



**MINISTÈRE  
DE LA SANTÉ  
ET DE L'ACCÈS  
AUX SOINS**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**NOTE D'INFORMATION N° DGOS/P3/2024/161** du 4 novembre 2024 portant guide des bonnes pratiques et principes fondamentaux relatifs à la prise en charge en soins psychiatriques sans consentement des patients détenus au sein d'établissements de santé autorisés en psychiatrie, selon les dispositions de l'article R. 6111-40-5 du Code de la santé publique

La ministre de la santé et de l'accès aux soins

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux  
des agences régionales de santé (ARS)

<b>Référence</b>	NOR : MSAH2429030N (numéro interne : 2024/161)
<b>Date de signature</b>	04/11/2024
<b>Emetteur</b>	Ministère de la santé et de l'accès aux soins Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
<b>Objet</b>	Guide des bonnes pratiques et principes fondamentaux relatifs à la prise en charge en soins psychiatriques sans consentement de patients détenus au sein d'établissements de santé autorisés en psychiatrie, selon les dispositions de l'article R. 6111-40-5 du Code de la santé publique.
<b>Contact utile</b>	Sous-direction de la prise en charge hospitalière et des parcours Ville-Hôpital Bureau de la prise en charge en santé mentale et des publics vulnérables (P3) Louise MARIE-MABIT Tél. : 07 61 49 65 10 Mél. : <a href="mailto:louise.marie-mabit@sante.gouv.fr">louise.marie-mabit@sante.gouv.fr</a>
<b>Nombre de pages et annexe</b>	2 pages + 1 annexe (30 pages) Annexe - Guide de bonnes pratiques et principes fondamentaux
<b>Résumé</b>	La présente note d'information a pour objet la diffusion d'un guide de bonnes pratiques et principes fondamentaux relatifs aux prises en charge en soins psychiatriques sans consentement de patients détenus au sein d'établissements de santé autorisés en psychiatrie, selon les dispositions de l'article R. 6111-40-5 du Code de la santé publique (CSP).
<b>Mention Outre-mer</b>	Cette note d'information s'applique en Outre-Mer selon les mêmes dispositions qu'en métropole.

<b>Mots-clés</b>	Soins sans consentement ; soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SDRE) ; unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) ; service médico psychologique régional (SMPR) ; centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP).
<b>Classement thématique</b>	Établissements de santé - Organisation
<b>Textes de référence</b>	- Article R. 6111-40-5 du CSP ; - Article L. 3214-1 du CSP ; - Article L. 322-8 du Code pénitentiaire.
<b>Rediffusion locale</b>	Rediffusion aux établissements de santé concernés.
<b>Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 25 octobre 2024 - N° 105</b>	
<b>Publiée au BO</b>	Oui

Le guide de bonnes pratiques annexé à cette note d'information, à destination des établissements de santé autorisés en psychiatrie et des agences régionales de santé, est le fruit de réflexions pilotées par la DGOS dans le cadre d'un groupe de travail relatif à la santé mentale des personnes détenues, composé de représentants de l'Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP), de membres de la sous-commission psychiatrie médico-légale et du groupe opérationnel de psychiatrie (GOP) de la Commission nationale de psychiatrie (CNP), de représentants de l'Association des établissements du service public de santé mentale (ADESM), de représentants de la conférence des présidents des commissions médicales d'établissements en centre hospitalier spécialisé, de représentants d'ARS et des directions d'administration centrale concernées (DGOS, Direction générale de la santé [DGS], Direction de l'administration pénitentiaire [DAP]).

Ce groupe de travail a été lancé dans le cadre de la feuille de route « santé » des personnes placées sous main de justice (PPSMJ) qui consacre l'une de ses actions à l'amélioration du parcours de soins en santé mentale des personnes détenues (action n° 21 de la feuille de route 2024-2028 et action n° 16 de la feuille de route 2019-2022).

Les travaux de ce groupe ont permis de formaliser les modalités des prises en charge psychiatriques de niveau 3 de patients détenus, réalisées au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie au titre de l'article R. 6111-40-5 du CSP, dans le cadre des soins sans consentement.

Pour la ministre et par délégation :  
La directrice générale de l'offre de soins,

  
Marie DAUDÉ

Annexe

## **GUIDE DE BONNES PRATIQUES ET PRINCIPES FONDAMENTAUX**

**PRISE EN CHARGE EN SOINS PSYCHIATRIQUES  
SANS CONSENTEMENT DE PATIENTS DÉTENUS  
AU SEIN D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ  
AUTORISÉS EN PSYCHIATRIE SELON LES  
MODALITÉS PRÉVUES À L'ARTICLE R. 6111-40-5  
DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (CSP)**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>CHAPITRE 1 - PARCOURS DE LA PERSONNE DÉTENUÉ .....</b>	<b>7</b>
1. Le parcours judiciaire.....	7
2. Le parcours de soins d'un patient détenu : gradation des soins et dispositifs associés .....	8
3. Les soins du patient détenu : cas concret .....	11
<b>CHAPITRE 2 - DROITS DU PATIENT .....</b>	<b>12</b>
1. Les droits des patients : généralités et droits des patients hospitalisés en psychiatrie sans consentement .....	12
2. Les droits des patients détenus : généralités et droits liés à l'hospitalisation du patient détenu en soins psychiatriques sans consentement .....	14
<b>CHAPITRE 3 - RELATIONS PARTENARIALES ET COMMUNICATION .....</b>	<b>17</b>
1. Les relations partenariales entretenues dans le cadre d'une hospitalisation en soins psychiatriques sans consentement d'un patient détenu .....	17
2. Les liens « dedans/dehors/dedans » et les relais de soins.....	20
3. La transmission des documents et informations pertinentes .....	22
<b>CHAPITRE 4 - ORGANISATION MATÉRIELLE DE LA PRISE EN CHARGE.....</b>	<b>24</b>
1. La conduite à tenir en cas de sortie à l'insu du service et incidents.....	24
2. L'architecture du lieu de soin .....	25
3. Les règles de transport .....	28

## INTRODUCTION

La stratégie de santé des personnes placées sous main de justice, entrée en vigueur en 2017, a fait l'objet de déclinaisons opérationnelles par le biais d'une feuille de route identifiant diverses actions favorisant l'accès aux soins et l'équivalence de ceux-ci vis-à-vis de la population générale, comme prévu par la loi du 18 janvier 1994<sup>1</sup>.

Cette feuille de route a identifié, en 2019, la nécessité d'améliorer les modalités de prises en charge des personnes détenues admises en établissements de santé autorisés en psychiatrie, pour des soins psychiatriques sans consentement, en application des articles R. 6111-40-5 (ex D. 398 du Code de procédure pénale) et L. 3214-1 du Code de la santé publique (CSP).

En effet, bien que les personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques sans consentement en hospitalisation complète (niveau 3) soient en priorité orientées en unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA), un grand nombre d'entre elles fait toujours l'objet d'admission dans d'autres services au sein d'établissements de santé autorisés en psychiatrie.

L'organisation de la prise en charge dans ce contexte soulève un certain nombre de difficultés, qui ont pu être identifiées au cours d'échanges avec des représentants de professionnels de santé, des représentants des usagers et de leurs familles et d'agences régionales de santé (ARS).

Il s'agit de difficultés d'ordre :

- Logistique : locaux non sécurisés (unités ouvertes sans espace fermé ou fermable notamment), architecture non adaptée, placement en chambre d'isolement ;
- Métier : méconnaissance des droits des patients détenus, représentations erronées sur le profil de ce type de patient pouvant conduire à une stigmatisation, manque de connaissance des missions des UHSA, manque de connaissance du parcours judiciaire et du statut pénal du patient ;
- Partenariale : manque d'articulation et absence de structuration entre le secteur de psychiatrie et les dispositifs de soins aux personnes détenues (lien dehors/dedans et dedans/dehors), questionnement sur les informations pertinentes à transmettre et à recevoir, difficultés partenariales avec les services préfectoraux...

Le présent guide permettra d'accompagner les professionnels et les directions hospitalières des établissements autorisés en psychiatrie amenés à prendre en charge en leur sein des patients détenus, en apportant des éléments de réponse sur chacune de ces difficultés.

Ce guide aura vocation à être actualisé régulièrement afin que les évolutions de pratiques ainsi que les évolutions du cadre juridique puissent être prises en compte.

---

<sup>1</sup> Loi n° 94-42 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

Textes fondateurs du principe d'hospitalisation psychiatrique  
sans consentement du patient détenu

**Article L. 3214-1 du CSP**

*II.-Lorsque leurs troubles mentaux rendent impossible leur consentement, les personnes détenues peuvent faire l'objet de soins psychiatriques sans consentement en application de l'article L. 3214-3. Les personnes détenues admises en soins psychiatriques sans consentement sont uniquement prises en charge sous la forme mentionnée au 1° du I de l'article L. 3211-2-1. Leur hospitalisation est réalisée dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée ou, sur la base d'un certificat médical, au sein d'une unité adaptée.*

*III.-Lorsque leur intérêt le justifie, les personnes mineures détenues peuvent être hospitalisées au sein d'un service adapté dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 en dehors des unités prévues aux I et II du présent article.*

**Article L. 322-8 du Code pénitentiaire**

*Conformément aux dispositions des articles L. 3214-1 et suivants du Code de la santé publique, les personnes détenues souffrant de troubles mentaux sont hospitalisées au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée ou au sein d'une unité adaptée dans un établissement de santé, dans des conditions distinctes selon que leur hospitalisation est réalisée avec ou sans leur consentement.*

## GLOSSAIRE

### 1. Définitions

**Personne écrouée** : l'écrou est l'acte par lequel est établie la prise en charge par l'administration pénitentiaire des personnes placées en détention provisoire ou condamnées à une peine privative de liberté. La personne écrouée peut être détenue ou non.

