

N° 612

SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2016-2017

Enregistré à la Présidence du Sénat le 5 juillet 2017

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur les **unités hospitalières spécialement aménagées**,*

Par Mmes Laurence COHEN, Colette GIUDICELLI et Brigitte MICOULEAU,

Sénateurs

(1) Cette commission est composée de : M. Alain Milon, *président* ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général* ; M. Gérard Dériot, Mmes Colette Giudicelli, Caroline Cayeux, M. Yves Daudigny, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Gérard Roche, Mme Laurence Cohen, M. Gilbert Barbier, Mme Aline Archimbaud, *vice-présidents* ; Mme Agnès Canayer, M. René-Paul Savary, Mme Michelle Meunier, M. Jean-Louis Tourenne, Mme Élisabeth Doineau, *secrétaires* ; M. Michel Amiel, Mme Nicole Bricq, MM. Olivier Cadic, Jean-Pierre Caffet, Mme Claire-Lise Campion, MM. Jean-Noël Cardoux, Daniel Chasseing, Olivier Cigolotti, Mmes Karine Claireaux, Annie David, Isabelle Debré, Catherine Deroche, M. Jean Desessard, Mme Chantal Deseyne, M. Jérôme Durain, Mmes Anne Émery-Dumas, Corinne Féret, MM. Michel Forissier, Jean-Marc Gabouty, Mmes Françoise Gatel, Frédérique Gerbaud, M. Bruno Gilles, Mmes Pascale Gruny, Corinne Imbert, MM. Éric Jeansannetas, Georges Labazée, Jean-Baptiste Lemoyne, Mmes Hermeline Malherbe, Brigitte Micouleau, Patricia Morhet-Richaud, MM. Jean-Marie Morisset, Philippe Mouiller, Mmes Catherine Procaccia, Stéphanie Riocreux, M. Didier Robert, Mme Patricia Schillinger, MM. Michel Vergoz, Dominique Watrin, Mme Évelyne Yonnet.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LISTE DES PRINCIPALES PROPOSITIONS	5
AVANT-PROPOS	7
I. LA PLACE DES UHSA DANS LE SYSTÈME DE SOINS	9
A. LE PRINCIPE DE L'ACCÈS DES DÉTENUS AUX MÊMES SOINS QUE LA POPULATION GÉNÉRALE	9
B. LA CRÉATION DES UHSA POUR FACILITER L'ACCÈS À L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE	10
II. RENFORCER LA DYNAMIQUE DE SOINS POUR DÉVELOPPER LES UHSA	13
A. UN RENFORCEMENT IMPORTANT DE LA QUALITÉ DES PRISES EN CHARGE	13
B. DES MOYENS À CONFORTER, DES MISSIONS À RESPECTER	14
EXAMEN EN COMMISSION	19
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	33
DÉPLACEMENTS DE LA MISSION D'INFORMATION	35
ANNEXE - Présentation DGOS-DAP aux journées UHSA (Décembre 2015)	37

LISTE DES PRINCIPALES 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.

Mesdames, Messieurs,

La commission des affaires sociales du Sénat a confié à Mmes Colette Giudicelli, Brigitte Micouleau et Laurence Cohen une mission d'information sur les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Ce travail au long cours s'inscrit dans la suite des précédents travaux de contrôle effectués par la commission. En effet, la question des UHSA a été abordée une première fois en 2010 dans un rapport conjoint avec la commission des lois, pour lequel avaient été désignés rapporteurs Mme Christiane Demontès et M. Gilbert Barbier. En 2012 le rapport du Président Milon sur la prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux avait à nouveau abordé cette question.

Cinq ans après ce dernier rapport, la commission a considéré que le moment était venu pour elle de se pencher à nouveau sur cette question. En effet, les UHSA sont un dispositif très spécifique destiné à apporter une réponse à un problème grave, la prise en charge psychiatrique des personnes détenues. De plus, cette mission intervient à un moment charnière, la première phase de construction des unités étant, enfin, achevée avec l'ouverture de l'UHSA de Marseille sur le site de l'hôpital Édouard Toulouse.

Savoir si le bilan des premières UHSA justifie le lourd investissement que nécessiterait la mise en œuvre de la seconde phase de constructions était un des objectifs premiers de cette mission. A l'issue de ses travaux, cet investissement paraît nécessaire à la commission au regard de l'ampleur des besoins en matière de pathologies mentales lourdes au sein de la population des personnes détenues, et de la qualité des soins que les UHSA rendent possible. Vos rapporteurs ont été particulièrement marqués lors de leurs visites par l'engagement tant des équipes soignantes que de celles de l'administration pénitentiaire et estiment que ces dynamiques, enclenchées lors de la création des unités, doivent être encouragées et étendues à l'ensemble du territoire.

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, mais uniquement les personnes malades, auxquelles elles doivent apporter des soins hospitaliers pour le temps nécessaire à la stabilisation de leur état.

De même, les UHSA ne doivent pas servir de caution aux déficiences réelles ou supposées de notre système de prise en charge psychiatrique. Concrètement, l'incarcération des personnes atteintes de troubles mentaux pose à notre justice pénale une question qui ne peut être résolue que par un dialogue permanent, organisé et de terrain entre magistrats et équipes soignantes.

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 pour la durée qui est nécessaire à l'amélioration de leur état. Si on parvient à l'utiliser conformément à sa vocation, il est important de le préserver et de mener son développement à son terme.

I. LA PLACE DES UHSA DANS LE SYSTÈME DE SOINS

A. LE PRINCIPE DE L'ACCÈS DES DÉTENUS AUX MÊMES SOINS QUE LA POPULATION GÉNÉRALE

Les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ont été créées par la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002, dite loi Perben I, qui a inscrit dans le code de la santé publique la disposition suivante : « L'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée ». Ce dispositif a depuis été précisé, en dernier lieu par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé¹. Les rapporteurs de la commission des affaires sociales ont visité trois des neuf UHSA actuellement en fonctionnement, celle du Vinatier à Lyon, la première UHSA, inaugurée en 2010 par Mme Simone Veil et qui porte son nom, celle de Fresnes rattachée au centre hospitalier Paul Guiraud, ouverte en 2013 et celle de l'hôpital Gérard Marchant à Toulouse, la deuxième UHSA, qui a ouvert ses portes en 2012.

Le principe fondamental concernant les soins en prison est que les personnes détenues doivent bénéficier, dans toute la mesure du possible, des prises en charge accessibles à l'ensemble de la population.

Ainsi, depuis 1994, l'organisation des soins dans les établissements pénitentiaires ne dépend plus du ministère de la justice mais de celui de la santé, qui affecte aux unités de soins en prison des personnels hospitaliers et contractuels.

Historiquement, deux niveaux de structure existent pour la prise en charge des soins somatiques et psychiatriques. Le premier est constitué par les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) situées au sein de chaque établissement. Il y en a 179. Elles ont vocation à prendre en charge les soins ambulatoires tant pour ce qui concerne la santé physique que mentale. Le deuxième niveau de prise en charge est spécifique à la santé mentale. Il est constitué par les 26 services médicaux psychologiques régionaux (SMPR) qui doivent proposer des consultations psychiatriques spécialisées voire une hospitalisation de jour. En mettant en place ces structures on espérait couvrir les besoins en santé physique et mentale de la population détenue. UCSA et SMPR sont désormais regroupés sous le vocable unique d' « unités sanitaires »

¹ Articles L. 3214-1 et suivants du code de la santé publique.

Force est cependant de constater que ces moyens sont parfois insuffisants. Sans parler de la santé physique, la santé mentale des personnes détenues est beaucoup plus dégradée que celle de la population générale. De nombreuses études de prévalence ont été menées au début des années 2000, au moment où la question de la « dangerosité » agitait le débat public. Il en ressort que la prévalence des maladies mentales en prison est particulièrement importante, soit que l'on incarcère des personnes atteintes de troubles mentaux, nous y reviendrons, soit que la prison soit elle-même pathogène. Les deux explications se cumulent.

B. LA CRÉATION DES UHSA POUR FACILITER L'ACCÈS À L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE

Le dispositif d'accès aux soins des détenus prévoit que, si une consultation spécialisée est nécessaire et qu'elle ne peut être organisée au sein de l'UCSA, elle doit être organisée dans le centre hospitalier dont dépend la prison. Mais en pratique il est souvent difficile d'organiser la sortie, on parle d'extraction, d'une personne détenue pour une consultation de spécialiste ou une hospitalisation. Cette difficulté tient au fait que toute sortie d'un détenu se fait sous escorte. Du fait des difficultés de coordination avec la gendarmerie, celles-ci sont désormais uniquement assurées par les surveillants pénitentiaires. Or ils sont peu nombreux et les moyens de transports dont ils disposent varient d'un département à l'autre.

Concrètement, il est donc difficile de mobiliser les moyens pour qu'un détenu puisse se rendre à une consultation à l'hôpital. D'autant plus que la demande doit correspondre aux capacités d'organisation des services hospitaliers. Tant qu'un détenu est à l'hôpital, il doit se trouver sous surveillance de l'administration pénitentiaire ou être dans un local sécurisé. Ceci aboutit à ce que la contrainte de surveillance prime sur les besoins en matière de soins, particulièrement pour ce qui relève de la psychiatrie. Les détenus nécessitant une hospitalisation en établissement psychiatrique se trouvaient parfois placés d'office dans les chambres d'isolement ou orientés vers les unités pour malades difficiles, quelle que soit la pathologie dont ils souffraient, et même si cette forme de prise en charge s'avérait inappropriée voire contre-productive.

C'est pour remédier à cette situation qu'il a été décidé de créer des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour l'accueil des détenus nécessitant une hospitalisation psychiatrique à temps plein. Ces unités ont été définies par la loi et par des décrets. Il s'agit de bâtiments dédiés, construits sur l'emprise d'établissements psychiatriques, et dont la sécurité périmétrique est assurée par le ministère de la justice. Chaque UHSA dispose de quarante ou, pour les plus grandes, soixante places d'hospitalisation et d'un nombre de personnels dédiés fixé par une circulaire de 2011.

Dans l'ensemble, le ratio soignants/patients est le même qu'en population générale. On peut néanmoins noter que les postes de soignants en UHSA sont plutôt valorisés par les personnels et qu'on constate moins d'absentéisme que dans les autres services. La présence effective tend donc à être plus importante.

Cette uniformité dans l'organisation recouvre une forte diversité régionale. Les huit UHSA actuellement en fonctionnement - une neuvième a ouvert cette année à Marseille - sont en effet le fruit de plusieurs compromis locaux.

Tout d'abord, un compromis entre les exigences de sécurité fixées par l'administration pénitentiaire et le projet de soins porté par l'équipe médicale qui a préfiguré l'unité. Extérieurement, bien qu'elles se trouvent sur un terrain comprenant un ensemble de bâtiments dédiés aux soins psychiatriques, les UHSA se présentent comme des prisons. Elles ont un mur d'enceinte entouré de grillages et un accès sécurisé, contrôlé par des surveillants de l'administration pénitentiaire. Nul ne peut y entrer sans justifier de son identité et passer par les portiques de sécurité qui mènent aux parloirs, surveillés par l'administration pénitentiaire, et aux unités de soins. Cependant, une fois ces formalités accomplies, les surveillants de l'administration pénitentiaire n'ont plus accès aux locaux internes de l'UHSA, qui sont des services hospitaliers placés sous l'autorité des médecins.

