspection des UHSA a été demandée par le ministère de la Santé, mais le lancement de la mission connait des retards dont il conviendrait d'identifier la ou les raisons.

Article L3222-5-1
Créé par LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 72

L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.

Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1.

Tableau 2. Article L2222-5-1 du code de la santé publique

5/La stratégie nationale de santé 2018-2022 comporte-t-elle un volet relatif aux personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques ? Le cas échéant, que prévoit la stratégie pour la prise en charge de ces personnes ?

Au cours de la réunion du comité de suivi de la stratégie nationale de santé des PPSMJ du 19 décembre 2017, le Directeur général de la DGS dans son discours d'ouverture a déclaré que la stratégie nationale santé des PPSMJ s'inscrivait dans la stratégie nationale santé prévue à l'article 1 de la loi de modernisation de notre système de santé et qu'un comité interministériel sera réuni en mars 2018 pour proposer un document d'application proposant un programme national de santé publique.
Au cours de la même séance, le Haut Conseil de la Santé Publique a confirmé cette démarche.

6/Le manque de places en SMPR et UHSA conduit-il, en lieu et place d'une hospitalisation de jour, à procéder plus fréquemment à une hospitalisation sans consentement sur demande du représentant de l'État dans le centre hospitalier spécialisé voisin du seul fait de la qualité de détenu et des risques d'évasion afférents ?

Sans qu'il soit possible de quantifier ce phénomène, alors qu'un patient pourrait être admis en soins libres en UHSA, le manque de place ou l'impossibilité de mobiliser le transport pénitentiaire alors qu'il y a de la place à l'UHSA nécessite de demander une hospitalisation SDRE D398 en hôpital psychiatrique, quitte à demander la levée de la mesure pour la transformer en soins libres à l'arrivée à l'UHSA. C'est un manquement aux droits du patient. L'utilisation systématique du D398 avant les UHSA contrevenait aux règles du milieu ouvert, notamment dans les crises suicidaires quand elles relèvent d'un soin libre ou d'un soin sur demande d'un tiers (SDT) pour le milieu ouvert (Le SDT n'est pas possible pour une personne détenue).

7/Comment est garantie la continuité du suivi médical en cas de transfert d'un détenu d'une structure de soins en milieu hospitalier à une structure de soins en milieu pénitentiaire ?

Avant l'audition, cette question nous avait paru peu compréhensible. En outre, elle ne peut connaitre de réponse tant que l'évaluation de la première tranche des UHSA n'a pas été faite. Il s'agit d'ailleurs d'un des très nombreux critères d'évaluation des UHSA.

L'audition a permis d'appréhender le fond du problème et qui parait être au cœur de cette audition. Les parlementaires voulaient connaitre la suite des soins après une hospitalisation en UHSA. En fait, il leur aurait été signalé que des patients sortant d'UHSA pouvaient connaitre une rechute plus ou moins rapide par arrêt de traitement et que la solution aurait été d'imposer un **programme de soin** après une hospitalisation en SDRE à l'UHSA.

Pour les lecteurs de ce document peu au fait des dispositifs complexes des soins psychiatriques sans consentement, il faut préciser qu'un programme de soin est une mesure de soins ambulatoires qui survient après

une hospitalisation complète en hôpital psychiatrique sous les régimes des soins sur demande d'un tiers (SDT) ou des soins sur décisions du représentant de l'État (SDRE). Quand un programme de soin est prescrit par un médecin, il s'inscrit dans une mesure de soins sous contrainte au décours d'une hospitalisation complète. Le consentement de la personne n'est pas nécessaire (sinon la mesure serait levée), mais son adhésion est requise. Distinguo subtil, mais nécessaire. Il existe donc une forme de contrainte. Or, les soins en milieu pénitentiaire doivent exclure toute contrainte. C'est un principe acquis depuis l'instauration des soins psychiatriques en prison.

Proposer un programme de soin en prison révèle une profonde méconnaissance de la loi, d'autant plus qu'en milieu ouvert la loi du 5 juillet 2011 préconise prioritairement d'obtenir le consentement de la personne. Les soins libres sont d'autant plus importants que la prison est un lieu de contrainte et qu'imposer une contrainte factice avec un programme de soin est une illusion. Une longue expérience du suivi psychiatrique ambulatoire des patients incarcérés nous fait plutôt penser qu'une telle mesure augmenterait le risque de rupture de soins, de passages à l'acte auto et hétéroagressif et *in fine* entravera les possibilités d'inscrire les patients concernés dans une authentique démarche de soin, aggravant encore un peu plus le pronostic psychiatrique à long terme.

Par ailleurs, les programmes de soin sont contestés en milieu libre, ouvrant à de nombreuses difficultés juridiques, pratiques et de responsabilité. Cette disposition ne pourra qu'augmenter le nombre de personnes très malades mentalement en prison, découragera de nombreux psychiatres expérimentés à travailler en prison, aggravant la crise démographique déjà bien connue, rendant encore plus difficile le travail des surveillants pénitentiaires dont la mission et la compétence ne consistent pas à s'occuper des personnes détenues souffrant de graves troubles mentaux. La seule solution pour ces situations, probablement pas très nombreuses, est la suspension de peine pour raison médicale psychiatrique. On retrouve ici la suggestion d'un repérage des personnes détenues souffrant sévèrement de pathologies mentales.

Vouloir étendre le principe du programme de soin en prison révèle une conception du soin et des règles déontologiques marquées du sceau du paternalisme médical et d'une vision non respectueuse des règles déontologiques entre médecins.

La loi Kouchner du 4 mars 2002 est censée avoir permis de tourner la page avec le **paternalisme médical** en positionnant le patient comme codécideur du soin avec le médecin et non comme un « **objet** » du médecin. Le programme de soin en prison peut conduire à considérer la personne détenue, déjà contrainte par la privation de liberté, comme doublement contrainte par l'absence de considération de sa position par rapport aux soins.

En ce qui concerne les règles déontologiques médicales, il faut décrire les échanges médicaux qui doivent préluder à l'indication d'un programme de soins en milieu ouvert. Quand à l'issue d'une hospitalisation complète sous le régime d'un SDRE ou d'un SDT, le médecin de l'unité d'hospitalisation complète pense qu'un programme de soin pourrait être opportun, il doit contacter le médecin qui suivra le patient en ambulatoire

pour échanger cliniquement autour de la situation médicale de la personne et lui demander s'il est d'accord pour l'établissement d'un programme de soin et si oui, quel doit en être le contenu. Établir un programme de soin sans prendre l'avis du collègue qui doit en assurer le suivi n'est pas conforme aux relations de bonne pratique entre praticiens. Ce qui est le cas des psychiatres qui imposeraient l'établissement d'un programme de soins pour les personnes détenues après une hospitalisation en UHSA ou en hôpital psychiatrique en désaccord avec le psychiatre chargé du suivi en détention. Des discussions ont eu lieu entre psychiatres sur ce sujet, avec l'expression sans ambiguïtés d'un refus du programme de soin par les psychiatres exerçant en ambulatoire dans les prisons Passer outre ce refus et les objections théoriques et pratiques avancées est l'expression d'une contrainte exercée sur des collègues en leur imposant un dispositif inadéquat.