**Personne écrouée détenue** : la personne écrouée détenue est placée sous écrou et fait l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire. La personne écrouée détenue peut être condamnée (la personne est condamnée quand elle a été jugée et va purger sa peine) ou prévenue (la personne est prévenue quand elle n'a pas été jugée définitivement. Dans l'attente du jugement, elle peut être placée en détention provisoire).

**Personne écrouée non détenue** : la personne écrouée non détenue bénéficie d'un aménagement de peine (placement extérieur sous surveillance de l'administration pénitentiaire, placement sous surveillance électronique, semi-liberté...).

**Irresponsabilité pénale** : conformément aux dispositions prévues à l'article 122-1 du Code pénal, n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime.

**Injonction de soins** : l'injonction de soins, créée par la loi n° 98-468 du 17 juin 1998, était initialement une mesure de soins ordonnée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, qui s'adressait uniquement aux auteurs d'infractions à caractère sexuel. L'injonction de soins a depuis évolué, pouvant s'appliquer en dehors du cadre d'un suivi socio-judiciaire et en dehors des seuls auteurs d'infractions à caractère sexuel. Il s'agit d'une mesure exclusivement post-sentencielle.

Les soins sont prodigués par un médecin psychiatre traitant ou psychologue traitant, sous le contrôle du médecin coordonnateur qui assure l'interface avec le juge d'application des peines (JAP). Au préalable, une expertise psychiatrique est obligatoire afin de déterminer si le sujet est susceptible de faire l'objet d'un traitement.

**Obligation de soins** : l'obligation de soins (OS) consiste à enjoindre une personne à « se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation » (article 132-45 du Code pénal). L'obligation de soins peut être prononcée en phrase pré-sentencielle ou post-sentencielle : en pré-sentenciel elle peut être une modalité du contrôle judiciaire, en alternative à la détention provisoire. En post-sentenciel, c'est le JAP qui fixe les modalités d'exécution de l'OS et qui assure son contrôle, via le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP).

## 2. Sigles

**ARS** : Agence régionale de santé

**CSP** : Code de la santé publique

**CPIP** : Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation

**DISP** : Direction interrégionale des services pénitentiaires

**EP** : Établissement pénitentiaire

**ES** : Établissement de santé

**JAP** : Juge d'application des peines

**JLD** : Juge des libertés et de la détention dont les compétences en matière de contrôle des mesures d'hospitalisation sans consentement et des mesures d'isolement et de contention ont été transférées au **magistrat du siège du tribunal judiciaire** (réforme entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2024, en application des dispositions de l'article 44 de la loi n° 2023-1059 du 20 novembre 2023 d'orientation et de programmation du ministère de la justice 2023-2027, et du décret n° 2024-570 du 20 juin 2024).

**SMPR** : Service médico-psychologique régional

**SPIP** : Service pénitentiaire d'insertion et de probation

**SSC** : Soins sans consentement

**USMP** : Unité sanitaire en milieu pénitentiaire

**UHSI** : Unité d'hospitalisation sécurisée interrégionale

**UHSA** : Unité d'hospitalisation spécialement aménagée



# CHAPITRE 1 - PARCOURS DE LA PERSONNE DÉTENUE

## 1. Le parcours judiciaire

Conformément à l'article D. 50 du Code de procédure pénale, les détenus correspondent aux personnes faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire.

Ainsi, lorsque la personne écrouée est détenue au sein d'un établissement pénitentiaire, celle-ci peut être orientée vers différents types d'établissements, chacun étant adapté à un type de profil :

<p><b>Maison d'arrêt (MA)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Établissement pour les prévenus, les condamnés dont la durée de peine restant à purger est inférieure à 2 ans et les condamnés en attente d'affectation dans un établissement pour peine.</li> </ul>	<p><b>Centre de détention (CD)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Établissement accueillant les majeurs condamnés présentant les meilleures perspectives de réinsertion.</li> </ul>	<p><b>Maison centrale (MC)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Établissement pour les condamnés les plus difficiles, avec un régime de détention axé sur la sécurité.</li> </ul>	<p><b>Centre pénitentiaire (CP)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Établissement qui comprend au moins 2 quartiers de régime de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention, maison centrale...)</li> </ul>
<p><b>Établissement pour mineurs (EPM)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Établissement dont la capacité d'accueil est limitée à 60 mineurs, répartis en unités de 10 places. Il concilie la sanction et l'action éducative.</li> </ul>	<p><b>Centre ou quartier de semi-liberté (CSL)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Établissement ou quartier qui reçoit des condamnés admis au régime de la semi-liberté.</li> </ul>	<p><b>Structure d'accompagnement à la sortie (SAS)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Quartiers rattachés à des établissements pénitentiaires, axés sur l'ouverture vers l'extérieur et destinés aux détenus dont la peine ou le reliquat de peine est inférieur ou égal à 2 ans. Ce régime de détention est organisé autour de la préparation à la sortie. Des personnes en semi-liberté peuvent y être hébergées.</li> </ul>	

## **2. Le parcours de soins d'un patient détenu : gradation des soins et dispositifs associés**

Les soins proposés aux personnes détenues doivent être équivalents<sup>2</sup> à ceux qui pourraient être prodigués à la population en milieu libre.

Comme en population générale, le soin en prison a une vocation thérapeutique et ne peut s'inscrire dans une démarche d'évaluation expertale.

Ces soins ne peuvent être pratiqués sans confiance et sans le consentement libre et éclairé de la personne (à l'exception des patients relevant de l'urgence vitale ou des dispositions de l'article R. 6111-40-5 du CSP).

Le secret professionnel, conformément à la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, est l'un des fondements de la relation entre le médecin, le soignant et la personne malade et s'impose à toute personne exerçant au sein des structures médicales en milieu pénitentiaire comme en milieu libre.

La personne écrouée et hébergée en établissement pénitentiaire ne peut être examinée ou soignée par un médecin de son choix et n'est de fait pas soumise au parcours de soins coordonné pendant la période de l'incarcération.

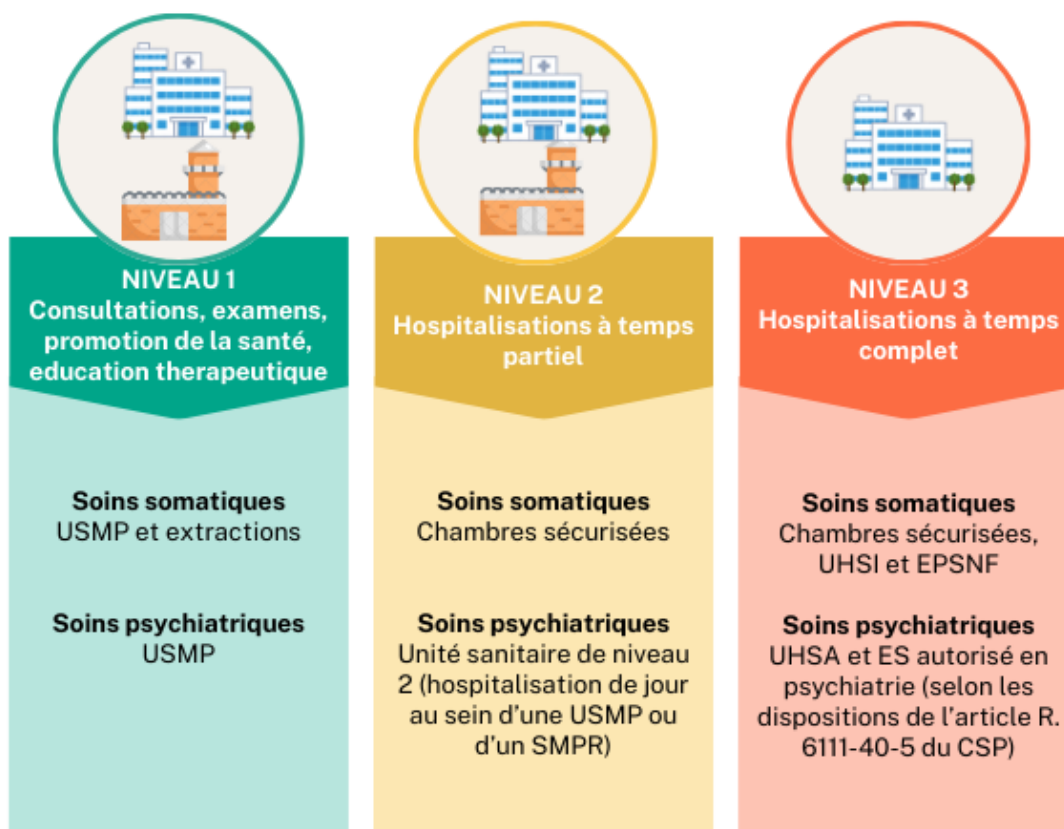
À l'inverse, la personne écrouée non hébergée en établissement, bénéficiant d'un aménagement de peine (par exemple, un placement extérieur en centre d'hébergement ou une détention à domicile sous bracelet électronique), peut faire le choix d'un médecin traitant selon les règles de droit commun afin de s'insérer dans le parcours de soins coordonné.