La difficulté à concilier les deux cultures se traduit dans l'agencement des bâtiments : à Lyon et à Toulouse, vos rapporteurs ont ainsi pu voir des cours réservées à la promenade des détenus ou destinées à offrir un espace de pause aux personnels, dont l'administration pénitentiaire avait obtenu que l'accès soit interdit ou particulièrement restreint de crainte d'une évasion par hélicoptère. De même ce sont des considérations de sécurité qui ont limité les espaces réservés aux familles tant au Vinatier qu'à Toulouse, ce qui limite singulièrement la possibilité de travail avec elles.

Ensuite, chaque projet médical a entraîné des choix qui font qu'aucune UHSA ne ressemble à une autre. Celle de Lyon, la première à avoir été construite, se situe sur deux niveaux, tandis que celle de Toulouse, de plain-pied, présente une forme rayonnante complexe, et que celle de Villejuif adopte un agencement plus classique en rectangle. Ces choix découlent de la manière dont les soignants ont conçu la prise en charge des patients.

Tous suivent en effet une progression entre le moment de leur arrivée et celui de leur sortie qui les place successivement dans différentes parties de l'UHSA.

Ces parcours sont conçus de manière plus ou moins fluide. Les malades qui arrivent au sein de l'UHSA nécessitent une hospitalisation à temps plein car ils sont en situation de crise. Si un premier traitement a parfois pu être administré au sein de l'établissement pénitentiaire où ils se trouvaient ou du SMPR où ils ont été transférés, voire dans un hôpital extérieur, les malades qui arrivent en UHSA sont dans une situation qui implique une première phase d'observation et de prise en charge médicamenteuse souvent lourde.

A l'issue de cette première phase, la pathologie peut être précisément déterminée et un traitement destiné à la stabiliser peut être mis en place. Enfin, dans une troisième phase, le patient stabilisé est placé dans une situation d'autonomie croissante destinée à lui permettre de réintégrer son établissement d'origine. L'accent mis sur ces différentes phases et le degré d'accompagnement des patients varient d'une équipe médicale à l'autre, ce qui se traduit dans l'agencement des locaux.

II. RENFORCER LA DYNAMIQUE DE SOINS POUR DÉVELOPPER LES UHSA

A. UN RENFORCEMENT IMPORTANT DE LA QUALITÉ DES PRISES EN CHARGE

Les déplacements et auditions conduites par vos rapporteurs permettent de poser les constats suivants sur le fonctionnement des UHSA.

Tout d'abord, l'engagement des équipes soignantes est particulièrement remarquable. Les médecins, très majoritairement des femmes, les infirmiers, les psychologues, et l'ensemble des intervenants -ergothérapeutes, art-thérapeutes... - que nous avons rencontrés sont particulièrement investis dans leur travail et dans le projet, qu'ils portent le plus souvent depuis son origine.

Par ailleurs, les contacts au quotidien entre personnel hospitalier et administration pénitentiaire semblent s'effectuer de manière satisfaisante. Il n'était pas acquis qu'il en soit ainsi, et la création de la première UHSA à Lyon s'est avérée assez conflictuelle. Il faut donc se féliciter de ce que le caractère hybride de ces établissements soit assumé de chaque côté et que localement le dialogue parvienne à se nouer pour parvenir à un fonctionnement le plus efficace possible.

Ensuite, la prise en charge effectuée par les UHSA répond à des besoins réels. Leur taux de remplissage est partout proche de 100 % et elles ont toute une liste d'attente. La durée moyenne de séjour est de 45 jours pour une prise en charge de pathologies lourdes : schizophrénie, troubles bipolaires, dépression et troubles spécifiques de la personnalité. Les femmes constituent moins de 10 % des patients, en miroir de la population carcérale générale. Le taux de réadmission est relativement faible : ce ne sont donc pas toujours les mêmes qui reviennent à l'UHSA.

Par ailleurs, les UHSA répondent à un problème spécifique, celui des soins psychiatriques sans consentement en prison. Ceux-ci, longtemps impossibles, sont particulièrement difficiles à mettre en œuvre.

Les UHSA accueillent en moyenne près 50 % de patients en soins sans consentement, bien qu'il existe de fortes disparités locales. Ces cas, a priori les plus graves, trouvent donc généralement une réponse adéquate et ce dans des délais raisonnables, puisque la plupart des UHSA parviennent à répondre à une demande d'hospitalisation dans les 48 heures. Ce délai peut cependant parfois s'allonger jusqu'à une quinze jours, voire plus. La contrôleur générale des lieux de privation de liberté, Mme Adeline Hazan, a d'ailleurs dénoncé le caractère très contraignant des procédures d'entrée dans les UHSA qui peuvent aboutir à des listes d'attente longues (trente personnes pour les soixante places de l'UHSA Paul Guiraud). En pratique les UHSA n'acceptent un patient que si la structure (SMPR, UCSA) garantit qu'elle reprendra le malade à l'issue de son traitement.

Parallèlement, il est intéressant de relever que plus de la moitié des hospitalisations en UHSA sont volontaires et que les malades consentent aux soins. Les équipes nous ont d'ailleurs fait part du fait que souvent, un patient arrivé en situation de crise dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement, consent en fait aux soins dès qu'il est pris en charge de manière adéquate.

Les qualités professionnelles des équipes soignantes et de celles de l'administration pénitentiaire permettent donc aux UHSA d'assurer les missions qui leur ont été confiées.

B. DES MOYENS À CONFORTER, DES MISSIONS À RESPECTER

Plusieurs difficultés demeurent néanmoins, dont certaines sont propres aux UHSA, tandis que d'autres sont le reflet des difficultés de notre système pénitentiaire dans son ensemble :

Les UHSA sont par nature des structures particulièrement coûteuses, ainsi que l'a relevé la Cour des comptes dans son rapport de 2011 sur le plan psychiatrie et santé mentale¹. Outre l'investissement immobilier très lourd (le programme d'investissement s'élevant à plus de 135 millions d'euros pour la construction de la première tranche des UHSA), puisqu'il s'agit de construire à neuf un service hospitalier et une enceinte de prison, les frais de personnel sont difficiles à assumer (près de 7 millions d'euros de frais de fonctionnement annuel par établissement imputés à l'assurance maladie pour la partie hospitalière), particulièrement du côté de l'administration pénitentiaire, qui a vu le nombre de gardiens diminuer dans le cadre de la RGPP.

De plus, les moyens de l'administration pénitentiaire sont très variables localement. Dans certaines régions, l'administration pénitentiaire a eu recours, pour les transports de détenus qu'elle doit assurer, à des contrats de partenariat public-privé qui s'avèrent très insatisfaisants. Les représentants de l'administration ont insisté sur ce point à Lyon : malgré un coût important, il n'y a pas suffisamment de chauffeurs et de véhicules pour assurer le transport des détenus de toute une région vers et depuis l'UHSA.

¹ Cour des comptes, « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan "psychiatrie et santé mentale" - décembre 2011 ».

Surtout la population des UHSA est par nature difficile. Elle est composée d'une majorité de criminels condamnés pour des crimes de sang. La nécessité pour les personnels soignants d'appeler en renfort les gardiens de prison varie fortement d'un établissement à l'autre, mais à Toulouse notamment le rapport annuel de l'UHSA constate depuis deux ans une augmentation de l'insécurité au sein des unités de soins.

Plus largement, les critiques adressées aux UHSA rejoignent celles qui sont adressées à notre système pénitentiaire en général et plus spécifiquement à l'incarcération des personnes atteintes de troubles mentaux. C'est sur un fond de polémique que les UHSA ont été créées, polémique nourrie par une déclaration du Président de la République de l'époque qui avait parlé d'« hôpital-prison ». On a pu craindre que ces unités serviraient à cautionner l'enfermement des personnes malades dans une optique de protection de la société peu compatible avec le respect des droits individuels. L'équipe médicale de l'UHSA du Vinatier a ainsi expliqué à vos rapporteurs le long travail de discussion en son sein et auprès des autres psychiatres pour fonder et expliquer leur projet thérapeutique.

L'équipe accueille certains patients qui viennent d'être incarcérés et qui sont en attente que la justice statue sur leur responsabilité pénale. Le but n'est pas de permettre de les garder en prison mais de poser le diagnostic le plus exact et de mettre en place le plus rapidement possible la prise en charge. De même, pour les personnes condamnées, il ne s'agit pas de permettre leur maintien en prison, mais bien de leur apporter les soins qu'elles nécessitent dans les meilleures conditions. Nous nous sommes néanmoins interrogées lors de notre visite sur le fait de savoir si parfois, quand l'équipe n'a pas mis en place une prise en charge séquencée destinée à accompagner la progression des malades, ceux-ci ne se trouvent pas soumis à une « camisole chimique » qui rend leur état compatible avec le retour en prison « ordinaire ».

De fait, plusieurs types de patients pris en charge au sein des UHSA amènent les équipes à s'interroger sur la meilleure démarche à suivre et sur la cohérence d'ensemble du système. Leur présence en prison apparaît effectivement comme contestable. Il y a ceux qui sont trop malades pour que l'incarcération ait un véritable sens pour eux, mais qui ont été reconnus responsables de leurs actes. Ceux-là tendent à occuper durablement les lits des structures où ils sont transférés. À Toulouse, on nous a indiqué que l'unité venait de transférer vers une unité pour malades dangereux, afin de lui faire subir un traitement par électroconvulsivothérapie, un patient qui se trouvait au sein de l'UHSA depuis son ouverture, soit depuis cinq ans. Ces durées d'hospitalisation hors norme se reproduisent pour quelques cas dans chaque UHSA. Ils imposent de prendre avec circonspection les statistiques relatives à la durée moyenne d'hospitalisation, mais surtout ils nous conduisent à nous interroger sur le sens qu'il y a à mettre en prison, plutôt que directement à l'hôpital, quelqu'un qui a besoin à l'évidence de soins lourds.

A l'UHSA de l'hôpital Paul Guiraud, le cas de jeunes pour lesquels le passage à l'acte est le premier signe de leur pathologie mentale et ceux incarcérés pour un acte délictuel et dont on découvre à cette occasion qu'ils souffrent d'une pathologie mentale lourde ont été soulignés. Ce phénomène est parfois amplifié pour les jeunes migrants. Pour eux, se pose la question de l'articulation des soins dans et hors prison.

Parmi les patients atteints de pathologies mentales, plusieurs supportent mal l'incarcération en milieu ordinaire où ils sont victimes de violences du fait de leur inadaptation. La tentation peut donc être de garder ces malades en hospitalisation pour les protéger. Ici encore, la question de l'adaptation des moyens aux fins doit être posée.

Un dernier type de patients doit également être mentionné : ceux dont la pathologie, notamment dépressive, se chronicise du fait de la prison.

Or les magistrats ont tendance à prévoir une incarcération en UHSA pour s'assurer qu'une personne sera soignée. De même l'administration pénitentiaire a parfois tendance à psychiatriser tous les comportements difficiles. Les équipes du Vinatier nous ont ainsi indiqué qu'après avoir tenté d'orienter vers l'UHSA les délinquants sexuels, il a été envisagé de leur faire prendre en charge la radicalisation.

Par ailleurs, le nombre de détenus pour lesquels des consultations doivent être organisées dans les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie reste très élevé, ce qui indique que les UHSA ne suffisent pas à répondre aux besoins. L'UHSA de l'Hôpital Paul Guiraud est ainsi notoirement insuffisante avec ses soixante places pour répondre aux besoins des 13 000 détenus d'Ile-de-France. Le manque de places entraîne des difficultés dans l'organisation des soins. La contrôleure générale des lieux de privation de liberté a ainsi dénoncé lors de son audition le fait que des mineurs soient pris en charge avec des majeurs au sein des unités, d'autant qu'elles ne disposent pas de personnels spécialisés pour les prendre en charge.

