



Inspection générale
des affaires sociales
RM2011-106P

Inspection générale
des services judiciaires
52-2011

Evaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues

RAPPORT

Établi par

Vincent MARSALA

Conseiller général
des Etablissements de Santé

Catherine PAUTRAT

Inspectrice générale adjointe
des services judiciaires

Synthèse

1 UN SCHEMA NATIONAL D'HOSPITALISATION DES PERSONNES DETENUES REpondant GLOBALEMENT A LEURS BESOINS EN SOINS AIGUS MAIS SURTOUT EN ETABLISSEMENT DE SANTE DE RATTACHEMENT ET DEPENDANT DE LA DISPONIBILITE DES ESCORTES

- [1] La loi du 18 janvier 1994 a profondément réformé la prise en charge sanitaire des personnes détenues en l'inscrivant dans le droit commun de la santé et en transférant son exercice de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier.
- [2] Elle précède la mise en place du schéma national des hospitalisations des détenus finalisé en août 2000 et qui répond à un double objectif : sanitaire, d'une part, en facilitant l'accès aux soins des personnes détenues tout en développant la qualité et la proximité des soins dispensés, et sécuritaire, d'autre part, en optimisant la gestion des personnels chargés de la garde et des escortes des détenus.
- [3] Il repose sur une architecture à trois niveaux :
- les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) installées au sein des établissements pénitentiaires et dotées de personnel médical et paramédical dépendant d'un centre hospitalier de rattachement. Elles assurent l'ensemble des soins médicaux et infirmiers de médecine générale à savoir, les consultations, le suivi des patients, la coordination des soins et l'organisation, au sein d'un établissement hospitalier de référence, des consultations spécialisées et des hospitalisations ;
 - les chambres sécurisées installées dans des établissements hospitaliers de rattachement pour toutes les hospitalisations urgentes ou programmées d'une durée inférieure ou égale à 48 heures et qui relèvent de l'établissement de santé de proximité dont dépend l'UCSA. Un objectif de 250 chambres sécurisées, à réaliser dans 133 établissements de santé, a été fixé dans un délai de trois ans suivant la publication de la circulaire du 3 mars 2006 qui détermine la procédure applicable et fixe le cahier des charges à respecter pour recevoir le label de chambre sécurisée. Sur un total de 235 chambres recensées, seules 57 sont aux normes et ont reçu le financement de l'administration pénitentiaire. Elles coexistent ainsi avec 178 chambres qui font office de chambres sécurisées et sont financées pour 127 d'entre elles par le seul ministère de la santé ;
 - huit Unités Hospitalières Sécurisées Inter régionales (UHSI) situées dans les établissements de santé déterminés par l'arrêté ministériel du 24 août 2000 à savoir, le centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux, le CHU de Lille, les Hospices Civils de Lyon, l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille, le CHU de Nancy, le CHU de Rennes, le CHU de Toulouse et l'Etablissement Public de Santé National de Fresnes (EPSNF) en complémentarité avec l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP). L'ensemble des UHSI permettra, à l'ouverture de la dernière unité de Rennes à la fin de l'année 2012, de disposer de 170 lits de soins aigus et de 52 lits de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle localisés à Marseille pour 12 d'entre eux et à l'EPSNF pour les 40 autres.