Plus spécifiquement, les personnes écrouées sous le régime de la semi-liberté sont considérées comme hébergées car astreintes à rejoindre l'établissement pénitentiaire pendant les périodes déterminées par le juge de l'application des peines. Toutefois, en dehors de ces périodes, elles peuvent exercer une activité professionnelle, suivre un enseignement, un stage, une formation ou un traitement, rechercher un emploi ou participer à la vie de famille ou à tout projet d'insertion ou de réinsertion (article L. 132-26 du Code pénal). S'agissant de leur protection sociale, leur affiliation leur permet d'accéder aux soins et aux droits qui requièrent un numéro de sécurité sociale. En dehors des cas où elles exercent une activité professionnelle dans les conditions d'un travailleur libre, les personnes placées sous le régime de la semi-liberté (ou de la détention à domicile sous surveillance électronique -DDSE- ou du placement à l'extérieur -PE-) sont écrouées et, à ce titre, affiliées au régime général par le Centre national de gestion des personnes écrouées (CNPE). Dans ce cas, leurs dépenses de santé sont prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale et en tiers payant intégral. Cela signifie que ces personnes n'ont pas à avancer d'argent pour leurs soins.

---

<sup>2</sup> Conformément à la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994.

Les soins des personnes détenues font l'objet d'une gradation en 3 niveaux<sup>3</sup>, tant pour les prises en charge somatiques que psychiatriques :



Ainsi, chaque établissement pénitentiaire dispose d'un ou de deux établissements de santé de rattachement désignés par le directeur général de l'ARS du territoire afin d'assurer la prise en charge psychiatrique et somatique des patients détenus. Chacun d'entre eux bénéficie ainsi d'une offre de soins sur les trois niveaux, à la fois au sein de ces établissements de santé de rattachement mais également au sein des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) et unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) couvrant la zone dans laquelle l'établissement pénitentiaire est implanté.

Afin d'évaluer les besoins du patient, le dispositif de soins somatiques (DSS) de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) reçoit en examen d'entrée toute personne détenue venant de l'état de liberté. À l'issue de cet examen, l'équipe soignante apprécie la situation clinique et peut orienter rapidement le patient vers le dispositif de soin psychiatrique (DSP) et la prise en charge du patient peut alors être proposée par l'équipe de l'USMP (et/ou du service médico-psychologique régional, lorsque celui-ci existe au sein de l'établissement pénitentiaire et s'agissant exclusivement des prises en charge psychiatriques). Au-delà, une prise en charge peut être réalisée en réponse à une demande de la personne elle-même ou de toute personne agissant en son intérêt, si l'état clinique de la personne détenue le justifie et si son consentement a été recueilli.

<sup>3</sup> Dans les faits, s'agissant des prises en charge psychiatriques de niveau 2, une majorité de services médico-psychologiques régionaux (SMPR) ne propose pas de prises en charge pour les femmes détenues et les mineurs détenus, du fait du principe de non mixité de l'administration pénitentiaire.

Sur l'axe psychiatrique, l'hospitalisation complète du patient détenu est réalisée de façon privilégiée au sein d'une UHSA.

Neuf UHSA sont en service à ce jour<sup>4</sup> et trois ouvriront prochainement (en Île-de-France, en Normandie et en Occitanie). Les conditions de fonctionnement des UHSA sont précisées par la circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 n° 2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA.

Les grands principes suivants peuvent être retenus :

- L'UHSA exerce une mission de recours auprès des établissements de santé<sup>5</sup> en assurant, durant l'hospitalisation à temps complet, l'observation clinique et l'élaboration de la conduite à tenir en fonction des diagnostics retenus ;
- L'accueil en UHSA est mixte en âge et en genre. ;
- Les patients peuvent être admis en UHSA avec ou sans leur consentement ;
- L'UHSA prend en charge les patients détenus dans l'un des établissements pénitentiaires relevant de son ressort territorial. Toutefois, pour des raisons de sécurité de l'UHSA ou en cas d'absence de place dans l'UHSA de rattachement, le détenu peut être admis au sein d'une autre UHSA.

Les UHSA ne sont pas des lieux d'évaluation et d'orientation des urgences psychiatriques. Elles peuvent toutefois accueillir des patients en situation urgente si l'état psychiatrique à moyen et long terme nécessite une admission en UHSA et si les conditions du transfert sont matériellement possibles et compatibles avec l'état clinique du patient.

Une admission en établissement de santé autorisé en psychiatrie peut alors précéder une admission en UHSA, le temps d'obtenir une place ou le temps que le transport puisse être organisé, par exemple. Et une hospitalisation peut être réalisée en établissement de santé autorisé en psychiatrie, sans transfert vers une UHSA, s'il est constaté une amélioration rapide de l'état psychiatrique du patient-détenu au décours de cette hospitalisation brève.

Les UHSA sont les seuls lieux d'hospitalisation complète en psychiatrie au sein desquels les patients détenus peuvent être admis avec leur consentement.

Leur hospitalisation sans consentement ne peut avoir lieu que sous la forme d'une hospitalisation complète réalisée soit au sein d'un établissement de santé autorisé en psychiatrie, soit au sein d'une UHSA, ou au sein de toute unité adaptée à l'état clinique du patient, comme les unités pour malades difficiles (UMD), par exemple.

Les hospitalisations sans consentement des patients détenus prennent exclusivement la forme d'hospitalisations décidées par le représentant de l'État (dites hospitalisations sur décision du représentant de l'État - SDRE).

Les médecins de l'unité sanitaire et de l'UHSA ou de l'établissement autorisé en psychiatrie fixent ensemble les modalités d'hospitalisation, avant que le préfet du département (ou préfet de police, à Paris et dans les Bouches-du-Rhône) où est situé l'établissement pénitentiaire prononce l'hospitalisation au vu du certificat circonstancié.

---

<sup>4</sup> Arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux.

<sup>5</sup> Il peut s'agir de services de droit commun d'établissements de santé autorisés en psychiatrie ou de certains services d'établissements de santé proposant une offre de soin en milieu pénitentiaire comme les USMP ou les SMPR, par exemple.

Par ailleurs, il existe parfois des dispositifs hospitaliers propres aux sortants de détention comme les consultations extra carcérales<sup>6</sup>, les équipes mobiles transitionnelles (EMOT)<sup>7</sup> ou les CMP post pénal. En dehors de ces dispositifs spécifiques, les sortants de détention s'inscrivent avant tout dans un parcours de prise en charge de droit commun. De la même façon, les dispositifs de soins aux personnes détenues doivent s'inscrire dans le maillage de l'offre de soins de droit commun, cette offre pouvant également être mobilisée en leur faveur.

### 3. Les soins du patient détenu : cas concret

Il est important de considérer que la prise en charge d'un patient détenu est avant tout la prise en charge d'un patient, dont la détention n'est qu'une étape du parcours de vie. Le patient peut avoir été pris en charge par le secteur de psychiatrie, par des professionnels de santé du secteur public et/ou privé (psychiatre, addictologue...) avant son incarcération et pourrait l'être également après.

**Vignette clinique n° 1** : M. X est un patient souffrant de schizophrénie avec comorbidité addictive, en programme de soins de SDRE, et est suivi au CMP tous les mois par son psychiatre traitant et son IDE référente. Son état clinique est stable mais le déni et la mauvaise compliance aux soins ont justifié la poursuite du programme de soins. Il n'a pas honoré son dernier RDV, son IDE a cherché à le joindre par téléphone et une intervention à son domicile n'a pas permis de le localiser. Un certificat de situation a été rédigé avec une demande de réintégration du patient en hospitalisation complète au vu des risques de rechute.

Après quelques jours, un psychiatre de l'USMP contacte le psychiatre référent du patient avec son accord car il a reçu en consultation M. X qui lui a fait part de son suivi au CMP. Le CMP apprend ainsi par le psychiatre de l'USMP de la maison d'arrêt du département que M. X a été incarcéré. Trois possibilités s'offrent au psychiatre référent du patient, en fonction de l'état de santé actualisé rapporté par son confrère de l'USMP :

- S'il considère que les soins libres offerts par le SMPR vont suffire et que les soins sans consentement ne doivent pas être poursuivis, il doit engager la procédure de mainlevée de la mesure, en application de l'article L. 3313-9-1 du CSP ;
- S'il considère qu'il est plus prudent de maintenir la mesure pendant l'incarcération pour anticiper la sortie, il devra fournir des avis mensuels, de même qu'il sera nécessaire que le préfet prenne périodiquement les arrêtés de maintien, à défaut desquels la mesure serait frappée de caducité ;
- S'il considère que les soins sans consentement doivent être maintenus, il doit alors engager la procédure de transformation de la mesure initiale en mesure de SSC en hospitalisation complète, les personnes détenues ne pouvant bénéficier de programme de soins.

<sup>6</sup> Les consultations extra carcérales permettent d'assurer la continuité des soins psychologiques et psychiatriques aux sortants de prison. Elles peuvent être assurées par le SMPR par exemple.

<sup>7</sup> Les EMOT ont pour objectif de faciliter la continuité des prises en charge lors de la transition entre le milieu pénitentiaire et le milieu libre.

Dans le cas présent, au vu de son état clinique instable en raison de la rupture du traitement, le psychiatre de l'USMP décide de poursuivre les soins sans consentement du patient en hospitalisation complète, du fait de l'incompatibilité du programme de soins avec le régime de la détention, après concertation avec son collègue du CMP. Le psychiatre traitant du CMP réactualise ainsi son certificat de situation en soulignant la nécessité de soin du patient et sa réintégration à l'hôpital en SDRE selon les dispositions prévues par l'article R. 6111-40-5 du CSP.