Pour compléter la complexité de la situation, il faut aussi faire état de la situation particulière de la mainlevée par le juge des libertés et de la détention pour une raison quelconque avec la proposition d'établir le cas échéant un programme de soin. Nous renvoyons les députés à la jurisprudence et aux publications qui traitent de ces situations complexes et doivent leur permettre d'avoir un aperçu de la complexité des lois du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013.

8/Comment est assurée la continuité de la prise en charge à la sortie de détention des personnes atteintes de troubles psychiatriques ?

C'est peut-être l'axe de réflexion manquant dans les possibilités du soin en milieu pénitentiaire.
Un axe qu'il faut réfléchir du point de vue du sens et des moyens. (Cf. réponse à la question 4), mais que l'ASPMP questionne sans cesse, ayant d'ailleurs consacré ses journées nationales à Nantes en 2015 sur le lien dedans-dehors[1].

Dans la situation idéale, un lien est fait entre l'équipe de psychiatrie en milieu pénitentiaire et l'équipe du secteur de psychiatrie générale, notamment quand la date de libération est connue et que le lieu de vie est connu. Cela est loin de toujours être le cas.

La temporalité de l'exécution de la peine, celle inhérente au travail psychiatrique, à la nature même des troubles psychiatriques, et les enjeux parfois extrêmement complexes établis autour de nos patients au moment de la sortie rend la question de la construction et de l'articulation du projet soin post pénal fondamental. Bien souvent, elle se confronte à de nombreux manques.

[1] XXIVe Journées annuelles des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Articulation dedans-dehors : construction ou illusion ? 19-20 mars 2015. http://www.aspmpnantes2015.fr/

9/Les USMP et SMPR sont-ils uniformément et suffisamment dotés en médecins psychiatres ? Existe-t-il des difficultés de recrutement de médecins psychiatres et, le cas échéant, quelles en sont les causes ?

Les USMP, les SMPR et les UHSA ne sont pas uniformément dotés en médecins psychiatres, et autres personnels soignants et s'alignent sur les différences régionales en démographie soignante. Environ 25 % de l'ensemble des postes de psychiatres/praticien hospitalier ne sont pas pourvus. La spécificité du milieu pénitentiaire ne peut que suivre ce mouvement. Et travailler en prison demande une motivation particulière et une endurance hors du commun.
La question de l'attractivité de ces postes est entière et posée en ce sens dans le travail de suivi de la stratégie des SPPMJ, ainsi que dans le rapport parlementaire de juillet 2017.
Pour une comptabilité précise, il convient de s'adresser au ministère de la Santé ou au centre national de gestion.

10/Quelles pistes vous paraissent devoir être explorées pour améliorer la prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques ?

La loi indique que les soins (psychiatriques et somatiques) des personnes détenues doivent être équivalents à ceux des personnes en milieu ouvert. L'objectif est utopique, car le contexte d'une prison n'est en rien comparable au milieu libre et la surpopulation pénale aggrave sérieusement la situation.

Nous constatons une surreprésentation des troubles psychiatriques de l'axe 1 et 2 qui doit être mise en parallèle avec les difficultés de la psychiatrie du milieu libre, tant au niveau de l'ambulatoire que de l'hospitalisation, et de la question de ses moyens, ainsi que certains députés en ont fait état récemment et la presse l'écho.

Nous souhaiterions prioritairement porter l'attention sur les cas pathologiques les plus sévères. La prise en charge à proposer est forcément différenciée selon chaque personne, afin de lui proposer un parcours de soin adapté, nécessaire et proportionné. Une exigence éthique impose que des personnes lourdement malades, avec des risques d'aggravation du fait des conditions de vie carcérale, bénéficient de l'attention soignante qu'exige leur état.

Nous souhaiterions que soit étudiée dans sa globalité la question de l'égalité des chances pour ces patients, en termes de qualité d'exécution de la peine, de possibilité d'aménagements de peine et de réinsertion. Nous souhaiterions par ailleurs pouvoir soumettre plus facilement à expertise l'opportunité d'une suspension de peine pour raison psychiatrique, d'une inaptitude à la détention, signaler une aggravation des troubles psychiatriques en rapport avec le contexte, et clarifier le circuit des réponses.

Nous attirons également l'attention sur le danger de l'illusion du « tout psychiatrique ». De nombreuses personnes détenues peuvent présenter des comportements perturbateurs ne relevant pas d'une pathologie psychiatrique ou des conduites suicidaires précipitées par des facteurs pénitentiaires sans étiologies

strictement psychiatriques[1]. Il est dangereux, une fois cette problématique comportementale ou suicidaire énoncée, que l'on considère qu'il ne s'agisse que d'une question de soin.

C'est ici la relation entre le sujet et le système pénitentiaire qu'il faut interroger. Le soin, « intrinsèquement », a les possibilités de réfléchir de façon dynamique les orientations thérapeutiques à apporter au cas par cas. Il n'est pas légitime à statuer sur la question pénitentiaire et ne doit pas l'être au risque de compromettre ses possibilités de soigner.

Ce qui sur ce point créée un gouffre par rapport aux possibilités dont dispose la prison pour réfléchir au cas par cas sur des situations pénitentiaires difficiles, lorsque l'on sait que la règle se situe déjà du côté de conditions de détentions « anormales » (type « surpopulation », etc.). Si ce gouffre devient un raccourci vers la responsabilité du soin, la situation devient dangereuse pour les personnes incarcérées concernées.

Par ailleurs, s'il peut être tentant de voir transférer du milieu carcéral pour le milieu psychiatrique les personnes concernées pour diminuer la surpopulation par exemple, ce mouvement serait voué à l'échec pour des raisons médicales, institutionnelles, juridiques (les exigences des lois du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013) et ne pourrait entraîner que de graves désordres sociaux.

Enfin, rappelons ici la question de l'inégalité inacceptable des possibilités de soins, notamment ambulatoire d'hôpital de jour, entre les hommes et les femmes.

L'amélioration de la prise en charge des personnes détenues présentant des troubles mentaux ne peut être que progressive en utilisant au mieux l'ensemble des moyens dont nous disposons et en respectant les principes psychiatriques sectoriels.