- [4] Ces unités sont des structures hospitalières à vocation médico-chirurgicale qui accueillent des personnes des deux sexes majeures et mineures à partir de 13 ans. Elles reçoivent les hospitalisations d'une durée supérieure ou égale à 48 heures, les suites d'hospitalisations réalisées en urgence, ainsi que les personnes incarcérées dans les établissements pénitentiaires situés dans la ville siège de l'UHSI nécessitant une hospitalisation soit en urgence, soit de courte durée ou programmée quelle qu'en soit la durée.
- [5] Au cours de l'année 2010, 82 820 personnes ont été incarcérées. Au 1er mars 2011, 62 685 détenus étaient écroués et hébergés dans 189 établissements pénitentiaires répartis entre les maisons d'arrêt et les établissements pour peine. La moyenne d'âge des personnes détenues était de 34,6 ans au 1er janvier 2011 et la durée moyenne de leur séjour en détention était de 9,7 mois pour l'année 2010.
- [6] D'après les données recueillies en 2003, si huit entrants en prison sur dix présentent un bon état général lors de leur visite médicale d'entrée en détention, à l'inverse, 1,7 % est jugé en mauvais état de santé. Six pour cent des entrants souffrent par ailleurs de maladies chroniques ou de limitations fonctionnelles nécessitant des soins ou des traitements médicamenteux à poursuivre en prison.
- [7] Sous l'hypothèse d'un recours identique à celui de la population générale à sexe et âge identiques, le taux d'hospitalisations attendues pour la population écrouée et hébergée en 2009 était de 159,2 pour 1 000 pour un taux d'hospitalisations demandées de 147 pour 1 000. Ainsi, la demande d'hospitalisation pour la population carcérale est inférieure de 8 % à celle de la population générale.
- [8] Ce constat peut paraître surprenant si on estime que la morbidité de la population carcérale serait supérieure à celle de la population générale. En fait, de l'avis unanime de l'ensemble des médecins d'UCSA rencontrés, ce constat tient essentiellement à la situation des personnes prévenues, condamnées à de courte peine ou dont le reliquat de peine est faible. En effet, il est alors fréquent que la personne détenue demande à retarder son hospitalisation à sa libération. La mission a, effectivement, pu objectiver que le taux d'hospitalisations demandées dans les maisons d'arrêt est inférieur au taux attendu (116,3 *versus* 144,9 pour 1 000) contrairement aux établissements pour peines où il est supérieur (196,9 *versus* 177,3 pour 1 000).
- [9] S'agissant du taux de réalisation des hospitalisations sollicitées, il se situait à 95,4 % en 2009 soit 8 727 hospitalisations réalisées pour 9 149 demandées. Ce taux est de 94 % en établissements de rattachement et de 97 % en UHSI ainsi que pour les autres établissements de santé.
- [10] Cette situation que l'on peut qualifier de correcte, est toutefois fragile car il dépend de l'organisation des escortes qui incombe depuis 2006 à l'administration pénitentiaire pour les transferts et extractions médicales et aux forces de l'ordre pour les gardes statiques dans les chambres sécurisées et les plateaux techniques relevant des UHSI. Ce sujet reste à ce jour un des volets les plus sensibles de la prise en charge sanitaire.
- [11] En effet, si des efforts incontestables de rationalisation, de mutualisation et d'organisation des équipes pénitentiaires et des moyens matériels dont elles disposent localement ont été accomplis par les directions inter régionales des services pénitentiaires (DISP), parallèlement, l'amélioration de l'offre de soins aux personnes détenues associée à nombre important des entrants en détention, entraîne mécaniquement un seuil incompressible des déplacements hors des établissements pénitentiaires et de gardes sur les plateaux techniques.

[12] Ainsi, faute de moyens suffisants pour assurer quotidiennement l'ensemble des hospitalisations et des consultations médicales, des choix s'opèrent entre les détenus pour prioriser leurs extractions. A cet égard, la mission a constaté que pour satisfaire les hospitalisations en urgence, il est courant de reporter des hospitalisations programmées obligeant les personnels de santé à planifier de nouvelles dates d'interventions. Et surtout, dans la mesure où la priorité est accordée à l'hospitalisation, on recense des reports voire des annulations d'extractions pour les consultations et les examens spécialisés. Les personnels soignants sont, en conséquence, obligés pour assurer l'organisation des soins, d'intégrer les possibilités maximales d'extraction journalières des équipes d'escorte mais également de tenir compte de la résistance des forces de l'ordre à assurer leurs obligations de garde statique dans les chambres sécurisées.

[13] La majorité des hospitalisations des personnes détenues (55 %) est réalisée dans les chambres sécurisées des établissements de rattachement qui regroupent également la majorité des demandes (56 %). Les UHSI, quant à elles, représentent 32 % des hospitalisations, et les autres établissements 12 %.

2 LES UHSI, UN DISPOSITIF SATISFAISANT MAIS PEU ATTRACTIF POUR LES PERSONNES DETENUES, DONT L'EFFICIENCE EST LIMITEE PAR LES EFFETS CONJUGUES DE L'EVOLUTION DES PRATIQUES MEDICALES ET D'UNE COMPETENCE CIRCONSCRITE AUX SEULS SOINS AIGUS

[14] Les médecins des UCSA auditionnés par la mission soulignent unanimement la qualité de la prise en charge des patients au sein des UHSI.