Le transfert sanitaire du patient est organisé entre les cadres de santé et un équipage du centre hospitalier Z vient chercher le patient en ambulance pour le conduire à l'hôpital.

À l'arrivée, le patient est reçu par l'équipe soignante qui a été informée et a reçu des transmissions de la part de l'USMP ou du SMPR qui a suivi le patient détenu. Un inventaire est fait, puis il est installé dans une chambre de l'unité fermée. Ses droits lui sont notifiés par un soignant de l'unité et le cadre de soin lui est rappelé au vu de son statut de patient détenu.

Le patient a pu reprendre son traitement médicamenteux et a bénéficié de soins à visée psychothérapique, son état clinique s'est amélioré. Un certificat médical demandant la levée de la mesure<sup>8</sup> a été rédigé par le psychiatre référent de sa prise en charge. L'équipe de l'USMP a été contactée par l'équipe soignante du centre hospitalier Z afin de les informer de l'évolution clinique, de la levée de la mesure et d'organiser le retour en détention.

Dès réception de l'arrêté de levée de la mesure produit par le préfet, l'administration pénitentiaire a reconduit le patient au sein de son établissement pénitentiaire d'origine. Le patient a été accueilli à son arrivée à l'USMP par le psychiatre et l'IDE afin d'organiser la poursuite des soins. Une transmission a été réalisée entre les deux équipes soignantes. Le traitement a été reconduit par le psychiatre, une administration quotidienne du traitement à l'USMP a été prescrite et un rendez-vous médical peut être programmé sous 48h.

## CHAPITRE 2 - DROITS DU PATIENT

### **1. Les droits des patients : généralités et droits des patients hospitalisés en psychiatrie sans consentement**

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a permis de mieux prendre en compte les droits du patient, en plaçant ce dernier au centre des soins. Cette loi a ainsi, entre autres, institué :

- Les droits individuels des malades : droit à l'information du malade, consentement aux soins, respect du secret médical, de la dignité, droit de choisir la personne de confiance...
- Les droits collectifs des patients et usagers du système de santé : présence d'un représentant des usagers dans les instances de santé, au niveau national, local et territorial.

<sup>8</sup> Mesure de soins sans consentement au sein d'un établissement de santé autorisé en psychiatrie, selon les dispositions prévues par l'article R. 6111-40-5 du CSP.

Cette loi a été complétée par une succession d'autres textes en faveur du renforcement de ces droits, qui sont repris dans la charte de la personne hospitalisée<sup>9</sup>.

La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011, modifiée par celle du 27 septembre 2013 (n° 2013-869), en fait partie et porte spécifiquement sur les droits et la protection des **personnes en soins psychiatriques**, en instituant notamment :

- Les **soins psychiatriques sans consentement** (en remplacement de la notion « d'hospitalisation d'office »), permettant la prise en charge en hospitalisation ou en soins ambulatoires ;
- Un **collège de soignants**, se réunissant sur convocation du directeur de l'établissement d'accueil, afin de fournir une évaluation médicale approfondie du patient dans différentes situations où des décisions doivent être prises sur le maintien ou non des soins sans consentement (qu'il s'agisse de soins à la demande d'un tiers ou de soins sur décision du représentant de l'État). Conformément aux dispositions prévues par l'article L. 3211-9 du CSP, ce collège est composé de deux psychiatres (l'un participant à la prise en charge du patient et l'un n'y participant pas) et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient. Dans le cas de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État, le collège peut par exemple donner un avis sur le changement de modalité de prise en charge ou sur la levée de la mesure lorsque le patient fait l'objet d'une mesure de soins ordonnés (notamment à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un classement sans suite). Plus largement, les articles L. 3211-12, L. 3211-12-1, L. 3212-7, L. 3213-1, L. 3213-3 et L. 3213-8 du CSP indiquent les situations dans lesquelles ce collège peut être amené à rendre un avis ;
- L'intervention du magistrat du siège du tribunal judiciaire pour contrôler le bien-fondé de la mesure de soins sans consentement d'une personne en hospitalisation complète sans son consentement au-delà de 12 jours ou au-delà de 6 mois.

Cette loi a également permis un renforcement de l'information des patients sur leurs droits et les raisons des soins imposés, ainsi qu'une extension de leur possibilité d'exprimer un avis sur les mesures qui les concernent.

Ainsi, **les principaux droits de la personne admise en soins psychiatriques sans consentement sont les suivants** :

- Droit d'information : sur les décisions relatives à son admission et son maintien en soins psychiatriques ainsi que sur ses droits, sa situation juridique et les voies de recours qui lui sont ouvertes. Conformément aux dispositions prévues à l'article L. 1111-7 du CSP, toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé. À titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une admission en soins psychiatriques décidée en application des chapitres II à IV du titre I<sup>er</sup> du livre II de la troisième partie du CSP ou ordonnée en application de l'article 706-135 du CPP, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par la personne elle-même en cas de risques d'une gravité particulière ;

---

<sup>9</sup> [Charte de la personne hospitalisée.](#)

- Droit de communiquer : avec le représentant de l'État, le président du tribunal judiciaire, le procureur de la République et le maire ;
- Droit de saisir la commission des usagers de l'établissement de santé et la commission départementale des soins psychiatriques. Le patient peut également saisir le JLD ;
- Droit de prendre conseil, auprès d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- Droit d'avertir le contrôleur général des lieux de privation de liberté ;
- Droit de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

L'intégralité des droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques est par ailleurs rappelée aux articles L. 3211-1 à L. 3211-13 du CSP.

## **2. Les droits des patients détenus : généralités et droits liés à l'hospitalisation du patient détenu en soins psychiatriques sans consentement**

Les personnes détenues ont les mêmes droits que n'importe quel patient, en application de l'article L. 1110-1 du CSP, en tenant compte des restrictions liées à leur statut de détenu.

Les personnes détenues faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement ont également les mêmes droits que les autres patients en soins psychiatriques sans consentement, en application de l'article L. 3214-2 du CSP, sous réserve des restrictions rendues nécessaires par leur qualité de détenu ou par leur état de santé.

Pour rappel, il s'agit notamment du droit :

- à l'information sur les décisions de soins psychiatriques sans consentement et les raisons qui les motivent ;
- à l'information sur les voies de recours qui leur sont ouvertes et des garanties qui leur sont offertes ;
- de formuler des observations, afin de forger leur avis et de permettre la prise en compte de celui-ci dans les décisions prises ;
- de communiquer avec le représentant de l'État dans le département, le président du tribunal judiciaire, le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé et avec le maire de la commune ou son représentant ;
- de saisir la commission départementale des soins psychiatriques (CDSPI) et la commission des usagers (CDU) de l'établissement de santé ;
- de porter à la connaissance du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;
- de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de leur choix ;
- d'émettre ou de recevoir des courriers ;
- de consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
- d'exercer leur droit de vote (sauf si la personne a été définitivement condamnée à une interdiction des droits civiques) ;



- de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de leur choix ;
- d'être mis sous tutelle ou curatelle ;
- de former un recours contre une décision de soin sans consentement ;
- au contrôle du magistrat du siège du tribunal judiciaire et à la possibilité de le saisir ;
- d'être informé par un psychiatre de l'établissement d'accueil de la nécessité de poursuivre leur traitement en soins libres et des modalités de soins qu'ils estiment les plus appropriées à leur état.

Par ailleurs, le droit à communiquer avec leurs proches peut être restreint du fait des règles propres au statut de détenu : si la personne est condamnée, ce droit à communiquer sera limité par les interdictions de contact éventuelles ; si elle est prévenue, aucune communication ne sera possible sans accord du juge d'instruction.

**En raison de sa qualité de détenu, une personne détenue en soins sans consentement n'a notamment pas le droit :**

- de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix ;
- d'être prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète (elle ne peut donc bénéficier d'un programme de soins) ;
- de bénéficier de sorties de courte durée à l'extérieur de l'établissement de santé (en application de l'article L. 3214-2 du CSP).

Les personnes détenues bénéficient donc de la majorité des droits des patients ; toutefois la mise en œuvre de ces droits peut être contrainte par les réglementations pénitentiaires et judiciaires. En effet, conformément à l'article R. 6111-40-3 du CSP, les patients détenus admis à l'hôpital sont considérés comme continuant à subir leur peine ou, s'il s'agit de prévenus, comme placés en détention provisoire. Ainsi, les règles pénitentiaires telles que précisées dans le Code pénitentiaire<sup>10</sup> demeurent applicables, notamment en ce qui concerne leurs relations avec l'extérieur et le suivi de leur situation pénale. La personne détenue hospitalisée bénéficie de l'ensemble des mesures d'individualisation de la peine prévues (remise de peine, libération conditionnelle...) et sa situation est examinée en commission d'application des peines au moins une fois par an, notamment au regard des réductions de peine.

La prise en charge de la personne détenue pendant son hospitalisation relève de la responsabilité de l'établissement de santé. Bien que l'alignement sur le fonctionnement général doive être recherché, certains aspects de la vie quotidienne peuvent nécessiter des aménagements du fait du statut de détenu<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> Conformément aux dispositions des articles R.322-16 et R. 322-26 du Code pénitentiaire.

<sup>11</sup> À ce titre, les formations proposées par l'établissement de santé concernant les droits des patients doivent évoquer le cas des personnes détenues.