Il conviendra aussi de trouver les moyens de mieux articuler les soins du milieu ouvert et du milieu fermé, et de les articuler avec les contraintes liées à l'exécution de la peine et les possibles conditions de la sortie de prison (aménagements de peine, suspensions de peine pour raisons psychiatriques, soins pénalement ordonnés : obligation de soin, injonction de soin et injonction thérapeutique).

[1] On ne peut regretter sur ce point que lors de la récente révision du guide méthodologique, le chapitre sur le suicide n'ait pas pris en compte les remarques des soignants sur les facteurs précipitants suicidogènes carcéraux, juridiques ou sociaux pour se focaliser que sur les aspects psychiatriques. Ce choix évite de poser la question carcérale en France.

CONCLUSION

Les vingt recommandations du livre blanc de mars 2017 élaboré en commun par l'ASPMP et l'APSEP restent d'actualité et auraient pu convenir pour terminer cette contribution. Toutefois, nous préférons conclure sur un point qui nous a paru très important au cours de cette audition, tout en reportant les recommandations du livre blanc en annexe 7.

La représentation nationale semble avoir été très intéressée par la possibilité d'instaurer des programmes de soin prévus dans les lois du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013 pour des patients sortant d'UHSA après une hospitalisation en SDRE et retournant en détention ordinaire.

Nous avons détaillé les raisons de notre opposition aux programmes de soin en prison. Le temps consacré pendant l'audition à ce sujet montre à quel point la question des soins en prison se centre sur l'hospitalisation et les cas les plus difficiles, pourtant bien moins nombreux que tous les patients que nous suivons en consultation ambulatoire.

La psychiatrie en milieu pénitentiaire ne doit pas se satisfaire de recettes simplistes, qui ne résoudront rien et qui surtout shuntent toute réflexion aboutie sur les soins en prison, eux-mêmes à inclure dans une réflexion plus globale sur les prisons et la pénalité. Malheureusement, il semble que les pouvoirs publics paralysés par une opinion publique qu'ils ne savent plus éclairer de manière rationnelle en sont réduits à des ajustements inadéquats et à la marge.

ANNEXE 1

Statistiques Rapport Annuel UCSA : Chiffres clés 2012

Rapport Annuel 2012
dans la base d'information oSSD

Participation : 180 US (98%).

Rapport Annuel 2011
dans la base d'information oSSD

Participation : 184 UCSA (100%).

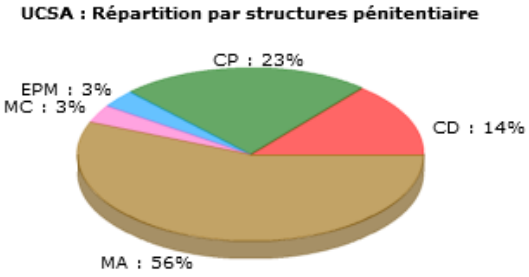
Rapport Annuel 2010
dans la base d'information oSSD

Participation : 175 UCSA (100%).

© Ministère de la Santé - DGOS - USID : 17/02/2018

Région :

Participation	
Centre de détention :	25 UCSA
Centre pénitentiaire :	42 UCSA
Établissement pour mineurs :	6 UCSA
Maison centrale :	6 UCSA
Maison d'arrêt :	101 UCSA
Total :	180 UCSA



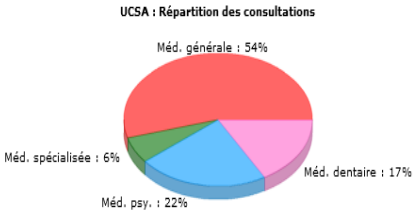
Convention avec un établissement différent pour la prise en charge de la psychiatrie

Régions	Nb. ES
Alsace :	3
Aquitaine :	6
Auvergne :	4
Basse-Normandie :	5
Bourgogne :	5
Bretagne :	5
Centre :	4
Champagne-Ardenne :	7
Corse :	1
Franche-Comté :	3
Guadeloupe :	1
Haute-Normandie :	3
Île-de-France :	3
La Réunion :	3
Languedoc-Roussillon :	3
Limousin :	4
Lorraine :	9
Martinique :	1
Midi-Pyrénées :	6
Nord–Pas-de-Calais :	3
Pays de la Loire :	3
Picardie :	7
Poitou-Charentes :	4
Provence-Alpes-Côte d'Azur :	7
Rhône-Alpes :	10
Établissements :	110
Pourcentage :	61,11 %
Nombre UCSA :	180

Capacités des structures de détention

Région	Places théo.	Places opér.	File active AP	File active Santé
Alsace :	1 064	1 048	5 009	2 128
Aquitaine :	2 814	2 750	8 790	6 795
Auvergne :	791	649	2 441	1 784
Basse-Normandie :	1 511	1 485	4 322	548
Bourgogne :	1 385	1 379	4 545	991
Bretagne :	3 510	3 510	15 461	10 398
Centre :	1 896	1 811	5 640	4 395
Champagne-Ardenne :	1 570	1 477	4 718	1 900
Corse :	478	478	1 395	657
Franche-Comté :	518	518	2 300	948
Guadeloupe :	634	634	1 796	1 379
Guyane :	614	614	1 283	1 090
Haute-Normandie :	2 320	2 229	5 786	1 704
Île-de-France :	9 504	9 422	38 764	33 118
La Réunion :	1 256	1 212	2 659	377
Languedoc-Roussillon :	2 243	2 212	8 683	7 021
Limousin :	769	761	2 296	4 833
Lorraine :	3 349	3 302	9 353	4 017
Martinique :	569	569	1 886	1 554
Mayotte :	105	105	536	N/R
Midi-Pyrénées :	2 242	2 093	7 031	1 514
Nord–Pas-de-Calais :	4 114	4 111	15 649	7 278
Pays de la Loire :	2 985	2 733	9 549	5 510
Picardie :	2 591	2 450	8 370	1 319
Poitou-Charentes :	1 745	1 700	4 471	2 215
Provence-Alpes-Côte d'Azur :	5 752	5 748	19 614	18 678
Rhône-Alpes :	4 519	4 437	16 127	9 228
Total places théoriques :				60 848
Total places opérationnelles :				59 437
Total file active AP :				208 474
Total file active Santé :				131 379
Nombre d'UCSA :				180