La première vague de construction des UHSA s'est avérée particulièrement lente et la deuxième vague n'a pas été engagée. En effet, le programme aurait dû s'étaler entre 2009 et 2012, mais sur les neuf unités de la première tranche, qui comporte 440 lits, trois unités ont ouvert entre 2010 et 2012, quatre en 2013 et une en 2016 ; celle de Marseille vient seulement d'ouvrir. La deuxième vague devrait apporter 300 places supplémentaires et voir notamment la création de trois établissements dans les outre-mer.

Faut-il l'engager ? Oui, sous certaines conditions :

- poursuivre le travail de coordination entre les UHSA pour permettre d'identifier leurs problèmes communs et de définir les meilleures pratiques.

- prévoir de présenter les missions et le fonctionnement des UHSA aux magistrats dès leur formation et organiser des contacts plus fréquents entre eux et les équipes des UHSA afin qu'ils en connaissent le rôle exact.

Première tranche de construction des UHSA

Région	Localisation	Capacité	<i>Date prévue et date effective de mise en service</i>
Ile de France	Paul Guiraud (Villejuif)	60	<i>Novembre 2012</i> Avril 2013
Auvergne - Rhône-Alpes	CH Le Vinatier (Bron)	60	<i>Juin 2009</i> Mai 2010
Hauts-de-France	CH Seclin	60	<i>Septembre 2012</i> Juin 2013
PACA	CH Edouard Toulouse (Marseille)	60	<i>Juillet 2012</i> Juin 2017
Centre-Val-de-Loire	CH Georges Daumezon (Orléans-Fleury les Aubray)-	40	<i>Mars 2012</i> Septembre 2013
Grand-Est	Centre psycho-thérapeutique de Nancy-Laxou (Laxou)	40	<i>Novembre 2011</i> Mars 2012
Occitanie	CH Gérard Marchand (Toulouse)	40	<i>Septembre 2011</i> Janvier 2012
Nouvelle-Aquitaine	CHS Cadillac (Cadillac sur Garonne)	40	<i>Septembre 2012</i> Juillet 2016
Bretagne	CH Guillaume Régnier (Rennes)	40	<i>Juin 2012</i> Septembre 2013

EXAMEN EN COMMISSION

M. Alain Milon, président. - Mes chers collègues, notre ordre du jour concerne le rapport de nos collègues sur les UHSA. C'est un point extrêmement important à mes yeux. Je suis heureux qu'elles aient accepté de mener ce travail.

Je salue la présence d'Antoine Lefèvre, chargé par la commission des finances d'un contrôle budgétaire sur les dépenses de santé des détenus, sujet lié à celui que nous allons évoquer ce matin.

Mme Colette Giudicelli, rapporteur. - Monsieur le président, mes chers collègues, le travail au long cours dans lequel nous nous sommes lancées, mes corapporteuses et moi-même, s'inscrit dans la suite des précédents travaux de contrôle effectués par notre commission. La question des UHSA a été abordée une première fois en 2010 dans un rapport conjoint avec la commission des lois, pour lequel nos rapporteurs étaient Christiane Demontès et Gilbert Barbier puis, en 2012, dans le rapport du président Milon sur la prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux.

Nous avons considéré, avec le président, que le moment était venu de nous pencher à nouveau sur cette question. En effet, les UHSA sont un dispositif très spécifique destiné à apporter une réponse à un problème grave : la prise en charge psychiatrique des personnes détenues.

Elles ont été créées par la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002, dite loi Perben I, qui a inscrit dans le code de la santé publique la disposition suivante : « L'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée ».

Ce dispositif a depuis été précisé, en dernier lieu par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Nous avons visité trois des huit UHSA actuellement en fonctionnement, celle du Vinatier à Lyon, la première UHSA, inaugurée en 2010, celle de Fresnes rattachée au centre hospitalier Paul Guiraud, ouverte en 2013 et, peu avant la suspension des travaux en séance publique, celle de l'hôpital Gérard Marchant à Toulouse, la deuxième UHSA, qui a ouvert ses portes en 2012. Je précise que l'UHSA de Lyon porte le nom de Simone Veil...

Le principe fondamental concernant les soins en prison est que les personnes détenues doivent bénéficier, dans toute la mesure du possible, des prises en charge accessibles à l'ensemble de la population.

Ainsi, depuis 1994, l'organisation des soins dans les établissements pénitentiaires ne dépend plus du ministère de la justice mais de celui de la santé, qui affecte aux unités de soins en prison des personnels hospitaliers et contractuels.

Historiquement, deux niveaux de structure existent pour la prise en charge des soins somatiques et psychiatriques.

Le premier est constitué par les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) situées au sein de chaque établissement. Il y en a 179. Elles ont vocation à prendre en charge les soins ambulatoires tant pour ce qui concerne la santé physique que mentale.

Le deuxième niveau de prise en charge est spécifique à la santé mentale. Il est constitué de 26 services médicaux psychologiques régionaux (SMPR) qui doivent proposer des consultations psychiatriques spécialisées, voire une hospitalisation de jour.

En mettant en place ces structures, on espérait couvrir les besoins en santé physique et mentale de la population détenue. Force est cependant de constater que ces moyens sont parfois insuffisants, sans parler du fait que la santé physique et mentale des personnes détenues est beaucoup plus dégradée que celles de la population générale.

De nombreuses études de prévalence ont été menées au début des années 2000, au moment où la question de la « dangerosité » agitait le débat public.

Il en ressort que la prévalence des maladies mentales en prison est particulièrement importante, soit que l'on incarcère des personnes atteintes de troubles mentaux -nous y reviendrons plus tard- soit que la prison soit elle-même pathogène. Les deux explications se cumulent.

Le dispositif d'accès aux soins des détenus prévoit que, si une consultation spécialisée est nécessaire et qu'elle ne peut être organisée au sein de l'UCSA, elle doit l'être dans le centre hospitalier dont dépend la prison. Mais, en pratique, il est souvent difficile d'organiser la sortie, on parle d'extraction, d'une personne détenue pour une consultation de spécialistes ou une hospitalisation.

Cette difficulté tient au fait que toute sortie d'un détenu se fait sous escorte. Du fait des difficultés de coordination avec la gendarmerie, celles-ci sont désormais uniquement assurées par les surveillants pénitentiaires. Or ils sont peu nombreux -nous avons pu nous-mêmes le constater- et les moyens de transports dont ils disposent varient d'un département à l'autre.

Concrètement, il est donc difficile de mobiliser les moyens pour qu'un détenu puisse se rendre à une consultation à l'hôpital, d'autant plus que la demande doit correspondre aux capacités d'organisation des services hospitaliers. Tant qu'un détenu est à l'hôpital, il doit se trouver sous surveillance de l'administration pénitentiaire ou être dans un local sécurisé.

Ceci aboutit à ce que la contrainte de surveillance prime sur les besoins en matière de soins, particulièrement pour ce qui relève de la psychiatrie. Les détenus nécessitant une hospitalisation en établissement psychiatrique se trouvaient parfois placés d'office dans les chambres d'isolement ou orientés vers les unités pour malades difficiles, quelle que soit la pathologie dont ils souffraient, et même si cette forme de prise en charge s'avérait inappropriée, voire contre-productive.

Mme Brigitte Micouleau, rapporteure. - C'est pour remédier à cette situation qu'il a été décidé de créer des UHSA pour l'accueil des détenus nécessitant une hospitalisation psychiatrique à temps plein.

Ces unités ont été définies par la loi et par des décrets. Il s'agit de bâtiments dédiés, construits sur l'emprise d'établissements psychiatriques, et dont la sécurité périmétrique est assurée par le ministère de la justice.

Chaque UHSA dispose de 40 ou 60 places d'hospitalisation et d'un nombre de personnels dédiés fixé par une circulaire de 2011. Dans l'ensemble, le ratio soignants-patients est le même qu'en population générale.

On peut néanmoins noter que les postes de soignants en UHSA sont plutôt valorisés par les personnels et qu'on constate moins d'absentéisme que dans les autres services. La présence effective tend donc à être plus importante.

Cette uniformité dans l'organisation recouvre une forte diversité régionale. Les huit UHSA actuellement en fonctionnement -une neuvième vient d'ouvrir à Marseille cette année- sont en effet le fruit de plusieurs compromis locaux.

Tout d'abord, un compromis entre les exigences de sécurité fixées par l'administration pénitentiaire et le projet de soins porté par l'équipe médicale qui a préfiguré l'unité.

Extérieurement, bien qu'elles se trouvent sur un terrain comprenant un ensemble de bâtiments dédiés aux soins psychiatriques, les UHSA se présentent comme des prisons. Elles ont un mur d'enceinte entouré de grillages et un accès sécurisé, contrôlé par des surveillants de l'administration pénitentiaire. Nul ne peut y entrer sans justifier de son identité et passer par les portiques de sécurité qui mènent aux parloirs, surveillés par l'administration pénitentiaire, et aux unités de soins.

Cependant, une fois ces formalités accomplies, les surveillants de l'administration pénitentiaire n'ont plus accès aux locaux internes de l'UHSA, qui sont des services hospitaliers placés sous l'autorité des médecins.

La difficulté à concilier les deux cultures se traduit dans l'agencement des bâtiments : à Lyon et à Toulouse, nous avons ainsi pu voir des cours réservées à la promenade des détenus ou destinées à offrir un espace de pause aux personnels, dont l'administration pénitentiaire avait obtenu que l'accès soit interdit ou particulièrement restreint par crainte d'une évasion par hélicoptère.

De même, ce sont des considérations de sécurité qui ont limité les espaces réservés aux familles tant au Vinatier qu'à Toulouse, ce qui limite singulièrement la possibilité de travail avec ces mêmes familles.

En outre, chaque projet médical a entraîné des choix qui font qu'aucune UHSA ne ressemble à une autre.

Celle de Lyon, la première à avoir été construite, se situe sur deux niveaux, tandis que celle de Toulouse, de plain-pied, présente une forme rayonnante complexe, et que celle de Villejuif adopte un agencement plus classique en rectangle.

Ces choix découlent de la manière dont les soignants ont conçu la prise en charge des patients. Tous suivent en effet une progression entre le moment de leur arrivée et celui de leur sortie qui les place successivement dans différentes parties de l'UHSA.

Ces parcours sont conçus de manière plus ou moins fluide. Les malades qui arrivent au sein de l'UHSA nécessitent une hospitalisation à temps plein car ils sont en situation de crise. Si un premier traitement a parfois pu être administré au sein de l'établissement pénitentiaire où ils se trouvaient, ou du SMPR où ils ont été transférés, voire dans un hôpital extérieur, les malades qui arrivent en UHSA sont dans une situation qui implique une première phase d'observation et de prise en charge médicamenteuse souvent lourde. Nous avons surtout pu le constater à Lyon.

À l'issue de cette première phase, la pathologie peut être précisément déterminée, et un traitement destiné à la stabiliser peut être mis en place.

Enfin, dans une troisième phase, le patient stabilisé est placé dans une situation d'autonomie croissante destinée à lui permettre de réintégrer son établissement d'origine.

L'accent mis sur ces différentes phases et le degré d'accompagnement des patients varient d'une équipe médicale à l'autre, ce qui se traduit dans l'agencement des locaux.

À l'issue de nos auditions et de nos visites de terrain, nous avons pu formuler les constats suivants sur le fonctionnement des UHSA...

Tout d'abord, l'engagement des équipes soignantes est particulièrement remarquable. Les médecins, très majoritairement des femmes, les infirmiers, les psychologues, et l'ensemble des intervenants -ergothérapeutes, art-thérapeutes...- que nous avons rencontrés sont particulièrement investis dans leur travail et dans le projet, qu'ils portent le plus souvent depuis son origine.