Ces adaptations concernent :

- Le courrier

L'envoi et la réception de courrier de patients hospitalisés selon les dispositions de l'article R. 6111-40-5 du CSP sont soumis à des contrôles. À l'exception des courriers adressés aux autorités avec lesquelles toute personne hospitalisée sans consentement peut communiquer directement, le courrier des personnes détenues peut être contrôlé par l'administration pénitentiaire. Tout courrier adressé à ou par la personne détenue hospitalisée doit donc être réorienté pour vérification vers l'établissement pénitentiaire où elle est habituellement écrouée.

- Les colis

L'envoi ou la remise de colis est possible selon les modalités déterminées par l'arrêté du 27 octobre 2011 relatif à la réception ou l'envoi d'objets au sein des établissements pénitentiaires. Il peut être remis : des effets vestimentaires (dont chaussures et linge de toilette), des CD et des DVD en vente dans le commerce et dont le support visuel permet de déterminer la provenance, des revues, des ouvrages d'apprentissage et des livres, le petit appareillage médical, les documents relatifs à la vie familiale<sup>12</sup>.

- Le téléphone

Dans les établissements de santé, l'accès au téléphone de l'établissement est possible sauf restriction médicalement justifiée ou interdictions de contact imposées par le juge d'instruction ou le juge d'application des peines. Lors de l'admission de personnes détenues, l'établissement pénitentiaire transmettra, pour chacune d'entre elles, les coordonnées des personnes pouvant être contactées par celles-ci (ces informations peuvent être indiquées dans une fiche de liaison circulant entre les services pénitentiaires et hospitaliers)<sup>13</sup>.

- Les visites

Lors de l'hospitalisation, l'établissement pénitentiaire informe l'établissement de santé des personnes bénéficiant de ces permis de visites selon les modalités définies par le protocole local (ex : fiche de liaison). Dans la mesure où ces visites se déroulent sans surveillance à l'hôpital (à la différence de celles pratiquées en prison), l'autorité préfectorale ou l'autorité judiciaire peut restreindre la liste des visiteurs pendant la durée de l'hospitalisation. Ce cadre n'est pas exclusif de décisions limitant les visites qui peuvent être prises pour raisons médicales, compte tenu de l'état de santé du patient et de sa prise en charge.

---

<sup>12</sup> Lorsque le patient est hospitalisé en ES autorisé en psychiatrie, l'administration pénitentiaire n'est pas présente dans les murs de l'hôpital : c'est donc à l'ES de contrôler les objets que la personne détenue recevrait ou que ses proches lui ramèneraient au cours de visites. Lors de sa sortie d'hospitalisation, l'administration pénitentiaire contrôlera ce que la personne détient afin de s'assurer qu'elle ne ramène pas d'objets interdits en détention. S'agissant du tabac, la personne détenue peut y avoir accès durant son hospitalisation, notamment si des proches lui en ramènent au cours de visites.

<sup>13</sup> Le patient ayant le statut de détenu, son accès au téléphone doit être le même en détention et au cours d'une hospitalisation. Ainsi, par exemple, si le détenu est prévenu, les interdictions de communication imposées par le juge d'instruction s'appliquent également au cours d'une hospitalisation. Toutefois, dans les faits, les établissements de santé ne sont pas toujours en mesure de contrôler les lignes et contacts téléphoniques.

- Les achats

En détention, les personnes incarcérées ont la possibilité de cantiner, c'est-à-dire d'acheter des produits à partir de leur compte nominatif, tenu par l'administration pénitentiaire. Il n'y a pas de circulation de liquidités en détention. Des dérogations sont prévues pour les séjours hospitaliers par l'article R. 322-12 du Code pénitentiaire : « *Les personnes détenues peuvent être autorisées par le chef de l'établissement pénitentiaire à détenir une somme d'argent provenant de la part disponible de leur compte nominatif pour effectuer, à l'intérieur de l'établissement de santé, des dépenses courantes* ». Sous réserve des dispositions mises en œuvre sur cette question au sein de l'établissement de santé, les personnes détenues hospitalisées pourront donc être en possession d'une petite somme d'argent, selon des conditions à définir localement entre les services concernés de l'établissement pénitentiaire et de l'établissement de santé.

- Les circulations dans l'unité et sorties à l'air libre

En prison, toute personne détenue doit pouvoir bénéficier chaque jour d'une promenade d'au moins une heure à l'air libre.

En hospitalisation en établissement de santé autorisé en psychiatrie, la question de la circulation des patients dans l'unité ou à l'air libre doit pouvoir se poser. Tenant compte du double statut de patient-détenu, il faudra réfléchir au cas par cas à ce qui peut être envisagé, considérant la balance bénéfico-risque clinique et la question des espaces, en ayant une attention particulière aux possibilités d'accompagnement.

Ces questions pourront faire l'objet d'échanges avec le SPIP<sup>14</sup>, ce dernier pouvant être en mesure d'évaluer les risques liés à la circulation du détenu dans l'établissement, aux contacts avec d'autres patients, etc.

## CHAPITRE 3 - RELATIONS PARTENARIALES ET COMMUNICATION

### 1. *Les relations partenariales entretenues dans le cadre d'une hospitalisation en soins psychiatriques sans consentement d'un patient détenu*

La prise en charge d'un patient détenu pour des soins psychiatriques sans consentement au sein d'un établissement de santé autorisé en psychiatrie implique des relations partenariales avec différents acteurs :

#### **Les services préfectoraux et l'ARS**

Les services préfectoraux sont particulièrement concernés par l'hospitalisation d'un patient détenu pour des soins psychiatriques sans consentement, puisque celle-ci se fait sur décision du représentant de l'État (SDRE).

---

<sup>14</sup> Pour rappel, l'une des missions premières du SPIP est l'évaluation du risque de récurrence ou de réitération, ce qui inclut notamment l'évaluation de la dangerosité (au sens pénitentiaire), du risque de passage à l'acte violent et de la vulnérabilité de la personne suivie, en fonction de son environnement et de l'évolution de son comportement.

En effet, conformément aux dispositions prévues par l'article L. 3214-3 du CSP, lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le représentant de l'État dans le département (préfet du département, préfet de police à Paris et dans les Bouches-du-Rhône) dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation de la personne détenue prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son admission en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète. Le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.

Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu la mesure de soins psychiatriques nécessaire. Ils désignent l'établissement qui assure la prise en charge de la personne malade.

Concrètement, ce sont les ARS qui assurent la préparation des mesures de SDRE, y compris pour les personnes détenues et leur suivi, en vertu de l'article R. 1435-2 du CSP (protocole relatif aux actions et prestations mises en œuvre par l'agence pour le préfet de département)<sup>15</sup>.

Dans les 24h suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique complet de la personne et un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques : le directeur de l'établissement d'accueil transmet sans délai ce certificat au représentant de l'État dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques<sup>16</sup>. Dans les 72h suivant l'admission, un nouveau certificat médical est établi, dans les mêmes conditions. Un certificat sera ensuite établi dans le mois qui suit la décision d'admission, puis tous les mois.

L'établissement de santé, l'ARS et les services préfectoraux sont donc amenés à échanger dans le cadre des hospitalisations sur décision du représentant de l'État. Les certificats médicaux nécessaires dans le cadre de cette procédure d'hospitalisation SDRE sont transmis par les équipes de l'établissement de santé à l'ARS compétente, qui se charge de faire le lien avec les services préfectoraux.

La levée de la mesure SDRE d'une personne détenue implique également les services préfectoraux. En effet, le droit commun s'applique aux personnes détenues lorsque le psychiatre propose la levée de la mesure :

- Le préfet décide de suivre la proposition médicale : il signe un arrêté mettant fin aux soins psychiatriques sur proposition d'un psychiatre de l'établissement d'accueil (pouvant être présentée à tout moment) ;

---

<sup>15</sup> Il existe toutefois une exception : la préfecture de police à Paris gère elle-même les soins psychiatriques sans consentement.

<sup>16</sup> Articles L. 3213-1 du CSP et suivants.

- Le préfet décide de ne pas suivre la proposition du psychiatre de l'établissement : le préfet en informe sans délai le directeur de l'établissement qui demande immédiatement l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Celui-ci devra rendre un avis au plus tard 72 h après la décision ci-dessus du préfet. Compte tenu des délais accordés à ce second psychiatre pour rendre son avis, il semble préférable que celui-ci soit un psychiatre de l'établissement de santé, mais ne participant pas à la prise en charge du patient. Ce psychiatre pourra, s'il le souhaite, consulter son collègue de l'établissement pénitentiaire. Si le deuxième avis confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le préfet a compétence liée et doit ordonner la levée de la mesure de soins psychiatriques. Si le deuxième avis ne confirme pas la proposition du psychiatre traitant, le préfet peut maintenir l'hospitalisation complète. Si tel est le cas, le préfet informe le directeur de l'établissement de sa décision de ne pas lever la mesure. Ce dernier saisit sans délai le juge des libertés et de la détention.

### **L'autorité judiciaire**

Comme pour tout patient admis en soins psychiatriques sans consentement, le représentant de l'État doit saisir le magistrat du siège du tribunal judiciaire afin qu'il se prononce au plus tard à 12 jours d'hospitalisation sans consentement quant au maintien ou non de la mesure. Puis, en cas de maintien de la mesure au-delà des 12 jours, le magistrat du siège du tribunal judiciaire se prononcera tous les 6 mois en vertu de l'article L. 3213-4 du Code de la santé publique). Lorsque le magistrat du siège du tribunal judiciaire est saisi, en application des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1 du CSP, il statue dans une salle d'audience attribuée au ministère de la Justice, spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ou en cas de nécessité sur l'emprise d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du tribunal judiciaire<sup>17</sup>. À l'audience, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est assistée ou représentée par un avocat.