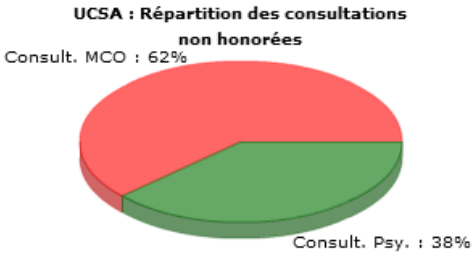
UCSA : Consultations médicales				
Région	**Médecine générale**	**Médecine spécialisée**	**Médecine psychiatrique**	**Médecine dentaire**
Alsace :	12 829	5 630	3 528	2 698
Aquitaine :	28 081	2 225	11 611	8 285
Auvergne :	8 353	2 401	3 933	3 800
Basse-Normandie :	14 134	2 291	6 957	4 023
Bourgogne :	15 494	2 390	4 363	3 848
Bretagne :	37 740	3 680	21 070	13 031
Centre :	19 204	2 257	3 748	5 459
Champagne-Ardenne :	15 624	2 781	3 888	4 633
Corse :	4 018	882	1 026	1 373
Franche-Comté :	6 659	634	2 069	1 516
Guadeloupe :	4 455	555	1 654	626
Guyane :	6 041	83	1 908	1 640
Haute-Normandie :	15 951	1 980	3 634	5 793
Île-de-France :	102 819	8 786	41 331	35 436
La Réunion :	7 950	790	2 741	1 978
Languedoc-Roussillon :	29 956	3 595	13 559	4 481
Limousin :	7 772	645	2 073	2 019
Lorraine :	29 913	4 231	16 180	6 364
Martinique :	5 904	1 131	0	1 957
Mayotte :	3 220	0	213	411
Midi-Pyrénées :	17 887	1 954	12 669	6 821
Nord–Pas-de-Calais :	48 774	2 468	17 735	16 556
Pays de la Loire :	22 203	2 283	6 777	5 721
Picardie :	20 266	1 359	10 491	4 193
Poitou-Charentes :	14 801	2 444	5 442	5 283
Provence-Alpes-Côte d'Azur :	48 961	8 927	25 932	19 719
Rhône-Alpes :	42 092	2 984	18 454	14 042
Total par spécialité :	591 101	69 386	242 986	181 706
Total des consultations : 1 085 179				



UCSA : Consultations médicales programmées non honorées

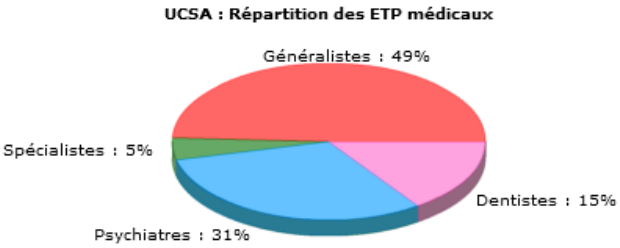
Région	Consultations MCO	Consultations Psy.
Alsace :	1 155	904
Aquitaine :	0	0
Auvergne :	681	173
Basse-Normandie :	0	835
Bourgogne :	0	0
Bretagne :	3 962	785
Centre :	378	1 217
Champagne-Ardenne :	1 153	1
Corse :	31	0
Franche-Comté :	591	103
Guadeloupe :	341	584
Guyane :	0	0
Haute-Normandie :	1 981	281
Île-de-France :	13 420	6 956
La Réunion :	0	712
Languedoc-Roussillon :	4 114	2 962
Limousin :	1 971	1 093
Lorraine :	1 596	3 072
Martinique :	3 190	0
Mayotte :	0	0
Midi-Pyrénées :	271	4 340
Nord–Pas-de-Calais :	8 921	5 700
Pays de la Loire :	1 844	933
Picardie :	125	0
Poitou-Charentes :	1 113	257
Provence-Alpes-Côte d'Azur :	4 025	1 478
Rhône-Alpes :	8 341	4 179
Total par spécialité :	59 204	36 565

Total des consultations : 95 769



UCSA : ETP médicaux (pourvus)

Région	Généralistes	Médecine Spécialistes	Médecine Psychiatres	Médecine Dentistes
Alsace :	4,10	1,00	6,20	2,00
Aquitaine :	8,25	1,34	7,10	4,60
Auvergne :	2,93	0,60	2,50	1,40



Basse-Normandie :	3,60	1,10	4,81	2,10
Bourgogne :	5,83	0,75	3,80	1,95
Bretagne :	17,80	0,41	11,30	8,00
Centre :	6,48	0,40	3,85	2,45
Champagne-Ardenne :	5,10	0,30	1,90	2,10
Corse :	1,80	0,05	0,60	0,90
Franche-Comté :	12,25	0,40	1,67	0,90
Guadeloupe :	1,75	0,10	3,50	0,50
Guyane :	2,00	0,10	1,00	0,80
Haute-Normandie :	5,70	0,90	2,80	2,75
Île-de-France :	40,60	3,92	31,60	15,40
La Réunion :	2,80	0,25	3,50	1,15
Languedoc-Roussillon :	9,90	1,49	10,20	3,90
Limousin :	1,90	0,30	0,84	0,90
Lorraine :	7,40	1,38	8,70	3,70
Martinique :	1,30	0,45	2,00	0,50
Mayotte :	0,80	0	0,10	0,10
Midi-Pyrénées :	7,90	1,00	8,70	2,90
Nord–Pas-de-Calais :	15,00	1,75	11,90	8,60
Pays de la Loire :	7,90	0,40	8,90	3,60
Picardie :	5,36	0,88	6,80	2,70
Poitou-Charentes :	5,80	1,08	5,65	2,90
Provence-Alpes-Côte d'Azur :	16,60	4,08	20,35	8,45
Rhône-Alpes :	95,48	3,36	15,73	7,15
Total par spécialité :	296,33	27,79	186,00	92,40
Total des ETP médicaux pourvus : 602,52				

© Ministère de la Santé — DGOS — USID : 17/02/2018

ANNEXE 2

Tableau 1 : Estimation de la prévalence des troubles psychiatriques actuels dans la population carcérale française masculine (diagnostics consensuels du binôme d'enquêteurs pondérés sur les poids actuels réels des incarcérations en maisons d'arrêt, centres de détention et maisons centrales)

	Estimation de la prévalence « population carcérale masculine française »*
Troubles thymiques	
Syndrome dépressif	40,3 %
Dépression endogène — Mélancolie	7,5 %
État dépressif chronique	7,4 %
Manie/hypomanie	6,2 %
Troubles bipolaires	4,7 %
Symptômes psychotiques contemporains des épisodes thymiques	1,8 %
Troubles anxieux	
Attaques de panique/névrose d'angoisse	7,6 %
Agoraphobie	16,7 %
Phobie sociale	16,3 %
Névrose obsessionnelle	9,2 %
Névrose traumatique	19,6 %
Anxiété généralisée	32,7 %
Dépendance aux substances	
Abus/dépendance à l'alcool (si < 6 mois d'incarcération)	31, 2 %
Abus/dépendance aux substances (si < 6 mois d'incarcération)	37,9 %
Troubles psychotiques	
Troubles psychotiques (total)	21,4 %
Schizophrénie	7,3 %
Bouffée délirante aiguë	0,1 %
Schizophrénie dysthymique	2,6 %
Psychose chronique non schizophrénique (paranoïa, PHC…)	7,3 %
Type de psychose non précisé	4,1 %