[15] Une réelle synergie s'est progressivement créée entre les personnels de santé et les personnels pénitentiaires qui ont intégré les contraintes respectives liées à l'exécution des missions de soins et de sécurité adaptées au profil carcéral du patient.

[16] Conformément à la mission de polyvalence qui leur est dévolue, à l'exception de l'obstétrique et de la péri natalité qui relèvent du milieu hospitalier ordinaire, les UHSI prennent en charge la totalité des types d'affections dont sont atteintes les personnes détenues. La répartition entre ces différentes affections et pathologies est d'ailleurs proche de celle observée dans l'ensemble des établissements de santé.

[17] L'activité des UHSI est en progression constante depuis leur ouverture puisque le nombre de séjours a augmenté de 141 % entre 2007 et 2010.

[18] Toutefois, ces unités restent un dispositif dans lequel les détenus ont des réticences à être hospitalisés expliquant ainsi que le taux des hospitalisations demandées ne soit pas pleinement réalisé et que la majorité des hospitalisations s'effectuent en chambre sécurisées. Les médecins des UCSA entendus par la mission indiquent collectivement que deux raisons expliquent le refus des personnes détenues à être hospitalisé en UHSI :

- la première tient au fait que le transfert vers l'UHSI est annoncé au dernier moment ;
- la seconde résulte des conditions de détention qui sont jugées par les personnes incarcérées plus mauvaises qu'en établissement pour peine d'où viennent majoritairement les détenus hospitalisés. L'absence de contact avec les autres détenus, d'activité, de cour de promenade, l'impossibilité de fumer ou la diminution des parloirs liée à l'éloignement géographique de la structure, constituent autant de freins à l'attractivité de ces unités.

[19] Par ailleurs, les durées de séjour ont diminué de façon sensible : moins 3 jours en 4 ans pour s'établir à 8,2 jours en 2010. Ainsi, malgré l'augmentation du nombre de séjours, les taux d'occupation sont en régression pour atteindre un taux global de 56 %.

- [20] Enfin, l'évolution des pratiques médicales fait que la part des hospitalisations d'une durée inférieure ou égale à 48 heures ne fera que croître et ainsi, le nombre de prises en charge au sein des établissements de rattachement augmenter.
- [21] Ainsi, une diversification de leur domaine d'intervention permettrait une optimisation de leurs capacités.

3 AMELIORER L'EFFICIENCE DES UHSI, ASSURER UNE DIVERSIFICATION DE LEURS ACTIVITES EN REPOUNDANT MIEUX AUX BESOINS EN SOINS DE SUITE ET READAPTATION, ET PERMETTRE UNE RESPONSABILISATION DES ACTEURS LOCAUX DANS LE PILOTAGE DU DISPOSITIF