Nous avons été très impressionnées de voir que les équipes qui ont contribué à la création des UHSA continuent à y travailler.

Par ailleurs, les contacts au quotidien entre personnel hospitalier et administration pénitentiaire semblent s'effectuer de manière satisfaisante.

Il n'était pas acquis qu'il en soit ainsi, et la création de la première UHSA à Lyon s'est avérée assez conflictuelle. Il faut donc nous féliciter de ce que le caractère hybride de ces établissements soit assumé de chaque côté et que, localement, le dialogue parvienne à se nouer pour parvenir à un fonctionnement le plus efficace possible.

La prise en charge effectuée par les UHSA répond à des besoins réels. Leur taux de remplissage est partout proche de 100 % et elles ont toute une liste d'attente. La durée moyenne de séjour est de 45 jours pour une prise en charge de pathologies lourdes : schizophrénie, troubles bipolaires, dépressions et troubles spécifiques de la personnalité.

Les femmes constituent moins de 10 % des patients, en miroir de la population carcérale générale. Le taux de réadmission est relativement faible : ce ne sont donc pas toujours les mêmes qui reviennent à l'UHSA.

Les UHSA répondent à un problème spécifique, celui des soins psychiatriques sans consentement en prison. Ceux-ci, longtemps impossibles, étaient particulièrement difficiles à mettre en œuvre.

Les UHSA accueillent en moyenne près de 50 % de patients en soins sans consentement, bien qu'il existe de fortes disparités locales. Ces cas, a priori les plus graves, trouvent donc généralement une réponse adéquate et ce dans des délais raisonnables, puisque la plupart des UHSA parviennent à répondre à une demande d'hospitalisation dans les 48 heures. Ce délai peut cependant parfois s'allonger jusqu'à une quinze jours, voire plus.

La contrôleure générale des lieux de privation de liberté, Mme Adeline Hazan, a d'ailleurs dénoncé le caractère très contraignant des procédures d'entrée dans les UHSA qui peuvent aboutir à des listes d'attente longues -30 personnes pour les 60 places de l'UHSA Paul Guiraud.

En pratique les UHSA n'acceptent un patient que si la structure SMPR ou UCSA garantit qu'elle reprendra le malade à l'issue de son traitement.

Parallèlement, il est intéressant de relever que plus de la moitié des hospitalisations en UHSA sont volontaires et que les malades consentent aux soins. Les équipes nous ont d'ailleurs fait part du fait que, souvent, un patient arrivé en situation de crise dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement, consent en fait aux soins dès qu'il est pris en charge de manière adéquate.

Les qualités professionnelles des équipes soignantes et de celles de l'administration pénitentiaire permettent donc aux UHSA d'assurer les missions qui leur ont été confiées.

Mme Laurence Cohen, rapporteure. - *Plusieurs difficultés demeurent néanmoins, dont certaines sont propres aux UHSA, tandis que d'autres sont le reflet des difficultés de notre système pénitentiaire dans son ensemble.*

Les UHSA sont par nature des structures particulièrement coûteuses sur le plan de la psychiatrie et de la santé mentale, ainsi que l'a relevé la Cour des comptes dans son rapport de 2011.

Outre l'investissement immobilier très lourd, puisqu'il s'agit de construire à neuf un service hospitalier et une enceinte de prison, les frais de personnel sont difficiles à assumer, particulièrement du côté de l'administration pénitentiaire, qui a vu le nombre de gardiens diminuer dans le cadre de la RGPP.

De plus, les moyens de l'administration pénitentiaire sont très variables localement.

Dans certaines régions, l'administration pénitentiaire a eu recours, pour les transports de détenus qu'elle doit assurer, à des contrats de partenariat public-privé qui s'avèrent très insatisfaisants. Les représentants de l'administration ont insisté sur ce point à Lyon : malgré un coût important, il n'y a pas suffisamment de chauffeurs et de véhicules pour assurer le transport des détenus de toute une région vers et depuis l'UHSA.

Surtout la population des UHSA est par nature difficile. Elle est composée d'une majorité de criminels condamnés pour des crimes de sang. La nécessité pour les personnels soignants d'appeler en renfort les gardiens de prison varie fortement d'un établissement à l'autre mais, à Toulouse notamment, le rapport annuel de l'UHSA constate depuis deux ans une augmentation de l'insécurité au sein des unités de soins.

Plus largement, les critiques adressées aux UHSA rejoignent celles relatives à notre système pénitentiaire en général et, plus spécifiquement, à l'incarcération des personnes atteintes de troubles mentaux. C'est sur un fond de polémique que les UHSA ont été créées, polémique nourrie par une déclaration du Président de la République de l'époque, qui avait parlé d'« hôpital-prison ».

On a pu craindre que ces unités servent à cautionner l'enfermement des personnes malades dans une optique de protection de la société peu compatible, vous en conviendrez, avec le respect des droits individuels. L'équipe médicale de l'UHSA du Vinatier nous a expliqué le long travail de discussion en son sein et auprès des autres psychiatres pour fonder et expliquer leur projet thérapeutique.

L'équipe accueille certains patients qui viennent d'être incarcérés et qui sont en attente que la justice statue sur leur responsabilité pénale. Le but n'est pas de permettre de les garder en prison mais de poser le diagnostic le plus exact, et de mettre en place le plus rapidement possible la prise en charge.

De même, pour les personnes condamnées, il ne s'agit pas de permettre leur maintien en prison, mais bien de leur apporter les soins qu'elles nécessitent dans les meilleures conditions.

Nous nous sommes néanmoins interrogées lors de notre visite sur le fait de savoir si parfois, quand l'équipe n'a pas mis en place une prise en charge séquencée destinée à accompagner la progression des malades, ceux-ci ne se trouvent pas soumis à une « camisole chimique » qui rend leur état compatible avec le retour en prison « ordinaire ».

De fait, plusieurs types de patients pris en charge au sein des UHSA amènent les équipes à s'interroger sur la meilleure démarche à suivre et sur la cohérence d'ensemble du système. Leur présence en prison apparaît effectivement comme contestable. Il y a ceux qui sont trop malades pour que l'incarcération ait un véritable sens pour eux, mais qui ont été reconnus responsables de leurs actes. Ceux-là tendent à occuper durablement les lits des structures où ils sont transférés.

À Toulouse, on nous a indiqué que l'unité venait de transférer vers une unité pour malades dangereux, afin de lui faire subir un traitement par électroconvulsivothérapie, un patient qui se trouvait au sein de l'UHSA depuis son ouverture, soit cinq ans.

Ces durées d'hospitalisation hors norme se reproduisent pour quelques cas dans chaque UHSA. Elles nous imposent de prendre avec circonspection les statistiques relatives à la durée moyenne d'hospitalisation, mais surtout nous conduisent à nous interroger sur le sens qu'il y a à mettre en prison, plutôt que directement à l'hôpital, quelqu'un qui a besoin à l'évidence de soins lourds.

À l'UHSA de l'hôpital Paul Guiraud, on nous a particulièrement signalé le cas de jeunes pour lesquels le passage à l'acte est le premier signe de leur pathologie mentale, et ceux incarcérés pour un acte délictuel et dont on découvre à cette occasion qu'ils souffrent d'une pathologie mentale lourde.

Ce phénomène est parfois amplifié pour les jeunes migrants. Pour eux, se pose la question de l'articulation des soins dans et hors prison.

Parmi les patients atteints de pathologies mentales, plusieurs supportent mal l'incarcération en milieu ordinaire où ils sont victimes de violences du fait de leur inadaptation. La tentation peut donc être de garder ces malades en hospitalisation pour les protéger. Ici encore, la question de l'adaptation des moyens aux fins doit être posée.

Un dernier type de patients doit également être mentionné, ceux dont la pathologie, notamment dépressive, se chronicise du fait de la prison.

Or les magistrats ont tendance à prévoir une incarcération en UHSA pour s'assurer qu'une personne sera soignée. De même, l'administration pénitentiaire a parfois tendance à psychiatriser tous les comportements difficiles. Les équipes du Vinatier nous ont ainsi indiqué qu'après avoir tenté d'orienter vers l'UHSA les délinquants sexuels, on avait tenté de leur faire prendre en charge la radicalisation, ce pourquoi ils ne sont pas formés.

Par ailleurs, le nombre de détenus pour lesquels des consultations doivent être organisées dans les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie reste très élevé, ce qui indique que les UHSA ne suffisent pas à répondre aux besoins. L'UHSA de l'Hôpital Paul Guiraud est ainsi notoirement insuffisante avec ses soixante places pour répondre aux besoins des 13 000 détenus d'Ile-de-France.

Le manque de places entraîne des difficultés dans l'organisation des soins. La contrôleur générale des lieux de privation de liberté a ainsi dénoncé lors de son audition le fait que des mineurs soient pris en charge avec des majeurs au sein des unités, d'autant qu'elles ne disposent pas de personnels spécialisés pour les prendre en charge.

La première vague de construction des UHSA s'est avérée particulièrement lente et la deuxième vague n'a pas été engagée. En effet, le programme aurait dû s'étaler entre 2008 et 2011, mais sur les neuf unités de la première tranche, qui comporte 440 lits, trois unités ont ouvert entre 2010 et 2012, quatre seulement en 2013 et une en 2015. Celle de Marseille vient tout juste d'ouvrir.

La deuxième vague devrait apporter 300 places supplémentaires et voir notamment la création de trois établissements dans les outre-mer.

Faut-il l'engager ? Oui, nous le pensons toutes les trois, mais sous certaines conditions : poursuivre le travail de coordination entre les UHSA pour permettre d'identifier leurs problèmes communs et de définir les meilleures pratiques, prévoir de présenter les missions et le fonctionnement des UHSA aux magistrats dès leur formation et organiser des contacts plus fréquents entre eux et les équipes des UHSA afin qu'ils connaissent leur rôle exact.

Mme Colette Giudicelli, rapporteur. - *En conclusion, 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 pour la durée qui est nécessaire à l'amélioration de leur état. Si on parvient à l'utiliser conformément à sa vocation, il est important de le préserver et de mener son développement à son terme.*

M. Alain Milon, président. - *Merci.*

Il semblerait -et c'est intéressant- que les UHSA permettent parfois d'établir un diagnostic psychiatrique. Ce n'est déjà pas si mal, surtout quand on sait qu'en France, il intervient souvent plusieurs années après que les troubles se déclarent.

La parole est à M. Antoine Lefèvre, rapporteur spécial de la commission des finances.

M. Antoine Lefèvre. - *Je tiens tout d'abord à saluer le travail des rapporteurs et à remercier la commission des affaires sociales de me recevoir.*

Au-delà du rapport sur les dépenses de santé des détenus, que je présenterai fin juillet, je rejoins l'analyse qui a été faite. J'ai pu constater, au cours de mes propres visites, l'engagement incroyable et la grande détermination des personnels, souvent constitués de jeunes femmes. Leur dévouement et la passion pour leur mission sont remarquables, surtout compte tenu des conditions matérielles et structurelles, qui ne sont pas toujours faciles.

Vous avez évoqué le délai nécessaire à la mise en œuvre de la seconde vague de construction des UHSA. Il faut bien reconnaître que les choses tardent un peu. On ne peut que constater les différents manques.

Je n'oublie pas que ces unités sont extrêmement coûteuses, tant en investissement qu'en fonctionnement. Peut-être faut-il affiner les choses, toutes les personnes n'étant pas à leur place dans ces unités compte tenu de leur pathologie. Doivent-elles ou non demeurer en détention ?

Il est également important de prévoir un maillage territorial cohérent. L'Île-de-France concentre un grand nombre d'établissements, mais il faudra également tenir compte des autres besoins. Le Premier ministre a évoqué la construction de nouvelles places. Il conviendra de veiller à mettre tout ceci en adéquation.