** Source pour les pondérations : « La statistique trimestrielle de la population prise en charge en milieu fermé au 1er janvier 2004 - Direction de l'Administration Pénitentiaire*
° Estimations réalisées à partir de faibles effectifs dans notre échantillon d'enquête

ANNEXE 3
Les 9 premières UHSA
Arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux.
NOR : SASH1019961A
ELI : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2010/7/20/SASH1019961A/jo/texte

UNITÉ HOSPITALIÈRE spécialement aménagée	LISTE DES ÉTABLISSEMENTS pénitentiaires du ressort de chaque UHSA	ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE d'écrou des personnes détenues hospitalisées en UHSA
Unité hospitalière spécialement aménagée du centre hospitalier universitaire de Lille-Seclin	Les établissements pénitentiaires de la direction interrégionale des services pénitentiaires de Lille	Centre pénitentiaire de Lille-Loos-Sequedin
Unité hospitalière spécialement aménagée du centre hospitalier de Cadillac	Les établissements pénitentiaires de la direction interrégionale des services pénitentiaires de Bordeaux	Maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan
Unité hospitalière spécialement aménagée du centre hospitalier Guillaume Régnier, Rennes	Les établissements pénitentiaires de la direction interrégionale des services pénitentiaires de Rennes	Centre pénitentiaire de Rennes-Vezin
Unité hospitalière spécialement aménagée de l'assistance publique de Marseille	Les établissements pénitentiaires de la direction interrégionale des services pénitentiaires de Marseille	Centre pénitentiaire de Marseille-les Baumettes
Unité hospitalière spécialement aménagée du centre hospitalier Gérard Marchant, Toulouse	Les établissements pénitentiaires de la direction interrégionale des services pénitentiaires de Toulouse	Maison d'arrêt de Toulouse-Seysses
Unité hospitalière spécialement aménagée du centre hospitalier de Laxou-Nancy	Les établissements pénitentiaires de la direction interrégionale des services pénitentiaires de Strasbourg, à l'exception des établissements situés sur les départements du Jura et du Doubs.	Centre pénitentiaire de Nancy
	Les établissements de la direction interrégionale des services pénitentiaires de Dijon situés sur les départements suivants : Marne, Ardennes, Haute-Marne, Aube (uniquement le centre pénitentiaire de Clairvaux)	
Unité hospitalière spécialement aménagée du Vinatier-Lyon	Les établissements pénitentiaires de la direction interrégionale des services pénitentiaires de Lyon	Maison d'arrêt de Lyon-Corbas
	Les établissements de la direction interrégionale des services pénitentiaires de Dijon situés sur les départements suivants : Côte-d'Or, Saône-et-Loire	
	Les établissements de la direction interrégionale des services pénitentiaires de Strasbourg situés sur les départements suivants : Jura, Doubs	
Unité hospitalière spécialement aménagée du centre hospitalier Paul Guiraud, Villejuif	Les établissements de la direction interrégionale des services pénitentiaires de Paris	Centre pénitentiaire de Fresnes
UHSA du centre hospitalier départemental Georges Daumezon, Orléans	les établissements pénitentiaires de la direction interrégionale des services pénitentiaires de Dijon situés sur les départements suivants : Aube (à l'exception du centre pénitentiaire de Clairvaux), Cher, Eure-et-Loir, Indre, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Loiret, Nièvre, Yonne	Maison d'arrêt d'Orléans

ANNEXE 4
Communiqué du 29 mars 2013 relatif à l'évaluation des UHSA

Dans les suites de l'inauguration de la 4e Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée (UHSA) à Fleury-les-Aubrais/Orléans le 13 février 2013, l'ASPMP demande à nouveau avec insistance une **évaluation globale de la première tranche d'UHSA** prévoyant neuf UHSA (440 places) avant le lancement de la deuxième tranche de huit UHSA (265 places).

Dans un temps où la conférence de consensus sur la prévention de la récidive préconise moins de prison et davantage de peines alternatives à l'incarcération sans oublier une réflexion sur le sens de la peine, quelle importance faut-il accorder aux UHSA ? Quelles places viennent-elles occuper dans le paysage sanitaire ?

L'ASPMP rappelle que les UHSA ont été créées pour suppléer à l'hospitalisation en milieu psychiatrique ordinaire des personnes détenues qui se déroulait dans des conditions non satisfaisantes : séjours le plus souvent courts, généralement en totalité en chambre de sécurité ou d'isolement, dans des conditions de vie considérées moins bonnes qu'en détention et médiocrement thérapeutiques, voire même le plus souvent indignes.

Pourquoi les UHSA ?

- Parce que le secteur de psychiatrie générale a oublié l'esprit initial déségrégatif qui en a inspiré la création.
- Parce que les professionnels dans un monde désenchanté ont perdu la force militante de leurs prédécesseurs, n'osant ou ne sachant plus revendiquer les moyens nécessaires pour donner des soins de qualité dans un contexte sécurisant pour les patients et les soignants.
- Ce renoncement, favorisé par une ambiance sécuritaire européenne, a conduit à la création des UHSA, autrement nommées avec un net succès médiatique « Hôpitaux-Prison », ce qui en dit long sur le renoncement de la psychiatrie publique et du soutien donné à ce concept par certains dirigeants politiques et une partie de l'opinion publique, mal informée.

Pourquoi une évaluation de la première tranche ?

- Parce que les UHSA vont à l'encontre des tendances politiques actuelles, notamment celles exprimées lors de la conférence de consensus sur la prévention de la récidive, c'est-à-dire la recherche de moins de prison et de davantage de peines dans la communauté, donc indirectement par un renforcement des prises en charge par le secteur de psychiatrie générale.
- Parce que l'évaluation est une démarche actuelle généralisée pour apprécier l'opportunité de décisions ou d'actions en cours.
- Parce que les UHSA sont coûteuses et qu'il convient de s'interroger dans une période de crise sur l'opportunité de poursuivre un programme qui pourrait montrer son inadéquation dans les années à venir ou au contraire de le poursuivre, en dépit de son coût, s'il s'avérait adéquat.
- Parce que cette évaluation est encore récemment proposée par la mission d'information sur la surpopulation carcérale : « *Poursuivre le programme de construction des unités hospitalières spécialement aménagées et procéder à leur évaluation au terme de la première tranche de constructions* » (Proposition n° 45).
- Enfin parce qu'une évaluation — ne serait-ce que sur certains points — est prévue et annoncée dans la circulaire interministérielle (Administration pénitentiaire/DGOS) du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA.

Quel type d'évaluation ?