Des conventions signées entre les ARS et l'autorité judiciaire peuvent concerner les salles d'audience foraines<sup>18</sup> et évoquer les adaptations locales.

En dehors du contrôle du JLD, le patient détenu peut être convoqué pour une audience propre à sa situation judiciaire, par exemple dans le cas où il serait prévenu.

### **Les services pénitentiaires**

La personne détenue étant écrouée, elle est prise en charge et suivie par les services pénitentiaires.

L'établissement de santé et l'ARS doivent être en lien avec la direction de l'établissement pénitentiaire (transmission d'informations administratives, de la fiche de liaison ou de tout élément utile à la prise en charge du patient...) mais aussi avec du personnel de surveillance pénitentiaire (escortes).

---

<sup>17</sup> Article L. 3211-12-2 du CSP.

<sup>18</sup> Audience foraine : audience qui se tient en dehors du tribunal de juridiction ou tout autre bâtiment où siège la juridiction.

L'établissement de santé peut également être en lien avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) en charge du détenu. La direction du SPIP est distincte de celle de l'établissement pénitentiaire : ainsi, sur nombre de sujets, c'est avec la direction du SPIP (parfois au niveau du siège départemental du SPIP) que l'ES devra échanger (articulation dedans/dehors, projets de sortie, communication entre services et professionnels, partenariats associatifs ou CSAPA, préconisations d'orientation vers un hébergement via le service intégré de l'accueil et de l'orientation -SIAO-...).

La personne détenue est suivie, au sein de ce service pénitentiaire d'insertion et de probation, par un conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP). Celui-ci peut être amené à se déplacer sur le lieu d'hospitalisation du détenu afin de le visiter. Le CPIP prendra contact avec l'équipe soignante pour organiser sa visite, le report de cette dernière pour raison de santé devra être médicalement argumenté.

### **L'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) de l'établissement pénitentiaire dont est originaire le patient et les autres dispositifs de prise en charge sanitaire des patients détenus**

Les professionnels de santé de ces dispositifs ayant pris en charge le patient détenu avant son hospitalisation et étant amenés à le prendre en charge au terme de celle-ci, en cas de retour en incarcération, des relations sont nécessairement entretenues entre l'équipe de l'établissement de santé autorisé en psychiatrie et les équipes des dispositifs de prise en charge de patients détenus.

Dans le cas où l'ES autorisé en psychiatrie où est pris en charge le patient détenu est l'ES de rattachement de l'EP, les modalités des relations entretenues entre cet ES et les dispositifs de prise en charge sanitaire en milieu pénitentiaire sont précisées dans le protocole-cadre<sup>19</sup> signé entre l'EP et le ou les ES de rattachement.

## **2. Les liens « dedans/dehors/dedans » et les relais de soins**

Les liens entretenus entre les différents dispositifs, qu'ils soient généraux ou propres au milieu pénitentiaire, sont particulièrement importants, y compris avant l'incarcération. En effet, une part importante des patients détenus était déjà prise en charge par le secteur de psychiatrie avant l'incarcération<sup>20</sup>. La détention est ainsi un événement dans la vie de la personne, qui impacte son parcours de soins mais ne doit en aucun cas représenter une rupture dans celui-ci.

Afin de favoriser la continuité de ce parcours de soins psychiatriques, les intervenants du secteur de psychiatrie en milieu libre et des dispositifs propres aux détenus (à savoir les USMP, les SMPR et les UHSA) doivent pouvoir s'entretenir régulièrement et des visites ou participations à des synthèses cliniques doivent être encouragées, en particulier au moment de l'arrivée en détention et de la sortie.

---

<sup>19</sup> Prévu par l'article R. 6111-29 du CSP.

<sup>20</sup> Étude SPCS (santé mentale en population carcérale sortante), 2023 : 48.5 % des participants à l'étude avait déjà bénéficié d'un suivi par un psychiatre, un psychologue ou un addictologue avant l'incarcération.

**Retour d'expérience n° 1 :** le CHRU de Tours a mis en place une unité de consultation psychiatrique post pénale (UC3P), rattachée au pôle psychiatrie-addictologie. Cette unité s'adresse aux patients sortants d'incarcération et aux patients bénéficiant de soins pénalement ordonnés post sentenciel (obligation de soins, injonction de soins). L'UC3P propose une prise en charge pluriprofessionnelle, après la réalisation d'un premier entretien d'évaluation permettant de définir une orientation de soin individualisée et adaptée à chaque patient. À ce titre, l'UC3P propose un suivi psychologique, un suivi psychiatrique et une prise en charge groupale.

Ainsi, pour les sortants de la maison d'arrêt de Tours, des consultations de préparation à la sortie ont été mises en place avec l'IDE de l'UC3P, permettant la programmation des rendez-vous de sortie de façon anticipée ainsi que les échanges entre partenaires (SPIP, juges d'application des peines, partenaires médico-sociaux...). Pour les sortants d'autres établissements pénitentiaires, les USMP peuvent prendre contact avec l'UC3P pour fixer une date de rendez-vous avant la sortie.

L'UC3P est également un lieu de formation (accueil de stagiaires issus de divers corps de métiers) et un lieu de recherche en psychiatrie légale, des missions qui lui permettent de développer ses partenariats.

**Retour d'expérience n° 2 :** des équipes mobiles transitionnelles (EMOT) ont été mises en place ces dernières années dans différentes régions. Ces équipes s'adressent aux personnes présentant des troubles psychiatriques et sortant de détention. Elles ont pour objectif d'optimiser les parcours de soins en facilitant le relais de prise en charge entre les structures intra-carcérales et les structures extra-carcérales. Pour cela, l'équipe travaille en partenariat avec les interlocuteurs propres à la détention (USMP, administration pénitentiaire, juge d'application des peines...) et avec ceux susceptibles de prendre en charge ces patients à la sortie (médecine de ville, CSAPA, bailleurs sociaux, UNAFAM, structures sanitaires, sociales et médico-sociales...). La sortie est anticipée, en accompagnant le patient avant sa libération et en lui proposant un suivi à l'issue.

À titre d'exemple, l'EMOT du CH G. Marchant peut être sollicitée dans les 2 mois précédant la libération pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères. La prise en charge par l'EMOT après la libération est fixée à 2 mois renouvelables, pour une période maximale de 6 mois.

**Retour d'expérience n° 3 :** au-delà de la mise en place de dispositifs spécifiques, des pratiques permettent de favoriser le lien « dedans/dehors/dedans » et les relais de soins. Parmi elles, les postes partagés permettent aux mêmes praticiens d'exercer à la fois auprès des patients détenus en détention (USMP, SMPR par exemple) et au sein de dispositifs de droit commun du secteur de psychiatrie (CMP par exemple).

Aussi, le dossier patient informatisé peut faciliter les liens en permettant l'accès à d'éventuelles données si le patient détenu avait été pris en charge par le secteur avant son incarcération.

**Retour d'expérience n° 4 :** au sein de l'équipe du SMPR de Rennes, un groupe de travail sur le lien dedans/dehors s'est mis en place depuis quelques années. Ce groupe de travail va à la rencontre de tout partenaire qui pourra potentiellement intervenir dans le parcours de soins post pénal des patients (CMP de secteur, structures médico-sociales, associations, centre de référence de réhabilitation, centre ressource famille et pair-aidance, etc.).

Il vise à insérer le registre des soins en milieu pénitentiaire et à la sortie de prison dans le réseau de soins régional (par exemple, perspective de participation du pôle de psychiatrie en milieu pénitentiaire de Rennes aux conseils régionaux de santé mentale).

Le lien « dedans/dehors/dedans » passe également par les relations que le patient détenu peut entretenir avec ses proches, la poursuite de ces liens devant être garantie<sup>21</sup>.

- Relais de soin

### **Avant l'hospitalisation**

Il est important que le médecin de l'USMP et l'équipe de l'établissement de santé autorisé en psychiatrie soient en contact, avec l'accord du patient. Une démarche de prise de contact doit être initiée par les équipes de l'USMP et avec l'accord du patient, auprès de l'équipe qui a suivi le patient avant son incarcération, celle-ci n'étant pas toujours informée de la détention du patient.

### **Pendant l'hospitalisation**

Les équipes de soin en milieu pénitentiaire et au sein de l'établissement de santé doivent rester régulièrement en contact, avec l'accord du patient, afin de favoriser un même niveau d'information pour chacun des professionnels. Cela favorisera une prise en charge et une orientation adaptée à la situation propre au patient.

Au cours de l'hospitalisation, les personnels hospitaliers de l'ES autorisé en psychiatrie peuvent, avec l'accord du patient, également s'entretenir avec le conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP) du patient détenu et avec l'assistante du service social du SPIP ou de l'USMP, afin de préparer le retour en détention ou la sortie en cas de levée d'écrou au cours de l'hospitalisation. Dans le cadre de ces relations, une attention particulière doit être portée au respect du secret médical et professionnel.

### **Après l'hospitalisation**

Lorsque le patient fait l'objet d'un retour vers l'établissement pénitentiaire, celui-ci doit être, dans la mesure du possible, réalisé aux heures d'ouverture de l'USMP afin que la continuité des soins puisse s'effectuer.