M. Alain Milon, président. - *La parole est aux commissaires.*

M. Philippe Mouiller. - *Tout comme mon collègue, je voudrais remercier les trois rapporteurs pour la qualité de ce travail, qui a dû être humainement difficile. Je les félicite pour la clarté de leurs propos.*

Mes questions portent sur les aspects quantitatifs.

D'une façon générale, dispose-t-on d'une estimation des besoins en matière de places au niveau national en regard de la population carcérale, afin de la rapprocher des engagements pris par le Premier ministre ?

N'existe-t-il pas une obligation d'accompagnement ainsi qu'un minimum d'investissement ?

Ceci soulève la question de savoir quel budget supportera ces dépenses. Celui des prisons ou celui de la santé ? Comment cette répartition budgétaire s'articule-t-elle au regard des objectifs ?

Par ailleurs, quel est le coût moyen d'une UHSA ?

On a évoqué la qualité des personnels. Des formations spécifiques sont-elles dispensées pour s'occuper de ce type de population ?

Vous avez également évoqué la tentative d'accompagnement des personnes en phase de déradicalisation. N'existe-t-il pas un lien entre les deux sujets, puisque cette problématique se caractérise par des atteintes psychologiques ?

Enfin, n'est-il pas plus intéressant d'accompagner les personnes bientôt appelées à sortir de prison plutôt que les autres ?

Mme Laurence Cohen, rapporteure. - *Il est vrai que les choses ont été humainement difficiles, mais également enrichissantes. Colette Giudicelli l'a souligné : nous restons sur notre faim, monsieur le président, et nous aurions envie de poursuivre. On a commencé par des auditions avant de nous rendre sur place, ce qui a généré de nombreuses questions.*

Quant au financement, qui constitue le nerf de la guerre, il est à la fois assuré par l'administration pénitentiaire et par le ministère de la santé pour tout ce qui concerne leurs domaines respectifs. Ceci est tangible sur le plan spatial lorsqu'on visite ces unités. À l'arrivée, on est sous l'autorité du système pénitentiaire, à qui on fournit les pièces d'identité, avant de passer sous les portiques de détection. Lorsqu'on pénètre ensuite dans l'enceinte hospitalière, c'est au tour du personnel de santé de prendre le visiteur en charge.

Les choses avancent, et c'est ainsi que l'UHSA de Marseille va pouvoir recevoir des patients.

S'agissant de la radicalisation, il nous semble que celle-ci ne correspond pas à la philosophie des UHSA, qui sont réservées aux troubles mentaux. On est donc là sur une autre problématique.

Vous demandez si l'on ne peut prendre en charge les patients qui vont sortir de manière privilégiée afin de s'assurer le plus possible de leur adaptation. Les UHSA agissent sur saisine, généralement après une crise de ces patients, qu'il faut vraiment prendre en charge après qu'ils aient « disjoncté ». Ils peuvent être dangereux pour eux-mêmes et pas simplement pour les autres. Ils ont donc besoin d'une prise en charge rapide.

Enfin, nous avons été toutes les trois convaincues par les UHSA pratiquant par « séquençement ». Cela permet au patient, après son arrivée, de passer de zone en zone en fonction de l'amélioration de son état de santé. Son traitement chimique va en outre être allégé afin qu'il puisse sortir de l'unité psychiatrique et retrouver la prison.

Lors de notre première visite, nous avons été bouleversées par certains patients sous camisole chimique et inquiètes sur les conditions de leur retour en prison.

Mme Brigitte Micouleau, rapporteure. - Nous avons effectivement été troublées, lors de notre visite au Vinatier, à Lyon, par le fait que certains patients se comportaient comme de véritables robots. Nous nous sommes posé la question : comment allaient-ils pouvoir retourner en prison, au milieu d'autres détenus ? Comment allaient-ils se défendre ? Allaient-ils continuer à prendre leurs médicaments ou passer à nouveau à l'acte dès leur sortie d'incarcération ? C'est un réel problème.

Pour ce qui est de la déradicalisation, je rejoins Laurence Cohen. Il ne s'agit pas de troubles mentaux. Il est donc difficile de les incorporer dans les UHSA, d'autant qu'on estime aujourd'hui qu'il faut 900 places au niveau national. 440 sont aujourd'hui construites, avec l'UHSA de Marseille qui va bientôt être mise en service.

À Toulouse, les équipes nous ont expliqué qu'aller chercher des patients à Montpellier demande 2 heures 30. Il faut également les ramener. Il faudrait donc essayer de réaliser un maillage plus logique et avoir plus d'une UHSA par région, celles-ci étant devenues des mastodontes.

Les personnels n'ont pas de formation spécifique mais ils sont si soudés, les équipes travaillent tellement en osmose, qu'il existe très peu d'absentéisme.

Mme Laurence Cohen, rapporteure. - Le coût total de construction de Toulouse s'élève à 13 millions pour les parties justice et santé. Il faut y ajouter le fonctionnement.

M. Alain Milon, président. - Ce sont là les chiffres pour une unité de 60 places.

Je voudrais rappeler que ce n'est pas parce qu'on est un malade psychiatrique qu'on est dangereux, ni parce qu'on a été dangereux qu'on est un malade psychiatrique. On peut être parfois dangereux sans être un malade psychiatrique. Il est extrêmement important de le répéter.

Parfois, l'acte dangereux n'est même pas dû à la maladie psychiatrique, qui n'est découverte qu'ensuite.

M. René-Paul Savary. - Pouvez-vous nous indiquer le montant du prix de journée ?

Par ailleurs, quelles sont les villes qui possèdent des UHSA ?

Les nouvelles pratiques addictives chez les jeunes vont entraîner de plus en plus de troubles schizophréniques.

La radicalisation touche par ailleurs aujourd'hui des personnes d'âge moyen. Les services sociaux sont confrontés à des problèmes de prise en charge redoutables, bien que le personnel commence à être formé. Il est donc intéressant de prendre en compte dans ces unités le dépistage et la prévention de la radicalisation, à laquelle nous allons être de plus en plus confrontés.

Existe-t-il des statistiques sur le type de patients pris en charge, par exemple des personnes âgées qui souffrent de troubles cognitifs, ce qui peut se traduire par de l'agressivité, voire des passages à l'acte ?

Enfin, ces unités sont-elles construites sur les lieux de la prison ou près des hôpitaux psychiatriques ?

Mme Brigitte Micouveau, rapporteure. - *Dans les hôpitaux psychiatriques.*

Mme Annie David. - *À mon tour de remercier nos trois rapporteurs. Même si ce travail vous a beaucoup apporté, je pense que certaines situations ont dû être difficiles à vivre. Vous êtes parvenues à rendre les choses sensibles de ce point de vue.*

Le secteur de la psychiatrie, que j'essaye de suivre dans mon département, est largement sinistré, tout comme le secteur pénitentiaire.

Je partage l'avis d'Alain Milon : ce n'est pas parce qu'on a des problèmes psychiatriques qu'on est forcément dangereux. Or j'ai le sentiment que les magistrats ne sont pas suffisamment formés pour faire la part des choses entre l'internement en hôpital psychiatrie et l'internement dans les UHSA.

Comment faire pour mieux former nos magistrats ou, à tout le moins, les aider à faire la part des choses entre la psychiatrie et l'incarcération ?

J'ai suivi un stage destiné aux parlementaires au tribunal de Toulouse. L'un des juges me disait qu'il se référait à l'avis du psychiatre sur les personnes qu'il devait auditionner. Peut-être faudrait-il une meilleure articulation entre justice et psychiatrie. Avez-vous pu en discuter ? Quelles pistes pourriez-vous indiquer ?

Je voudrais également insister sur la qualité du personnel médical -dont vous avez fait état- et sur les difficultés que celui-ci rencontre. Il est important de mettre ces qualités en valeur. Il faut souligner que le personnel des UHSA ne peut traiter toutes les personnes que l'on souhaite y envoyer. Je pense aux personnes radicalisées. Ce sont des publics différents des autres. Les UHSA ne peuvent recevoir tout le monde.

Mme Brigitte Micouveau, rapporteure. - *Nous sommes d'accord !*

Mme Colette Giudicelli, rapporteur. - *En effet !*

M. Daniel Chasseing. - *Je veux à mon tour féliciter les rapporteurs et le personnel de ces unités, qui sont sûrement des passionnés.*

Tous les malades psychiatriques ne sont en effet pas des délinquants, mais certains peuvent commettre des délits. On sait que l'hospitalisation d'office à la demande d'un tiers n'est pas facile, même si les gens souffrent de troubles du comportement. Certains ne prennent plus leurs médicaments, et on ne le sait pas...

Les UHSA sont très importantes selon moi pour formuler un diagnostic et pouvoir surveiller médicalement l'efficacité d'un traitement avant le retour de l'intéressé en prison. Les neuroleptiques ont certes des effets secondaires, mais ils sont malheureusement indispensables.

Il existe bien sûr un problème de financement. Ces unités sont sûrement ce qu'il convient de réaliser dans l'avenir. Compte-t-on d'autres projets que ceux que vous avez indiqués ? Quand vont-ils être réalisés ? Y a-t-il des projets similaires dans le cadre de la radicalisation ?

Mme Corinne Imbert. - *Je remercie les trois rapporteurs pour leur travail.*

Vous avez évoqué une population de détenus essentiellement masculine, mais comportant néanmoins des mineurs. Le principe de séparation entre les hommes et les femmes, les adultes et les mineurs, est-il respecté dans les UHSA ? (Les trois rapporteurs infirment.)

Enfin, avez-vous des éléments au sujet des détenus souffrant de pathologies mentales qui ne bénéficient pas de la prise en charge de SMPR lorsqu'il n'existe pas d'UHSA ?

M. Jean-Louis Tourenne. - *Je veux tout d'abord louer la précision du travail qui a été réalisé, et surtout l'humanité qui en émane.*

Vous n'avez pas évoqué le choix qui a été fait de construire des unités situées dans les hôpitaux psychiatriques et non dans les prisons. Or la construction d'une UHSA dans un hôpital psychiatrique doit démarrer de zéro. Les coûts sont donc bien plus élevés que pour une construction à l'intérieur d'une prison.

Ceci oblige à des transfèrements assez fréquents, avec les difficultés que vous avez relevées pour trouver des personnels susceptibles d'accompagner les prisonniers vers l'UHSA. Comment la question a-t-elle été tranchée ?

Mme Brigitte Micouveau, rapporteure. - *Le prix d'hospitalisation à l'UHSA s'élève à 650 euros par jour, comme dans un hôpital psychiatrique.*

Parmi les malades que nous avons rencontrés, plus de la moitié sont détenus pour des crimes de sang. Il ne s'agit pas de personnes radicalisées. C'est une population très particulière.

Mme Colette Giudicelli, rapporteur. - *Les UHSA sont actuellement situées à Lyon, Villejuif, Toulouse, Nancy, Fleury-les-Aubrais, Lille, Marseille, Bordeaux et Rennes...*

Mme Brigitte Micouleau, rapporteure. - Le choix des futures implantations n'est pas encore effectué mais on en prévoit éventuellement une par région. L'extension de la taille des régions complique la vie des familles, pour les visites aux détenus, et le travail du personnel pénitentiaire pour les transferts, par exemple lorsqu'il faut ramener à Montpellier un patient de l'UHSA de Toulouse.

Mme Laurence Cohen, rapporteure. - Pourquoi ne pas implanter ces unités dans les prisons ? C'est une question de philosophie. Les détenus qui souffrent de troubles psychiatriques graves doivent bénéficier des mêmes soins qu'un patient ordinaire. Or les soins relèvent des structures de santé, donc de l'hôpital. Par ailleurs les hôpitaux psychiatriques ont généralement des terrains disponibles pour la construction.