- Évaluation des troubles mentaux traités en UHSA et du parcours de soin des patients dans la prison, mais également avant et après l'incarcération
- Évaluation thérapeutique

- Évaluation des bénéfices et des risques inhérents aux UHSA :
    - Risque ou non de création d'une filière ségrégative
    - Évaluation de la « jurisprudence » expertale sur les abolitions et les altérations du discernement.
    - Incitation à l'incarcération de malades mentaux du fait d'un dispositif complet de soins en prison
    - Difficulté à réorienter sur leur secteur les patients ayant une levée d'écrou en cours de séjour dans une UHSA
    - Retour immédiat en détention si mainlevée du JLD dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011 sans possibilité de poursuivre les soins avec le consentement du patient dans l'UHSA (art. L3214-2 du code de la santé publique)
    - Etc.
- Évaluation financière : coût réel de construction, coût de fonctionnement, à resituer dans le budget global consacré aux soins psychiatriques aux personnes détenues. D'ailleurs, quel est le montant total de ce budget ? Il serait intéressant de comparer le coût total des 17 UHSA prévues et de celui des 175 unités sanitaires de niveau 1 psychiatriques (Dispositifs de soins psychiatriques).
- Évaluation organisationnelle (Méthodologie de projet par sites, fonctionnement et articulation santé/justice)
- Évaluation de l'opportunité des lieux d'implantation (notamment l'hôpital possède-t-il la capacité de supporter un projet aussi lourd et complexe ? Quid de l'éloignement pour les familles ?)
- Évaluation des alternatives aux UHSA et des facteurs de blocage qui en empêchent la mise en œuvre
- **Et surtout évaluation « philosophique et éthique »** : que représentent les dramatiquement nommés « hôpitaux-prisons » dans notre démocratie ?
- Etc.

Les UHSA et l'inégalité des droits

- Les UHSA, actuellement opérationnelles, semblent apporter une amélioration momentanée de la qualité des soins prodigués aux personnes détenues, mais ne bénéficient toutefois qu'à un nombre relativement restreint de personnes. Les UHSA risquent de devenir davantage une réponse momentanée « carcéralo-centrée » qu'une inscription dans un parcours de soin qui doit, un moment ou un autre, se poursuivre en milieu ouvert.
- Les UHSA ne permettent pas actuellement d'hospitaliser les personnes détenues en soins sur demande d'un tiers. Le soin sur demande d'un tiers dans son esprit est un acte de solidarité montrant la préoccupation d'un tiers pour la santé mentale d'une personne. Il faut le rendre applicable aux personnes détenues ou il ne faut préconiser qu'un seul mode d'hospitalisation sans consentement, motivé pour des raisons strictement médicales, sans relation avec la notion de trouble à l'ordre public ni référence à des troubles mentaux constituant un danger pour la personne ou pour autrui.
- L'éloignement des UHSA de la détention d'origine des patients rend difficile le maintien des liens familiaux pendant la durée de l'hospitalisation.
- L'accès égalitaire aux soins à l'ensemble du territoire national sera-t-il garanti si les territoires et collectivités d'outre-mer restent dépourvus d'UHSA, créant ainsi un préjudice dans l'accès aux soins aux personnes détenues en dehors du territoire métropolitain (et certainement source de bien des contentieux)
- Les UHSA ouvrent au risque de voir les personnes ayant commis des infractions pénales reconnues responsables pénalement bien que présentant des pathologies mentales importantes. Elles pourraient devenir ainsi des unités d'hospitalisation de longue durée pour des patients ayant une pathologie chronique, lourdement handicapante, ne trouvant leur place ni dans la société ni en détention ordinaire.

Dans le contexte de *« bifurcation historique »* de la société rappelée à la fin de l'introduction du rapport du jury de la conférence de consensus sur la prévention de la récidive, les UHSA doivent impérativement être évaluées en les replaçant dans l'évolution souhaitée « réductionniste » des prisons, de la peine de privation de liberté devenue une parmi d'autres et non plus la principale et d'une loi d'orientation pour la psychiatrie.

Pour l'ASPMP : Dr Michel DAVID — Président – Dr Cyrille CANETTI — Vice-Président.

ANNEXE 5

Rapports de la Cour des comptes et de l'IGAS

1. Rapport de la Cour des comptes sur « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan Psychiatrie et santé mentale » (2005-2010). Décembre 2011

IV — Des unités onéreuses, mais nécessaires

Des crédits de 26,5 M€, montant porté en cours de plan à 134,5 M€, ont été affectés à la construction d'unités d'hospitalisation spécialement aménagées ([UHSA], qui ont leur équivalent pour les disciplines de court séjour) dont le cadre juridique avait été défini par une loi du 9 septembre 2002.

Une UHSA est édifiée spécifiquement au sein d'un établissement psychiatrique selon le respect des normes hospitalières, mais en intégrant les préoccupations de sécurité liées au fait qu'elle accueille une population de détenus. L'établissement la gère comme un service normal d'hospitalisation complète, d'où le financement de sa construction et de son fonctionnement médical par l'assurance maladie. Sa sécurité externe est, elle, assurée selon les normes carcérales et financée par l'administration pénitentiaire. Seul le personnel hospitalier y travaille, n'introduisant les surveillants pénitentiaires qu'en cas de problème de sécurité. Sa vocation est de soigner sous un régime normal de détention, pour une courte durée, des détenus atteints de pathologies psychiatriques graves.

Le programme inscrit dans le plan a, comme l'indique une note des deux ministères établie en 2006, « *été accéléré en août 2005 »*, après des évasions de détenus hospitalisés d'office. Deux ans après cette « *accélération* », une circulaire du 16 juillet 2007 leur a d'abord alloué les 26,5 M€ du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) inscrits à l'origine, à engager « *impérativement* » dans l'année. Ce montant a ensuite été quadruplé. La première unité n'a été livrée qu'en 2010, et le programme — 17 UHSA au total — sera tardivement achevé, vers 2019.

Une telle unité est inéluctablement onéreuse. En investissement, celle de Bron a coûté 20 M€ (60 cellules individuelles), alors que la prévision était de 6,5 à 8,1 M€ pour 40 lits et de 10,8 à 12,2 M€ pour 60 lits (équipements inclus).

Celle de Bron a été mise en service au printemps 2010, celles de Nancy et Toulouse le seront en 2012, suivies de Villejuif début 2013, et des 13 autres d'ici 2019. D'ici là, les disparités géographiques d'accès à de tels soins et les risques de sécurité comme d'insuffisances de prise en charge demeureront considérables.