- [22] La mission préconise d'améliorer l'attractivité des UHSI. A ce titre, plusieurs recommandations lui semblent-elles utiles, à savoir :
- revoir le découpage territorial et modifier l'arrêté du 24 août 2000 dans un souci de cohérence avec celui des UHSA à l'exception du ressort des établissements pénitentiaires de la DISP de Dijon qu'il convient de laisser dans la configuration actuelle faute d'UHSI présente dans cette région tout en rattachant la région Champagne-Ardenne à l'UHSI de Nancy ;
 - renforcer les liens avec les UCSA en faisant jouer aux médecins des UHSI un rôle de référent vis-à-vis de leurs confrères, notamment auprès de ceux qui, n'ayant qu'un temps réduit d'intervention au sein de l'UCSA, sont le plus isolés ;
 - assouplir l'organisation interne des UHSI en avertissant les détenus une demi journée avant l'hospitalisation dès lors que leur profil carcéral le permet ; en prévoyant chaque fois que la configuration architecturale le rend possible, un espace de déambulation permettant aux patients de s'aérer dans un lieu dédié et sécurisé ; en faisant en sorte que le responsable médical informe systématiquement au moins 48 heures à l'avance le responsable pénitentiaire de l'UHSI des prévisions de sorties du patient afin de préparer au mieux le retour vers son établissement pénitentiaire ; et en facilitant l'accès des médecins extérieurs à l'UHSI pour y réaliser les consultations et diminuer corrélativement les escortes vers les plateaux techniques du CHU.
- [23] Cependant, l'augmentation de l'attractivité des UHSI n'aura qu'un effet limité sur leurs taux d'occupation. En effet, la réduction des durées de séjour en soins aigus, qui doit être poursuivie dans la plupart des UHSI à l'instar des pratiques médicales existantes pour la population générale, permettra d'absorber une augmentation du nombre de séjours.
- [24] Aussi, la mission préconise-t-elle de diversifier les activités des UHSI en développant une activité reconnue de soins de suite et de réadaptation (SSR) essentiellement polyvalente. En effet, le schéma national d'hospitalisation des personnes détenues organise la prise en charge des soins de suite et de réadaptation sur deux pôles : un pôle en Ile-de-France et un à Marseille. L'attractivité de ces deux pôles en dehors de leur inter région est inexistante en SSR et très faible en rééducation fonctionnelle. Ce dispositif bipolaire ne répond pas de façon satisfaisante aux besoins des personnes détenues en la matière, tout particulièrement pour des raisons d'éloignement géographique. Ce constat est d'autant plus dommageable que le retour en détention à l'issue d'une hospitalisation en soins aigus nécessite un état de santé encore plus consolidé que pour un retour au domicile. Il explique en outre que des indications d'hospitalisation nécessitant ensuite des SSR ou de la réadaptation fonctionnelle ne soient pas posées faute de dispositif les assurant en inter régions.

- [25] Parallèlement, il conviendrait de garder un pôle national de rééducation fonctionnelle disposant d'un plateau technique complet lui permettant de prendre en charge des réadaptations spécialisées dites « lourdes » telles que la rééducation orthopédique complexe, cardiaque ou neurologique.
- [26] De telles préconisations et orientations pourraient utilement être formalisées dans une circulaire interministérielle sur le schéma national d'hospitalisation des personnes détenues qui avait été annoncée dans la note interministérielle du 3 mars 2004 présidant à l'ouverture de l'UHSI de Nancy. Elle permettrait à ce titre d'homogénéiser les pratiques des inter régions entre elles, mais aussi de repositionner le rôle des acteurs du niveau central et régional qu'il s'agisse des intervenants sanitaires, pénitentiaires et des forces de l'ordre.
- [27] Il appartient ainsi aux administrations centrales de la justice et de la santé de cadrer l'organisation et le fonctionnement général du dispositif du SNH des personnes détenues et de les assortir d'objectifs et d'indicateurs d'activité tels que les taux d'hospitalisations demandées et réalisées en UHSI, en hôpitaux de rattachement et autres établissements de santé.
- [28] Cette démarche est à articuler parallèlement avec les niveaux régionaux et locaux auxquels il convient de laisser une souplesse dans la mise en œuvre du dispositif. Ainsi, et s'agissant des chambres sécurisées, il est impératif que le dispositif soit d'une part simplifié et allégé, que d'autre part le cahier des charges des normes de sécurité soit réactualisé par l'administration centrale et fixé de manière intangible pendant une durée limitée, et enfin que la maîtrise de la procédure soit assurée par l'échelon régional.
- [29] La coordination des UHSI devant se faire, certes, avec les autres services du CHU, mais encore plus avec les UCSA de son territoire, la mission préconise que le comité de coordination local des UHSI se réunisse, une fois par an, sous la présidence du directeur général de l'ARS d'implantation, en lien avec les directeurs généraux des autres ARS de l'inter région.
- [30] Les réunions de ce comité associant également des représentants des DISP et des forces de l'ordre, doivent être l'occasion de dresser un bilan de fonctionnement des unités, de favoriser les échanges et d'analyser des difficultés institutionnelles de coordination.