Il s'agit de réfléchir en termes de territoire pour permettre un meilleur maillage.

Nous avons été interpellées - et nous pensons qu'il faut trouver une solution à cette question - au sujet des transports. En effet, le patient qui devrait quitter l'UHSA un jour donné ne sort souvent que le lendemain. Tous les UHSA soulignent que, de ce point de vue, le partenariat public-privé est extrêmement insatisfaisant - et c'est un euphémisme.

Quant aux éléments que souligne Annie David, ils sont justes et pertinents. Ceci pose le problème des moyens de deux secteurs en difficulté, la justice et la santé.

Mme Imbert évoquait les SMPR. Ceux-ci se retournent en effet vers les UHSA, où le manque de places est criant. On voit donc bien la nécessité de poursuivre ce qui a été prévu.

Le personnel se remet sans cesse en question, alors qu'il n'est pas évident de travailler dans une logique de santé et une logique pénitentiaire. Ce sont deux univers différents, mais cela fonctionne plutôt bien. Chacun respecte l'autre et tout le monde s'entraide. Ce n'était pourtant pas a priori évident.

Mme Brigitte Micouleau, rapporteure. - Le manque de places se fait surtout ressentir à Paris. On n'a pas eu ce sentiment à Toulouse ou à Lyon.

M. Alain Milon, président. - Qu'en est-il de la formation des magistrats ?

Mme Laurence Cohen, rapporteure. - Plusieurs équipes nous ont signalé la méconnaissance des magistrats quant à la réalité de ces unités, vers lesquelles ils dirigent parfois un peu trop facilement certains détenus. Une formation est donc nécessaire.

Plusieurs équipes souhaiteraient que les magistrats puissent venir visiter chaque UHSA, toutes ayant une histoire singulière. Cela permettrait d'avoir un échange et de comprendre comment ces unités prennent les patients en charge.

C'est une recommandation qui nous paraît extrêmement logique et qui pourrait être efficace.

M. Alain Milon, président. - Une observation à propos de la formation des magistrats : la loi santé prévoyait, en matière de salles de shoot, une formation des magistrats. J'ai assisté, en tant que président de la commission des affaires sociales, à une de ces formations : il n'y avait pas un seul magistrat ! Ils avaient été invités, mais aucun ne s'était inscrit. Cela soulève aussi un problème de ce point de vue.

Mes chers collègues, autorisez-vous la publication du rapport de nos trois collègues ?

La commission autorise la publication du rapport d'information.

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**
 - Samuel Pratmarty**, sous-directeur au Bureau
« Prises en charge post aigües, pathologies chroniques et santé mentale »
 - Chantal Vuldy**, chargée de mission
- **Adeline Hazan**, contrôleure générale des lieux de privation de liberté
- **Dr Catherine Paulet**, chef de service du SMPR des Baumettes

DÉPLACEMENTS DE LA MISSION D'INFORMATION

Mardi 25 octobre 2016 :

- UHSA **Simone Veil** du **Centre Hospitalier Le Vinatier** de Bron (Rhône)

Mercredi 22 février 2017 :

- USHA du **Groupe Hospitalier Paul Guiraud** de Villejuif (Val-de-Marne)

Mercredi 22 mars 2017 :

- UHSA du **Centre Hospitalier Gérard Marchant** de Toulouse (Haute-Garonne)

ANNEXE

**Présentation DGOS-DAP aux journées UHSA
(décembre 2015)**



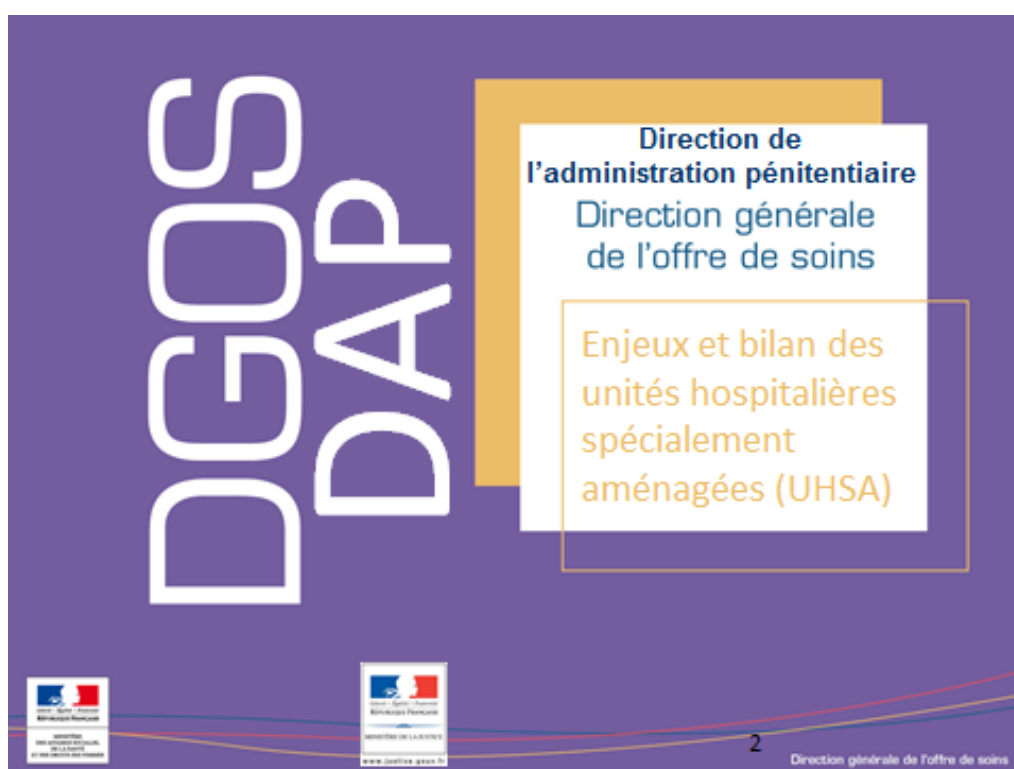
**DGOS
DAP**

**Direction de
l'administration pénitentiaire**
Direction générale
de l'offre de soins

Journées UHSA

10/11 Décembre 2015



  **1** Direction générale de l'offre de soins



**DGOS
DAP**

**Direction de
l'administration pénitentiaire**
Direction générale
de l'offre de soins

**Enjeux et bilan des
unités hospitalières
spécialement
aménagées (UHSA)**

  **2** Direction générale de l'offre de soins

Éléments généraux sur l'offre de soins en psychiatrie aux détenus

- Les SMPR voient le jour en 1986
- Rapport Hyst et Cabanel (2000): 30% des personnes entrant en détention présentent des troubles psychiatriques
- La Loi du 09 Juillet 2002 crée les UHSA
- La première UHSA ouvre le 18 Mai 2010 à Lyon



3

Direction de l'administration pénitentiaire
Direction générale de l'offre de soins

Le développement de l'offre de soins en psychiatrie au sein des unités sanitaires

- UCSA et SMPR sont désormais regroupés sous le vocable unique d'« unités sanitaires »
- Le plan « personnes placées sous main de justice 2010-2014 » prévoit la mise en place d'une offre graduée en santé mentale
- L'objectif est l'implantation d'une place d'hospitalisation de jour pour 100 détenus au sein de chaque établissement pénitentiaire
- L'hospitalisation au sein de l'établissement de santé autorisé en psychiatrie de proximité intervient en recours (si pas d'UHSA)



4

Direction de l'administration pénitentiaire
Direction générale de l'offre de soins

Le programme UHSA

- Programme initial : 705 places (en 2 tranches), dont 440 en 2010 (1^{ère} tranche)
 - ◆ Achèvement 1^{ère} tranche prévu fin 2016 avec l'UHSA de Marseille
- Plusieurs critères d'implantation
- Montage financier :
 - crédits d'investissement (FMESPP) et de fonctionnement (DAF)
 - crédits sur le programme n°107
- Texte de référence :
 - Arrêté du 20 juillet 2010
 - Circulaire du 18 Mars 2011 (précise les modalités de fonctionnement des UHSA)



5

Direction de l'administration
pénitentiaire
Direction générale de l'offre de soins

L'enquête UHSA

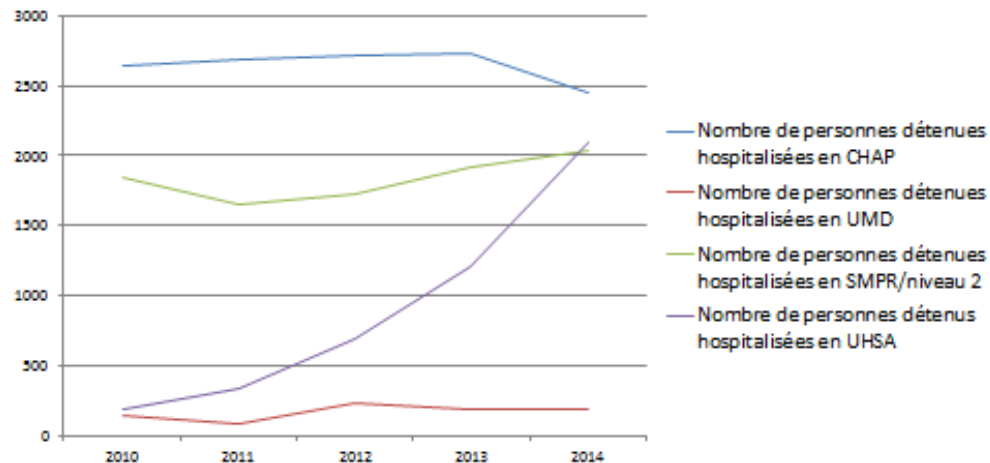
- Evaluation prévue par la circulaire de 2011
- Prend appui sur les indicateurs de la circulaire (DMS, origine des patients, mode d'hospitalisation, etc.)
- Méthodologie: recueil des données par les deux administrations pour les parties qui les concernent auprès des établissements de santé concernés (DGOS) et des DISP (DAP)



6

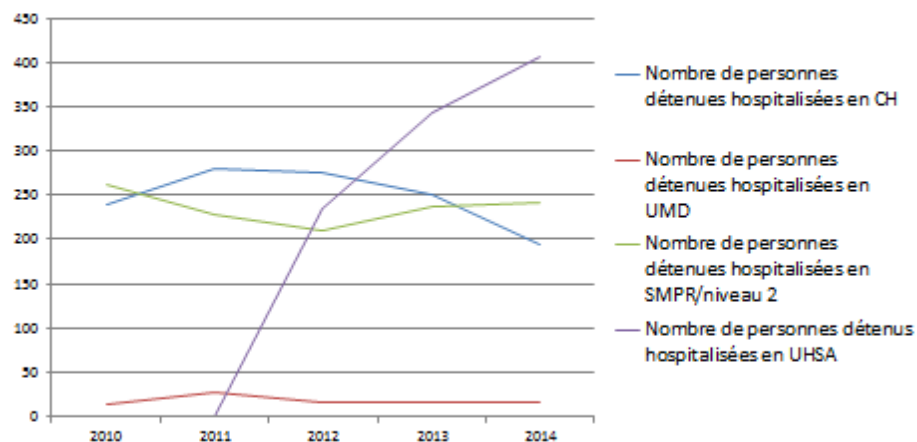
Direction de l'administration
pénitentiaire
Direction générale de l'offre de soins

Evolution des hospitalisations en psychiatrie des personnes détenues de 2010 à 2014