## **3. La transmission des documents et informations pertinentes**

### **a) Le dossier médical**

Un dossier médical est constitué pour chaque personne détenue, dès son entrée dans l'établissement pénitentiaire, par l'USMP<sup>22</sup>. Sa communication au patient est une obligation pour l'établissement de santé et un droit pour le patient. Si le patient souhaite obtenir une copie de son dossier médical, il doit formuler une demande auprès du directeur de l'établissement de santé de rattachement de l'établissement pénitentiaire. Les documents figurant dans le dossier médical doivent être transmis dans un délai de 8 jours suivant la réception de la demande et, si les documents datent de plus de 5 ans, dans un délai de 2 mois.

Conformément à l'arrêté du 5 mars 2004<sup>23</sup>, les informations de santé peuvent être communiquées à une personne mandatée par le patient, dès lors que la personne dispose d'un mandat exprès et peut justifier de son identité.

<sup>21</sup> Le maintien des liens familiaux est par ailleurs une mission institutionnalisée du SPIP.

<sup>22</sup> Article L. 322-5 du CSP.

<sup>23</sup> Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement à cet accès.



Par ailleurs, la jurisprudence<sup>24</sup> considère qu'un avocat qui formule une demande d'accès à des informations médicales concernant un patient dans le cadre des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-7 du CSP n'a pas à justifier du mandat qu'il est légalement réputé avoir reçu de son client dès lors qu'il déclare agir pour son compte.

Le patient peut également venir récupérer son dossier médical en mains propres. S'agissant d'un patient détenu, il pourra lui être proposé de le récupérer à l'USMP ou au SMPR afin de préserver la confidentialité des informations.

**Question : lorsque le patient repart dans son établissement pénitentiaire, puis-je donner le dossier médical au surveillant pénitentiaire qui l'escorte ?** Non, le dossier médical doit être transmis directement au médecin de l'unité sanitaire de l'établissement pénitentiaire de la personne détenue par tout moyen adapté permettant de garantir la confidentialité, la sécurité des données et la continuité des soins.

### **b) Les informations dites « pertinentes »**

Un travail doit être fait au niveau local, avec les parties prenantes, afin d'identifier les informations relatives à la personne détenue communicables et les modalités de cette communication.

Tout d'abord, dès l'admission d'un patient détenu en établissement de santé autorisé en psychiatrie, l'administration pénitentiaire transmet à la préfecture un courrier contenant un certain nombre d'informations :

- L'identité de la personne ;
- Sa date d'écrou et son statut pénal (prévenu, condamné, condamné et prévenu) ;
- La décision de l'autorité judiciaire à respecter pendant l'hospitalisation (séparation ou interdiction temporaire de communiquer...) ;
- La liste des personnes autorisées à rendre visite à la personne détenue ;
- La liste et les coordonnées téléphoniques des personnes auxquelles la personne détenue est autorisée à téléphoner pendant son hospitalisation ;
- Toute observation complémentaire utile.

Ce courrier peut être transmis par l'administration pénitentiaire à la préfecture par voie dématérialisée.

Par ailleurs, ces éléments doivent être transmis par la préfecture à l'ES.

D'autres éléments peuvent toutefois faire l'objet d'échanges entre partenaires :

#### Les informations que le professionnel de santé a besoin de connaître pour assurer la prise en charge du patient

Afin de proposer une prise en charge adaptée au patient hospitalisé, les professionnels de santé de l'ES doivent être destinataires du dossier médical du patient, par l'intermédiaire des professionnels de santé exerçant au sein de l'unité sanitaire de l'établissement pénitentiaire d'origine du patient détenu.

Également, les professionnels de santé peuvent être destinataires d'informations relatives au niveau de la dangerosité<sup>25</sup> criminologique du détenu ou de tout autre élément pertinent.

<sup>24</sup> CADA, avis 20205252 du 28 février 2021 ; CADA, conseil 20185934 du 24 janvier 2019.

<sup>25</sup> Est évoquée ici la dangerosité telle que définie par l'administration pénitentiaire.

### Les informations à transmettre au préfet et à l'ARS

Le préfet, garant de l'hospitalisation SDRE, est susceptible de demander certaines informations aux équipes qui prennent en charge le patient détenu. Les informations transmises aux services préfectoraux ne peuvent dépasser le secret médical ; les informations pouvant être communiquées à la préfecture sont détaillées à l'article 2-1 du décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement. Les certificats médicaux obligatoires dans le cadre d'une hospitalisation SDRE sont transmis à l'ARS, qui se charge de faire le lien avec les services préfectoraux.

## **CHAPITRE 4 - ORGANISATION MATÉRIELLE DE LA PRISE EN CHARGE**

### **1. La conduite à tenir en cas de sortie à l'insu du service et incidents**

En cas de sortie à l'insu du service du patient détenu admis au sein de l'établissement de santé autorisé en psychiatrie, quelques éléments sont à retenir en termes de conduite à tenir :

- Obligation de signalement, sans délai par le personnel soignant : dès lors que l'absence du patient détenu a été constatée, un signalement doit être fait et un certificat de situation doit être rédigé par le psychiatre de l'établissement. Le signalement fait l'objet d'un rapport circonstancié communiqué aux forces de l'ordre, à la direction de l'hôpital et à l'ARS sans délai, ainsi qu'à la préfecture via le certificat de situation. L'administration de l'hôpital informe dans les meilleurs délais l'administration pénitentiaire et l'administration préfectorale<sup>26</sup> ;
- Obligation de signalement aux personnes compétentes :
  - en interne, au sein de l'établissement de santé et selon les procédures définies par celui-ci : psychiatre, cadre de santé, représentant de la direction...,
  - auprès des forces de l'ordre, en contactant la police ou la gendarmerie,
  - auprès de l'administration pénitentiaire, en contactant la direction de l'établissement pénitentiaire d'origine du patient détenu,
  - auprès des interlocuteurs compétents de l'ARS, selon les procédures définies par celle-ci,
  - auprès de la préfecture de département, préfecture de police à Paris et dans les Bouches-du-Rhône.

Cette procédure constitue une préconisation, qui peut être adaptée par les établissements de santé.

Les procédures mises en place par l'ARS relatives aux fiches d'évènements indésirables graves (FEIG) doivent être respectées.

---

<sup>26</sup> Si votre département dispose d'une convention santé /justice/police, veuillez vous y référer.

**Question : je suis infirmière de nuit. En faisant le tour des patients, je constate que l'un d'eux est absent : il s'agit du patient détenu admis quelques jours plus tôt. Que dois-je faire ?**

*Vous devez en informer sans délai votre cadre de santé de garde. Celui-ci se chargera d'en informer l'administrateur de garde, qui lui-même transmettra cette information aux forces de l'ordre, à la préfecture, à l'établissement pénitentiaire et à l'ARS. Le psychiatre de garde doit également être informé afin de rédiger un certificat de situation de sortie à l'insu du service.*

En dehors de ces sorties à l'insu du service, d'autres incidents peuvent survenir au cours de l'hospitalisation d'une personne détenue : là encore, les informations liées à l'incident doivent être transmises sans délai aux structures concernées (préfecture, parquet, ARS, DISP, établissement pénitentiaire...).

**Question : le personnel soignant a découvert que le patient détenu détourne de l'argent au préjudice d'un autre patient, en utilisant le téléphone de cette dernière. Comment l'équipe de l'établissement de santé doit-elle réagir ?**

*L'équipe doit tout d'abord signaler ces agissements à la direction de l'établissement de santé, qui se chargera de transmettre ces informations au parquet, à l'établissement pénitentiaire et au SPIP, de façon à ce que le CPIP qui suit la personne détenue en soit également informé. Le CPIP en avertira le magistrat en charge du dossier.*

## **2. L'architecture du lieu de soin**

### **a) Conditions techniques de fonctionnement et architecture des unités**

Les établissements de santé autorisés en psychiatrie sont soumis au respect des conditions techniques de fonctionnement prévues par le décret n° 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie<sup>27</sup>.

Ainsi, conformément à l'article D. 6124-265 du CSP, les unités d'hospitalisation proposant des soins sans consentement comprennent :

- Un ou des espaces d'apaisement adaptés à la nature de la prise en charge des patients et au projet thérapeutique mis en œuvre, permettant des échanges avec le psychiatre ou avec un autre professionnel à l'écart des autres patients ;
- Une ou plusieurs chambres d'isolement individuelles. Chaque chambre d'isolement dispose d'une luminosité naturelle, d'une aération, d'un dispositif d'appel accessible, de sanitaires respectant l'intimité du patient et sa dignité, d'un point d'eau, d'une horloge indiquant la date et l'heure et du mobilier adapté à l'état clinique du patient ;
- Un espace d'accueil de l'entourage du patient permettant des visites dans l'intimité et respectant la confidentialité des échanges et notamment les rendez-vous avec les avocats ;
- Un espace extérieur sécurisé.

<sup>27</sup> Ces conditions techniques de fonctionnement ne seront applicables que lorsque les nouvelles autorisations seront délivrées.

Le titulaire de l'autorisation s'assure que l'aménagement des locaux permet la libre circulation des patients entre les différents lieux de soins de l'unité mentionnés aux articles D. 6124-257 et D. 6124-265 du CSP.