Sommaire

SYNTHESE	3
INTRODUCTION.....	11
1. LA LOI DU 18 JANVIER 1994 : UNE REFORME VISANT A ASSURER A UNE POPULATION PENALE AU PROFIL VARIE ET CONTRASTE UNE QUALITE ET UNE CONTINUITE DES SOINS EQUIVALENTES A CELLES DONT BENEFICIE L'ENSEMBLE DE LA POPULATION	11
1.1. <i>La loi du 18 janvier 1994 : une réforme visant à assurer à la population pénale une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont bénéficie la population générale</i>	11
1.2. <i>Un dispositif adapté à la prise en charge d'une population pénale au profil varié et contrasté</i>	13
2. LE SCHEMA NATIONAL D'HOSPITALISATION DES PERSONNES DETENUES : UN DISPOSITIF QUASI EXCLUSIVEMENT ORGANISE PAR LE NIVEAU NATIONAL.....	16
2.1. <i>Les UHSI, un dispositif fixé par arrêté ministériel</i>	16
2.2. <i>Une organisation de l'hospitalisation des personnes détenues déterminée par une note inter ministérielle</i>	17
2.3. <i>Une procédure de financement centralisé qui tient lieu de label, et de fait de reconnaissance, des chambres sécurisées</i>	18
2.4. <i>Un système d'information pour le pilotage récent et en phase de maturation</i>	21
3. UN DISPOSITIF DE SOINS AIGUS REpondant GLOBALEMENT AUX BESOINS D'HOSPITALISATION MAIS SURTOUT EN ETABLISSEMENT DE SANTE DE RATTACHEMENT.....	22
3.1. <i>Un taux d'hospitalisations demandées proche de celui de la population générale à sexe et âge identiques mais différencié selon le type de population carcérale</i>	22
3.2. <i>Un taux élevé de réalisation des hospitalisations demandées mais pouvant encore être amélioré</i>	25
3.3. <i>Les UHSI : des indicateurs statistiques d'activité médiocres mais en voie d'amélioration, des pathologies prises en charge conformes à leur mission de polyvalence et un apport reconnu par les acteurs de terrain</i>	26
3.3.1. <i>Des taux d'occupation faibles mais une activité en progression et des durées moyennes de séjour en diminution</i>	26
3.3.2. <i>Des pathologies prises en charge conformes à la mission de polyvalence dévolues aux UHSI</i>	28
3.3.3. <i>Globalement une bonne synergie entre les personnels de santé et les personnels pénitentiaires et un apport reconnu par les responsables des UCSA</i>	30
3.4. <i>L'Etablissement Public de Santé National de Fresnes : une place à part dans le dispositif</i>	32
3.5. <i>Les hospitalisations en établissements de rattachement et les chambres sécurisées : une activité mal connue dans un dispositif mal maîtrisé bien que représentant la majorité des hospitalisations</i>	33
3.5.1. <i>Le dispositif des chambres sécurisées</i>	33
3.5.2. <i>L'activité d'hospitalisation</i>	34
4. UN DISPOSITIF DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION BIPOLAIRE TRES PEU ATTRACTIF	35
5. AMELIORER L'EFFICIENCE DES UHSI EN DIVERSIFIANT LEUR ACTIVITE, EN REpondant MIEUX AUX BESOINS EN SOINS DE SUITE ET DE REEADAPTATION, ET DONNER DAVANTAGE DE RESPONSABILITES AUX ACTEURS REGIONAUX DANS LE PILOTAGE DU DISPOSITIF.....	37