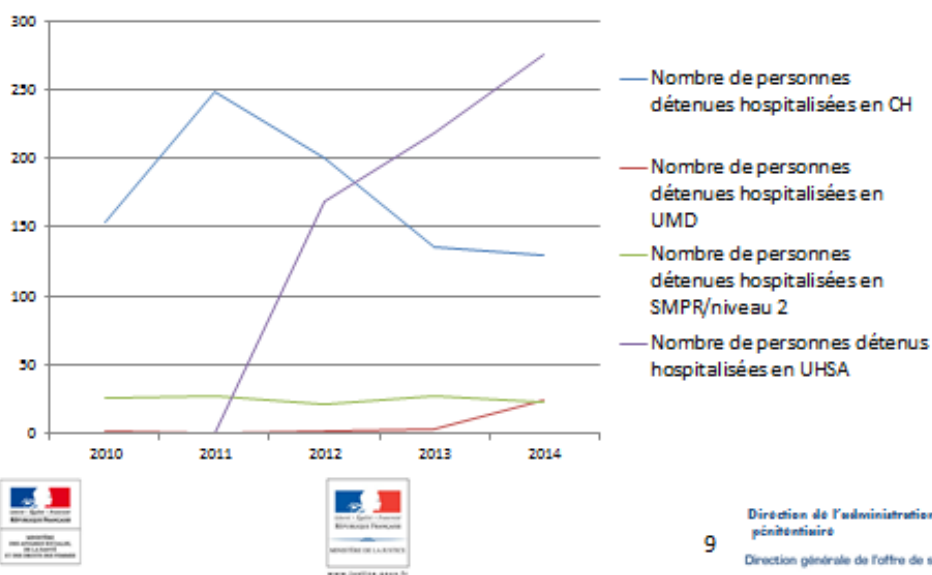
7 Direction de l'administration pénitentiaire
Direction générale de l'offre de soins

Evolution des hospitalisations en psychiatrie des personnes détenues de 2010 à 2014 (Toulouse)



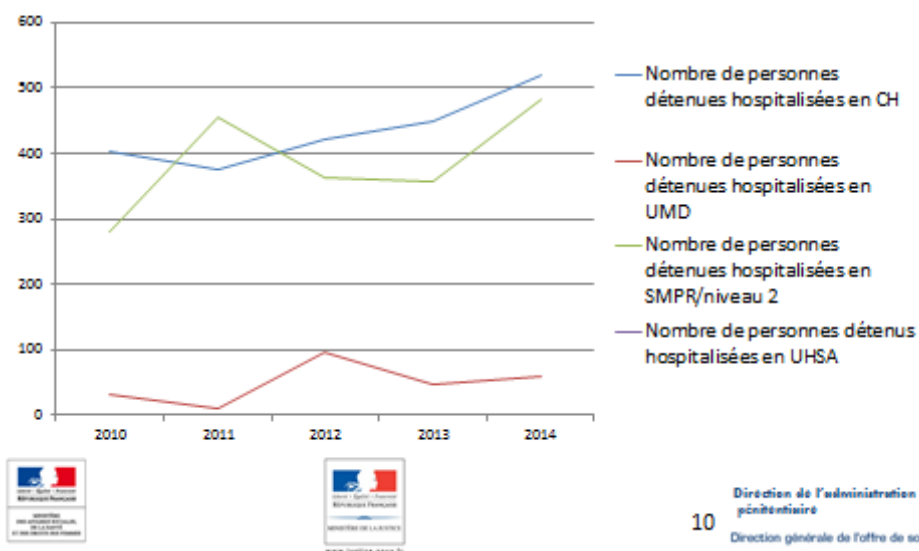
8 Direction de l'administration pénitentiaire
Direction générale de l'offre de soins

Evolution des hospitalisations en psychiatrie des personnes détenues de 2010 à 2014 (Nancy)



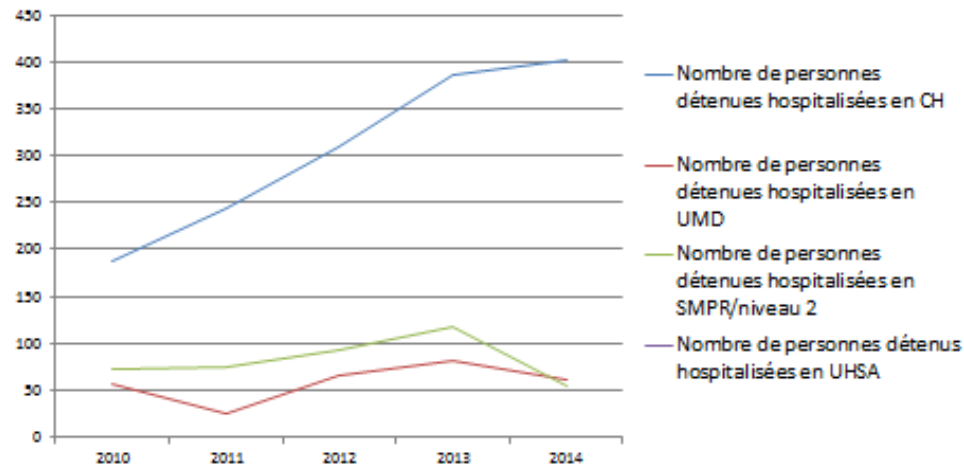
9

Evolution des hospitalisations en psychiatrie des personnes détenues de 2010 à 2014 (Marseille)



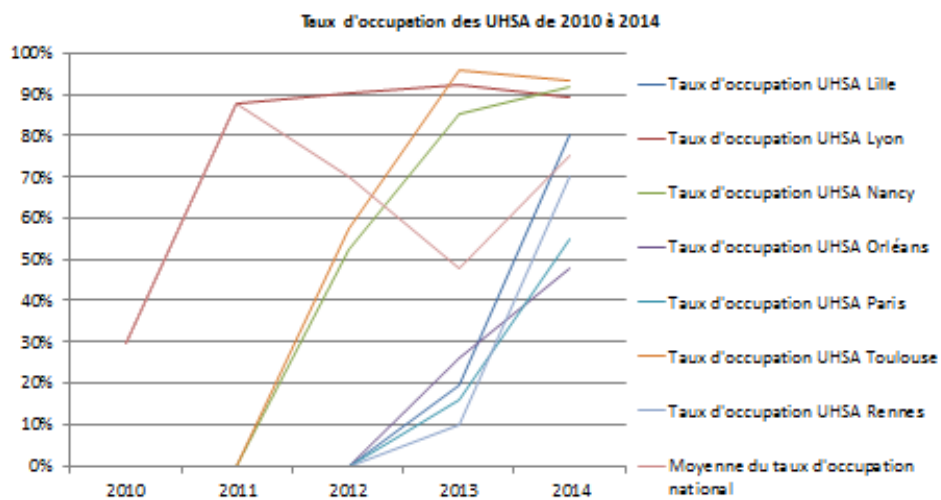
10

Evolution des hospitalisations en psychiatrie des personnes détenues de 2010 à 2014 (Bordeaux)



11 Direction de l'administration pénitentiaire
Direction générale de l'offre de soins

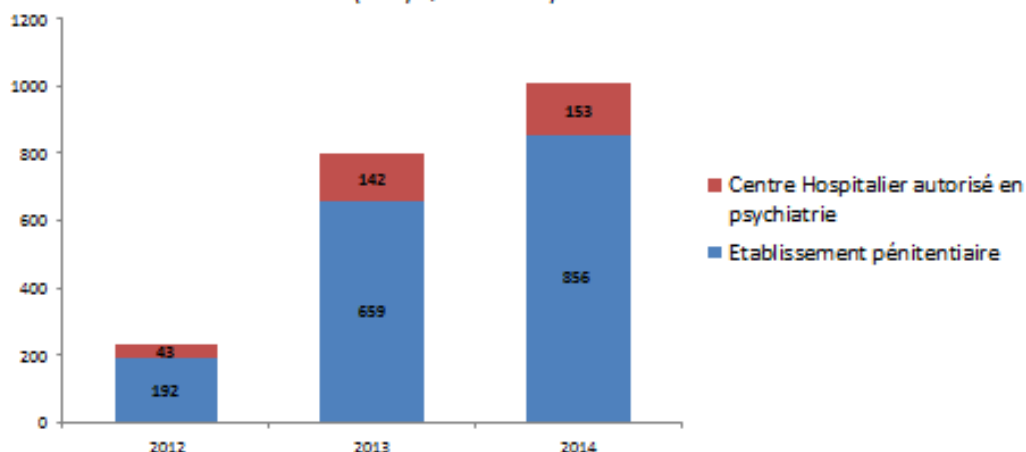
Taux d'occupation des UHSA de 2010 à 2014



12 Direction de l'administration pénitentiaire
Direction générale de l'offre de soins

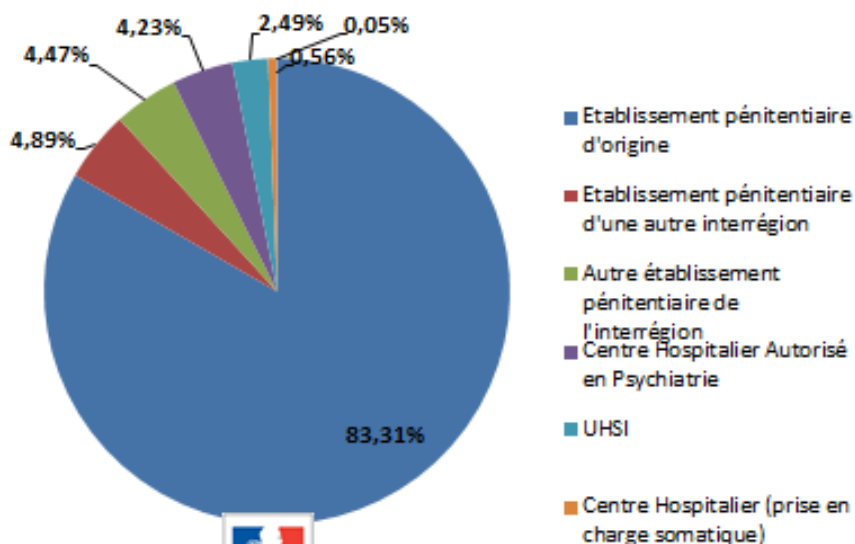
Provenance des personnes détenues hospitalisées en UHSA

Provenance des personnes détenues hospitalisées en UHSA de 2012 à 2014 (hors Lyon, Lille et Rennes)



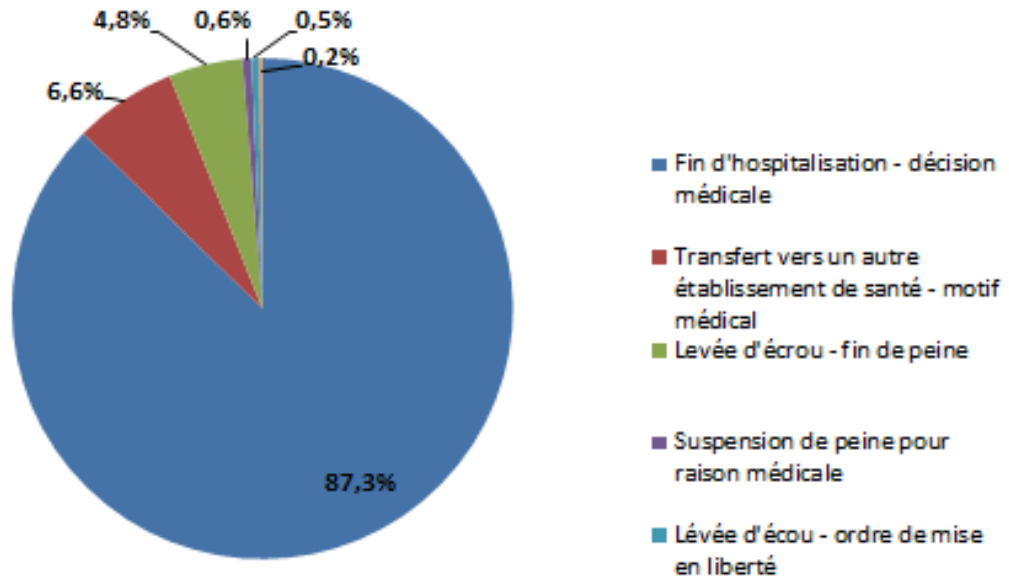
13 Direction de l'administration pénitentiaire
Direction générale de l'offre de soins