Les vastes zones de couverture des UHSA peuvent en effet poser des problèmes, les neuf interrégions pénitentiaires ne coïncidant pas avec les régions « sanitaires » pilotées par les agences régionales de santé. Ainsi, la direction interrégionale Centre-Est (Dijon) regroupe Bourgogne, Champagne-Ardenne et Centre, et devra superviser les flux de et vers des UHSA basées à Lyon (pour la Saône et Loire), Orléans, et Nancy. La direction de Rennes couvre de même trois régions.

En fonctionnement hospitalier, avec plus de deux professionnels de santé par détenu, le prix de revient pour l'assurance maladie est supérieur à celui d'une unité traditionnelle, mais cela permet une hospitalisation dans de bonnes conditions de détenus, « difficiles » ou non, dont les troubles appellent des modalités de soins sécurisées, humainement décentes et médicalement appropriées. Le coût annuel prévu en 2011 est de 8,3 M€

(116,5 emplois ETP, chiffres susceptibles d'être revus en légère baisse) ; celui du fonctionnement pénitentiaire demeure inconnu, le ministère de la Justice et des libertés ne le faisant pas calculer. Cette absence de comptabilité distincte, voire analytique, empêche des comparaisons entre UHSA ou avec des solutions alternatives.

Le dispositif de gestion est particulièrement précis. Il incombe, toutefois, aux ministères et aux agences régionales de santé de tirer les leçons de quelques erreurs de conception et difficultés de fonctionnement, notamment en matière de transferts, dont la direction de l'administration pénitentiaire a indiqué ne pas être informée. Mineures, elles peuvent néanmoins affecter l'efficacité comme le coût de ces unités ainsi que la bonne complémentarité des personnels et procédures pénitentiaires et de santé.

Le risque de conditions de prise en charge inadéquate (chambres d'isolement, sangles, traitements tronqués ou inadaptés, etc.) est écarté dans une UHSA. Les personnels, dont la motivation est à souligner, y trouvent un cadre de travail de nature à réduire les difficultés de recrutement. Le risque de transformation du milieu hospitalier en lieu inapproprié de détention semble écarté : au Vinatier, la durée moyenne des 100 premiers séjours a été de 77 jours. En revanche, comme l'a souligné le rapport du Sénat, un nouveau risque pourrait être l'avènement d'une *« peine d'hospitalisation en psychiatrie »*. L'absence de consensus sur ce sujet est à souligner : les opposants au principe même de l'incarcération de malades mentaux placés sous main de justice préconisent l'hospitalisation hors enceinte pénitentiaire.

Les UHSA paraissent pour autant constituer une solution appropriée aux cas extrêmes, ne serait-ce que pour sécuriser les conditions de travail des personnels hospitaliers, quand aucune alternative n'apporte la même qualité de soins. Une analyse des coûts, détention incluse, aiderait à rationaliser les choix budgétaires à moyen et long terme entre les modes de prise en charge de détenus.

2. Rapport de l'IGAS : « Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014

En matière d'hospitalisation psychiatrique, la mission souligne le bilan positif de l'ouverture des UHSA qui plaide pour la poursuite du déploiement (initialement prévu avec 9 nouvelles unités pour 220 places en Métropole et 45 Outre-mer), lequel a connu un retard significatif, aucun choix d'implantation n'ayant été finalement opéré à ce jour. C'est d'autant plus indispensable que les conditions d'hospitalisations hors UHSA demeurent problématiques, effectuées dans le cadre de l'hospitalisation d'office (ASDRE) dans le CHS de rattachement, voire en unités pour malades difficiles (UMD), ce que la seule qualité de personne détenue ne justifie pas.

ANNEXE 6

ANALYSE DU RAPPORT D'INFORMATION DU SÉNAT SUR LES UNITÉS HOSPITALIÈRES SPÉCIALEMENT AMÉNAGÉES (UHSA)[1]
Juillet 2017

La commission des affaires sociales du Sénat a confié aux sénatrices Laurence Cohen, Colette Giudicelli et Brigitte Micouleau une mission d'information sur les unités hospitalières spécialement aménagées. Leur rapport d'information, intitulé *« UHSA : construire pour soigner »*[2] a été déposé le 5 juillet 2017.

Pour leur mission, les sénatrices ont visité trois UHSA à Lyon, Villejuif et Toulouse et ont auditionné à la DGOS, Samuel Pratmarty et Chantal VULDY, Adeline Hazan (CGLPL) et Catherine Paulet présentée comme chef de service du SMPR des Baumettes, mais aussi présidente d'honneur de l'ASPMP.

Ce rapport n'émet que cinq propositions :

1. Favoriser les échanges et l'élaboration de bonnes pratiques entre les équipes soignantes des unités hospitalières spécialement aménagées ;

2. Mettre les moyens en personnel et en transports de l'administration pénitentiaire en adéquation avec les besoins des unités ;

3. Renforcer la formation et l'information des magistrats sur le rôle et le fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ;

4. Lancer la deuxième phase du programme de construction des UHSA prévu lors de leur création en 2002 ;

5. Renforcer la possibilité de recours aux aménagements de peine pour les personnes détenues atteintes de troubles mentaux dans le cadre d'une obligation de soins.

Ces propositions ne reflètent pas les réserves que l'on peut percevoir dans la présentation du rapport ou dans les échanges avec leurs collègues dans la présentation de leur travail. En effet, même si les sénatrices recommandent de lancer la deuxième phase de construction des UHSA, elles insistent sur le fait que *« le développement des UHSA ne présente cependant d'intérêt sanitaire que si leurs missions sont claires et le demeurent. Tout problème social et à l'intérieur du monde pénitentiaire, tout problème disciplinaire n'appelle pas une réponse psychiatrique. Les UHSA n'ont pas vocation à prendre en charge les personnes jugées dangereuses ou dont le comportement perturbe le fonctionnement des établissements carcéraux [...] Ce dispositif récent que sont les UHSA est important et intéressant à condition de l'utiliser pour les fins qui sont les siennes : offrir une prise en charge hospitalière à temps complet pour les troubles mentaux des personnes détenues*

[1] Éditorial site ASPMP : https://www.aspmp.fr/archives-editoriaux/
[2] http://www.senat.fr/rap/r16-612/r16-612.html

pour la durée qui est nécessaire à l'amélioration de leur état » (p.8). Ce passage assez long de la courte introduction est lourd de sens sur le questionnement constant que notre société doit poursuivre sur les relations entre maladie mentale, délinquance et les réponses à y apporter.
Les débats entre élus sont d'ailleurs significatifs, car la problématique de la radicalisation ne manque pas d'apparaitre : les UHSA doivent-elles être une réponse à cette question ? Les sénatrices se positionnent clairement, et c'est heureux, en opposition à ces tentatives.

On ressent aussi une certaine perplexité des sénatrices sur la lourdeur de pathologies rencontrées par certains patients (détenus), allant même jusqu'à se demander comment des patients lourdement sédatés pourront revenir en détention ordinaire.