Dans le cadre de l'admission d'un patient détenu, l'équipe de l'ES pourra transmettre au SPIP les éléments de contexte liés à l'aménagement des locaux de l'ES et à la circulation du patient détenu dans ceux-ci : il s'agit ici non pas de divulguer des informations liées aux plans de l'établissement mais davantage des éléments liés aux modes de vie des patients (zone collective ou non, etc.). Ces indications seront utiles au SPIP dans le cadre de sa mission de préparation à la sortie, qui peut passer par l'évaluation comportementale du détenu et l'identification des risques que peut générer son arrivée dans un environnement<sup>28</sup> (ici, en contact potentiel avec d'autres patients). Le CPIP en charge du suivi du détenu pourra de ce fait prendre en compte l'expérience liée à l'hospitalisation en ES autorisé en psychiatrie dans le parcours de réinsertion de la personne.

L'établissement de santé doit penser l'organisation des unités en faveur de l'accueil de patients pouvant nécessiter des espaces plus sécurisés. À ce titre, il est recommandé aux établissements de santé autorisés en psychiatrie, lorsque cela est possible, de disposer d'unités ou d'espaces fermés ou pouvant être fermés, ou d'en aménager<sup>29</sup>. Cette architecture permet de favoriser le respect de la réglementation applicable en matière d'isolement et de contention<sup>30</sup>. Pour rappel, conformément à l'article L. 3222-5-1 du CSP, les mesures d'isolement ou de contention sont des pratiques de dernier recours, qui ne peuvent concerner que des patients de psychiatrie en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être recouru que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui, sur décision motivée d'un psychiatre, et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque lié à l'état mental du patient, après évaluation clinique de celui-ci. Ainsi, un patient détenu ne peut être placé en isolement ou sous contention du fait de sa condition de personne détenue : le motif d'isolement-contention est strictement clinique et ne doit en aucun cas répondre à des motifs sécuritaires ou en lien avec le statut judiciaire.

**Question : au sein de l'établissement dans lequel j'exerce, il n'est pas possible de fermer les unités. Dans ce contexte, comment gérer l'hospitalisation d'un patient détenu ?**

*Les soignants ont une mission en termes de sécurité des soins, importante à prendre en compte et ce, quel que soit le statut judiciaire du patient. Toutefois, le personnel soignant n'a pas à assurer une mission de surveillance pénitentiaire lorsque le patient est détenu. Pour ces raisons, lorsqu'un patient détenu est hospitalisé et que l'unité ne peut être fermée, la gestion sécuritaire et sanitaire de ce patient doit être pensée de la même façon que pour tout autre patient hospitalisé en soins sans consentement.*

<sup>28</sup> L'article R. 322-15 du Code pénitentiaire prévoit que « l'administration pénitentiaire porte à la connaissance de l'établissement de santé les éléments nécessaires à l'appréciation de la dangerosité ou de la vulnérabilité des personnes détenues ». Bien que cet article s'applique à l'hospitalisation des patients détenus en UHSA, ces modalités peuvent éventuellement être prises en compte dans le cadre d'une hospitalisation en établissement de santé autorisé en psychiatrie.

<sup>29</sup> Les projets d'établissements peuvent évoquer cette question des locaux afin de suggérer l'aménagement de zones fermées ou fermables.

<sup>30</sup> Décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement.

*À ce titre, le placement en isolement et/ou contention ne peut se faire que sur la base d'un critère clinique et la circulation du patient dans l'unité devra être pensée au regard du maintien de la sécurité des soins.*

## **b) Le FMIS : un levier financier**

Afin d'adapter et moderniser ses locaux et ses équipements, l'établissement de santé peut avoir recours à un fonds spécifique : le FMIS<sup>31</sup> (Fonds de modernisation de l'investissement en santé). Les établissements de santé peuvent prétendre à un financement par le FMIS pour les opérations suivantes :

- Opérations d'investissements immobiliers ou mobiliers concourant à l'amélioration et à la modernisation ;
- Acquisitions d'équipements matériels lourds ;
- Opérations concourant à la modernisation, l'adaptation ou la restructuration des systèmes d'information de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale ;
- Opérations concourant à la réorganisation et à la modernisation de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale ;
- Projets de modernisation transversaux aux secteurs sanitaire et médico-social ;
- Opérations concourant à la structuration de l'offre de soins de proximité.

Pour cela, les établissements de santé doivent faire remonter leurs besoins et projets auprès de l'agence régionale de santé de leur territoire.

Le décret n° 2013-1217 du 23 décembre 2013, modifié par le décret n° 2021-779 du 17 juin 2021, décrit les modalités de prises en charge par le FMIS. Les principales règles à respecter sont les suivantes :

- Lorsque l'ARS perçoit des crédits FMIS par une délégation du ministère en charge de la santé, elle a deux ans pour notifier à l'établissement de santé ces crédits. Une fois cette notification faite, l'établissement a quatre ans, à compter du 1<sup>er</sup> janvier de l'année N+1 de la date de la notification ARS, pour envoyer ses factures et pièces justificatives à la Caisse des dépôts et consignations, pilote du fonds. Ces envois permettront de déclencher le paiement. Si ces délais ne sont pas respectés, les sommes dues au titre des actions du fonds sont prescrites à son profit ;
- L'établissement de santé doit attendre la notification de l'ARS (via l'avenant CPOM) avant de procéder à l'achat de son matériel. Si les factures sont antérieures à celle-ci, la Caisse des dépôts et consignations ne pourra procéder au remboursement.

---

<sup>31</sup> Décret n° 2021-779 du 17 juin 2021 modifiant le décret n° 2013-1217 du 23 décembre 2013 relatif au Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé.

### 3. Les règles de transport

Selon la situation concernée, différentes règles vont s'appliquer en ce qui concerne le transport et l'escorte du patient détenu. L'ensemble de ces règles sont indiquées dans le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice<sup>32</sup>.

Ci-dessous, une synthèse :

	Situation	Organisation du transport	Garde et escorte
<b>Extraction d'un EP vers une UHSA</b>	Transport aller en soins sans consentement (SSC)	ES siège de l'UHSA	Administration pénitentiaire (renfort des forces de sécurité intérieure si <b>détenu particulièrement signalé</b> ou personne présentant un risque très grave d'atteinte à l'ordre public) Décret n° 2010-507 du 18 mai 2010 Art. 3214-21 à R. 3214-23 du CSP Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) Doctrines d'emploi des ESP du 4 octobre 2019.
	Transport aller en soins libres	Administration pénitentiaire	Administration pénitentiaire (renfort des forces de sécurité intérieure si <b>détenu particulièrement signalé</b> ou personne présentant un risque très grave d'atteinte à l'ordre public) Décret n° 2010-507 du 18 mai 2010 Art. 3214-21 à R. 3214-23 du CSP Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) Doctrines d'emploi des ESP du 4 octobre 2019.
	Transport retour (SSC et soins libres)	Administration pénitentiaire	Administration pénitentiaire (renfort des forces de sécurité intérieure si <b>détenu particulièrement signalé</b> ou personne présentant un risque très grave d'atteinte à l'ordre public) Art. R. 3214-21 à R. 3214-23 du CSP Décret n° 2010-507 du 18 mai 2010 Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) Doctrines d'emploi des ESP du 4 octobre 2019.

<sup>32</sup> [Guide méthodologique pour la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.](#)

	Extraction vers plateau technique	ES	Personnels hospitaliers + Administration pénitentiaire (renfort des forces de sécurité intérieure si <b>détenu particulièrement signalé</b> ou personne présentant un risque très grave de trouble à l'ordre public) Art. R.3214-21 à R. 3214-23 du CSP Décret n° 2010-507 du 18/05/2010 Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) Doctrines d'emploi des ESP du 4 octobre 2019.
	Garde statique pendant l'hospitalisation sur un plateau technique (hors UHSI)	ES	Force de sécurité intérieure Art. R. 6111-40-2 du CSP Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)
<b>Extraction d'un EP vers un ES autorisé en psychiatrie</b>	Transport aller	ES d'accueil	Personnels hospitaliers (renfort des forces de sécurité intérieure si DPS ou personne présentant un risque très grave de trouble à l'ordre public) Art. R. 6111-40-2 et R. 6111-40-5 du CSP Note DH/E04 n° 990273 du 26 juillet 1999 relative aux modalités de transfert des personnes détenues hospitalisées d'office.
	Transport retour	Administration pénitentiaire	Administration pénitentiaire (renfort des forces de sécurité intérieure si DPS ou personne présentant un risque très grave d'atteinte à l'ordre public) Art. R. 6111-40-2 du CSP Note DH/E04 n° 990273 du 26 juillet 1999 relative aux modalités de transfert des personnes détenues hospitalisées d'office.
	Extraction vers un plateau technique	ES	Personnels hospitaliers (renfort des forces de sécurité intérieure si DPS ou personne présentant un risque très grave de trouble à l'ordre public) Art. R. 6111-40-2 du CSP Note DH/E04 n° 990273 du 26 juillet 1999 relative aux modalités de transfert des personnes détenues hospitalisées d'office.
	Extraction médicale hors ES autorisé en psychiatrie (consultation ou hospitalisation)	ES	Force de sécurité intérieure

<b>Transfert médical depuis un ES vers un ES autorisé en psychiatrie</b>	Transfert vers un autre ES autorisé en psychiatrie	ES d'accueil	Personnels hospitaliers (renfort des forces de sécurité intérieure si DPS ou personne présentant un risque très grave de trouble à l'ordre public) Art. R. 6111-40-2 du CSP Note DH/E04 n° 990273 du 26 juillet 1999 relative aux modalités de transfert des personnes détenues hospitalisées d'office. Guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.
	Transfert vers une UHSA	ES + Administration pénitentiaire	Personnels hospitaliers + Administration pénitentiaire (renfort des forces de sécurité intérieure si DPS ou personne présentant un risque très grave de trouble à l'ordre public) Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)