Destination de sorties des personnes hospitalisées dans les UHSA de 2010 à 2014



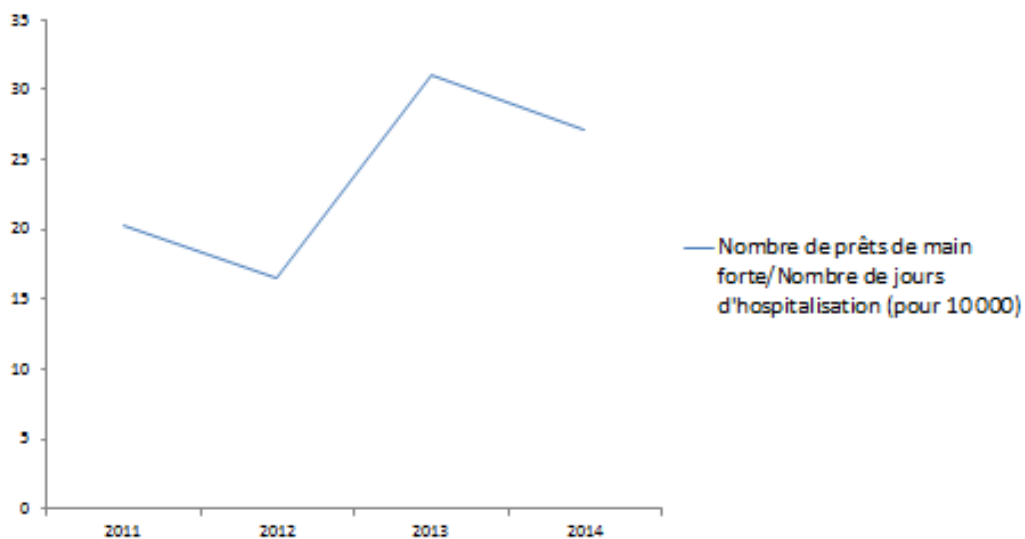
14 Direction de l'administration pénitentiaire
Direction générale de l'offre de soins

Motif de sortie dans les UHSA de 2010 à 2014



15 Direction de l'administration pénitentiaire
Direction générale de l'offre de soins

Evolution du nombre de prêts de main forte en UHSA



16 Direction de l'administration pénitentiaire
Direction générale de l'offre de soins

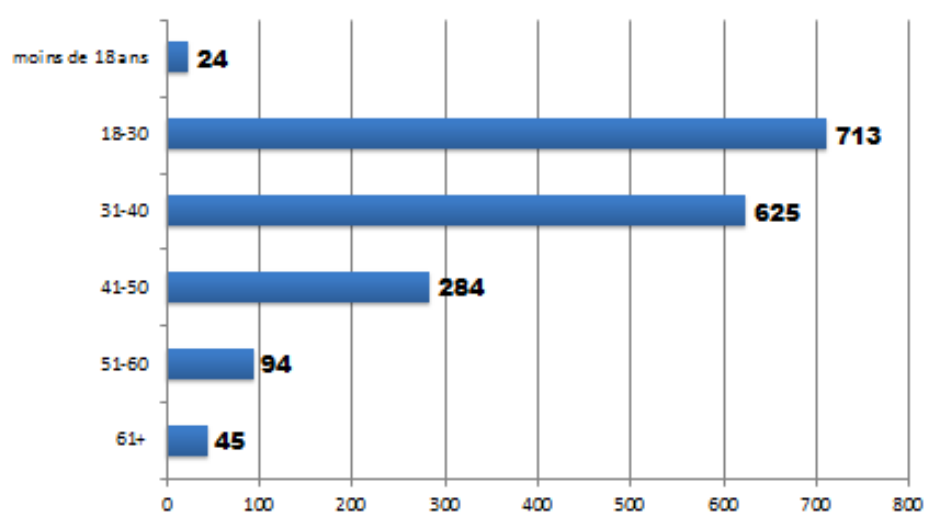
Taux d'occupation des UHSA en 2014

	Durée moyenne de séjour (en jours)	Taux d'occupation	Nombre d'hospitalisation par lits sur une année
Lille	29.5	79%	9.73
Lyon	63.32	88%	4.35
Nancy	51,44	92%	6.925
Paris	64,34	55%	3.1
Rennes	44	88%	5.8
Toulouse	36	94%	9.3
Orléans	39.6	56%	4.425
total	46.8	79%	6.23



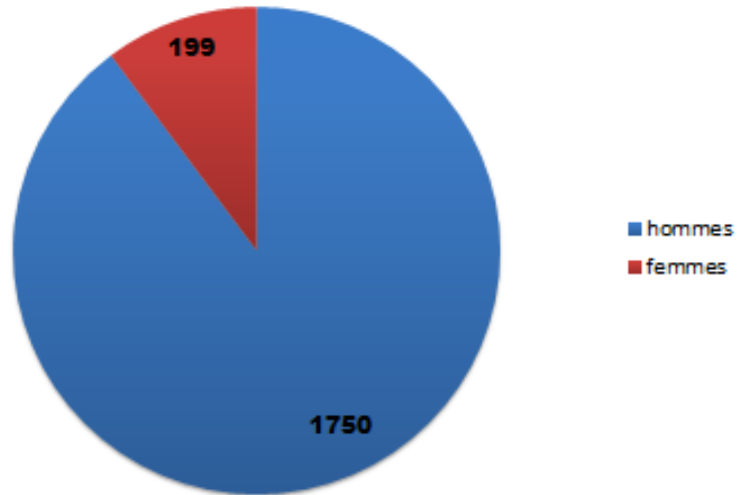
17 Direction de l'administration pénitentiaire
Direction générale de l'offre de soins

Age des personnes accueillies en UHSA en 2014



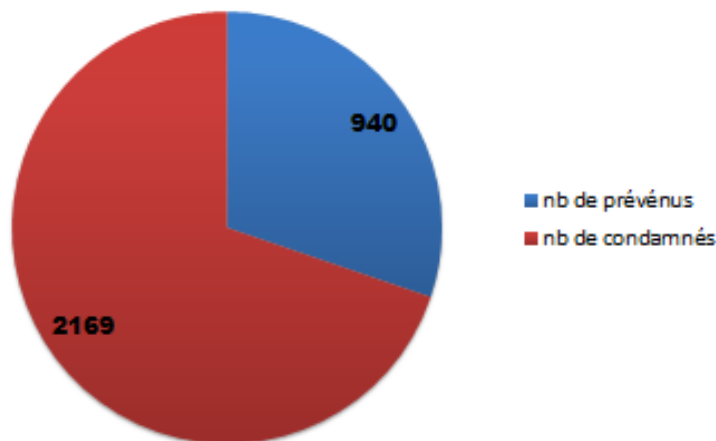
18 Direction de l'administration pénitentiaire
Direction générale de l'offre de soins

Sexe des personnes accueillies en UHSA en 2014



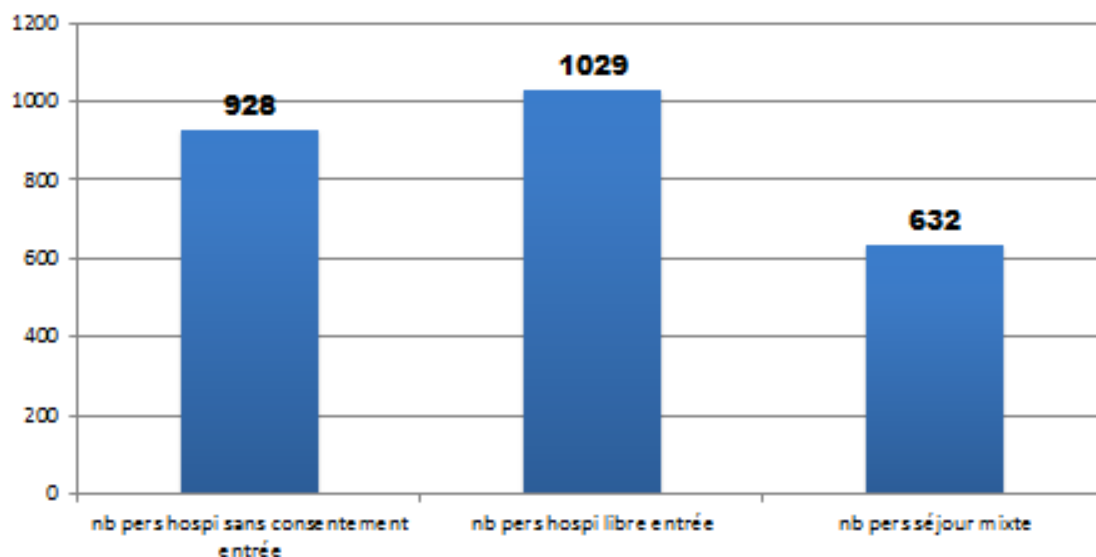
19
Direction de l'administration pénitentiaire
Direction générale de l'offre de soins

Statut pénal des personnes accueillies en UHSA en 2014



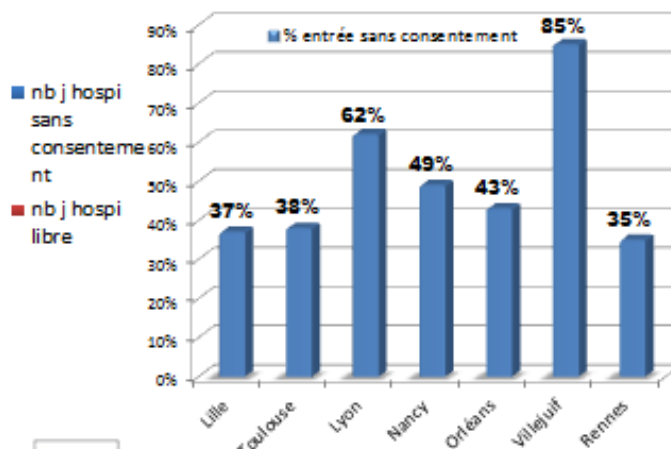
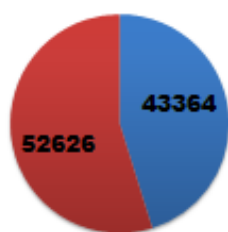
20
Direction de l'administration pénitentiaire
Direction générale de l'offre de soins

Modalités d'hospitalisation des personnes accueillies en UHSA en 2014




21 Direction de l'administration pénitentiaire
Direction générale de l'offre de soins

Hospitalisations libres et hospitalisations sur décision du représentant de l'état en UHSA en 2014 En nombre de journées



22 Direction de l'administration pénitentiaire
Direction générale de l'offre de soins



Bilan et perspectives

- Les UHSA n'ont pas absorbé la masse des hospitalisations en CH, qui devraient rester limitées
- disparités entre les populations accueillies
- disparités de fonctionnement

- Perspective: déploiement d'une seconde tranche non encore arbitré. L'évaluation réalisée sera utilisée pour une note de proposition aux cabinets santé/justice en 2016.