Bien que le premier chapitre s'intitule *« La place des UHSA dans le système de soins »*, la référence aux secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire est absente (une référence est uniquement faite par une autre sénatrice au cours des débats), confirmant ainsi l'abandon de la notion de continuité des soins au sein d'une organisation cohérente et pouvant aussi s'articuler avec le secteur de psychiatrie générale, seule solution pour s'approcher au mieux de la 5e recommandation : renforcer les aménagements de peine.

Si ce bref rapport préconise le lancement de la deuxième tranche, tout en rappelant que les UHSA sont extrêmement coûteuses, il doit être reçu comme un élément de l'évaluation des UHSA que l'ASPMP demande depuis longtemps. Évaluation très large qui ne doit pas se contenter d'une évaluation économique, mais qui devra s'efforcer de replacer les UHSA dans la question générale de la relation maladie mentale/délinquance/accessibilité à la sanction pénale (et à quel type de sanction pénale) et des articulations « dedans/dehors ». Ce dernier point représente de nombreux enjeux. Les sénatrices rappellent bien que les UHSA sont nées du refus ou des difficultés des équipes des hôpitaux psychiatriques d'accueillir des personnes détenues par crainte de leur dangerosité supposée ou fantasmée ou des risques d'évasion.

L'ASPMP a d'ailleurs écrit récemment à la ministre de la Santé afin de lui exprimer les attentes des professionnels quant aux mesures envisagées dans l'instruction du 29 mars 2017 relative à la réduction des pratiques d'isolement et de contention et qui a fait l'objet de l'éditorial du mois de juin (à retrouver dans la rubrique archives éditoriaux).

ANNEXE 7

Axe 1. Une défaillance de pilotage du ministère de la Santé

Recommandation 1. Un pilotage effectif s'impose au niveau de notre ministère de tutelle, avec un **interlocuteur unique** du ministère de la Santé (qu'il vienne de la DGS ou de la DGOS), garant de la politique sanitaire en milieu pénitentiaire et de l'indépendance professionnelle des soignants. Nous souhaiterions y associer le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Recommandation 2. Coordonner les orientations du ministère de la Santé avec les travaux du Comité de pilotage de la psychiatrie.

Axe 2. Secret professionnel et parage d'information

Recommandation 3. Le ministère de la Santé doit trouver le moyen adéquat d'extraire les données administratives (identité des personnes et position dans la prison) dont nous avons besoin pour l'exercice quotidien des soins, sans passer par un dispositif pénitentiaire, quel qu'il soit.

Recommandation 4. Le ministère de la Santé doit être impérativement le garant de l'indépendance professionnelle des soignants, quelles que soient les pressions exercées, notamment par l'Administration pénitentiaire pour des raisons sécuritaires.

Axe 3. Les remises de peine ne doivent pas être subordonnées à des soins.

Recommandation 5. Exclure les remises de peine de l'effectivité d'un suivi médical.

Recommandation 6. Prendre en considération la gravité de la situation de l'expertise psychiatrique pénale et y remédier.

Axe 4. Les moyens en personnels et en locaux

Recommandation 7. Lancer une politique incitative de recrutement des personnels de santé dans les établissements dont les postes budgétés ne sont pas pourvus et déterminer les effectifs sur la capacité réelle des établissements pénitentiaires et non sur la capacité théorique.

Recommandation 8. Faire établir par les ARS un recensement précis des locaux et lancer les rénovations qui s'imposent.

Axe 5. Le financement

Recommandation 9. La lisibilité des financements s'impose.

Recommandation 10. Le groupe de travail piloté par le ministère de la Santé relatif aux unités sanitaires en milieu pénitentiaire doit tenir compte de la réalité de terrain, des difficultés de facturations, de l'évolution des pratiques en prenant en considération les actes non facturables et chronophages comme la prévention, l'accompagnement thérapeutique et l'éducation à la santé, les temps de synthèse et d'élaboration clinique collective, les actes pharmaceutiques et la préparation des médicaments...

Recommandation 11. Définir un axe budgétaire clair sur les effectifs sanitaires de préparation à la sortie, de liaison avec le secteur de psychiatrie générale, les structures sanitaires ou médicosociales du dehors, sur le modèle de ce qui a été pensé pour les CSAPA.

Axe 6. L'accès aux soins

Recommandation 12. L'accès aux soins ne doit souffrir d'aucun délai ni d'aucune restriction, y compris à partir des quartiers d'isolement et disciplinaires.

Recommandation 13. L'évaluation participative et plurifactorielle des UHSA à l'issue du déploiement de la première tranche avant celui de la deuxième tranche est une nouvelle fois demandée, comme cela vient de le rappeler un courrier à la ministre de la Santé.

Axe 7. La protection sociale

Recommandation 14. La Puissance publique doit impérativement organiser le plus rapidement possible les modalités d'affiliation immédiate des personnes détenues afin que toutes disposent d'une protection sociale.

Recommandation 15. Les conventions locales entre les centres hospitaliers, l'Administration pénitentiaire et les caisses primaires d'assurance maladie doivent être signées en application de la directive de 2016.

Recommandation 16. Une ou deux CPAM sur le territoire devraient être référentes en matière d'immatriculation des personnes détenues à des fins d'homogénéisation des situations administratives.

Axe 8. La suspension de peine et de détention provisoire pour raison médicale et incompatibilité avec la détention

Recommandation 17. Rendre publiques les statistiques relatives aux suspensions de détention provisoire ou de peine pour raisons médicales.

Recommandation 18. Mettre en place le groupe de travail pour l'élaboration participative du guide méthodologique relatif à la suspension de peine ou de détention provisoire pour raisons médicales comme annoncé dans le groupe de travail consacré à ce sujet en 2013.

Axe 9. Épidémiologie et recherche en soins en milieu pénitentiaire

Recommandation 19. Se donner les moyens de l'évaluation épidémiologique relative à la santé des personnes détenues.

Recommandation 20. Inclure dans les appels à projets des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) des thématiques relatives à la santé des personnes détenues.

ASPMP

Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire

L'ASPMP réunit les professionnels de la psychiatrie exerçant ou ayant exercé en milieu pénitentiaire dans le cadre de leur mission soignante hospitalière. Elle a pour but d'aider au développement de la psychiatrie en milieu pénitentiaire tant dans son fonctionnement institutionnel que dans la recherche théorique et pratique, ainsi que, par le biais de l'enseignement et de la formation, de faire bénéficier toutes les personnes intéressées des expériences acquises. Elle est un lieu d'expression des professionnels de santé mentale exerçant une activité de soin en milieu pénitentiaire et elle les représente auprès des instances administratives et professionnelles.