5.1. Améliorer l'efficience des UHSI	37
5.1.1. Augmenter l'attractivité des UHSI, revoir le découpage territorial, renforcer les liens entre les UHSI et les UCSA	37
5.1.2. Assouplir l'organisation interne des UHSI	39
5.1.3. Diversifier les activités au sein des UHSI	43
5.2. Donner davantage de responsabilités aux acteurs régionaux dans un cadre fixé par le niveau national	44
5.3. Finaliser le système d'information nécessaire au pilotage	45
CONCLUSION	46
LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	47
LETTRE DE MISSION	49
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	51
LISTE DES SIGLES	59
ANNEXE 1 - ARRETE DU 24 AOUT 2000 RELATIF A LA CREATION DES UNITES HOSPITALIERES SECURISEES INTERREGIONALES DESTINEES A L'ACCUEIL DES PERSONNES INCARCEREES	61
ANNEXE 2 - NOTE INTERMINISTERIELLE DU 3 MARS 2004 RELATIVE A L'OUVERTURE ET AU FONCTIONNEMENT DE L'UHSI DE NANCY DANS LE CADRE DU SNHD	67
ANNEXE 3 - CIRCULAIRE DU 13 MARS 2006 RELATIVE A L'AMENAGEMENT OU A LA CREATION DES CHAMBRES SECURISEES	79
ANNEXE 4 - TAUX D'HOSPITALISATION 2009 DE LA POPULATION GENERALE EN MEDECINE ET CHIRURGIE	85
ANNEXE 5 - TAUX D'HOSPITALISATION DEMANDEE EN 2009 SELON LES TERRITOIRES DE COMPETENCE DES UHSI	87
ANNEXE 6 - REPARTITION DES SEJOURS EN UHSI PAR CATEGORIES MAJEURES DE DIAGNOSTIC - ANNEE 2010	89
ANNEXE 7 - NIVEAUX DE SEVERITE : EXTRAIT DU DOCUMENT DE PRESENTATION DU MANUEL DES GROUPES HOMOGENES DE MALADES V11 DOCUMENT 1, PRESENTATION GENERALE, PAGES 42 ET 43	91
ANNEXE 8 - REPARTITION DES SEJOURS EN UHSI SELON LES NIVEAUX DE SEVERITE MESURES PAR LE PMSI ANNEE 2010	93
ANNEXE 9 - REPARTITION DES SEJOURS HORS UHSI DES PERSONNES DETENUES PAR CATEGORIES MAJEURES DE DIAGNOSTIC- ANNEE 2010	95
ANNEXE 10 - REPARTITION DES SEJOURS HORS UHSI SELON LES NIVEAUX DE SEVERITE MESURES PAR LE PMSI – ANNEE 2010	97
ANNEXE 11 - ARRETE DU 20 JUILLET 2010 RELATIF AU RESSORT TERRITORIAL DES UNITES HOSPITALIERES SPECIALEMENT AMENAGEES (UHSA)	99

INTRODUCTION

- [31] L'Inspection Générale des Affaires Sociales a été saisie, par lettre conjointe de monsieur le Garde des Sceaux, Ministre de la justice et des libertés, et de monsieur le Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, d'une demande de mission conjointe avec l'Inspection Générale des Services Judiciaires, sur la place effective des Unités Hospitalières Sécurisées Inter régionales (UHSI) dans le recours aux soins des personnes détenues, leur complémentarité avec les autres structures d'hospitalisation des personnes détenues et l'évolution éventuelle à prévoir du dispositif actuel. Il est à noter que le champ de la mission porte uniquement sur l'hospitalisation en soins somatiques, excluant celui de la prise en charge psychiatrique dont on connaît l'importance pour la population carcérale.
- [32] Le Chef de l'IGAS et l'Inspecteur Général des Services Judiciaires ont désigné respectivement le docteur Vincent Marsala, conseiller général des établissements de santé, et madame Catherine Pautrat, inspectrice générale adjointe, pour effectuer cette mission.
- [33] Dans une première phase, la mission a rencontré les directions d'administration centrale des deux ministères concernés, compilé les données disponibles et demandé à la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des études Statistiques (DREES) et à l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) de lui fournir et traiter des données complémentaires nécessaires à une approche plus approfondie et plus médicalisée du sujet. Dans une deuxième phase, elle s'est rendue dans toutes les régions sièges d'UHSI. Lors de chaque déplacement, une journée était consacrée à la visite de l'unité et à des échanges avec les personnels de santé et pénitentiaire, une demie journée avec les ARS concernées, une demie journée avec des responsables d'UCSA en ciblant particulièrement celles ayant un taux d'hospitalisation faible et une demie journée avec la Direction Inter régionale des Services Pénitentiaires¹.
- [34] Au terme de ces travaux, la mission a établi le présent rapport qui dans un premier temps, rappelle la réforme introduite par la loi du 18 janvier 1994, décrit le dispositif d'hospitalisation des personnes détenues mis en place par le niveau national puis dresse un bilan de celui-ci. Enfin, ce rapport fait des préconisations visant à adapter ce dispositif et améliorer son fonctionnement dans un souci de meilleure réponse aux besoins des personnes détenues, et de plus grande efficacité.

1. LA LOI DU 18 JANVIER 1994 : UNE REFORME VISANT A ASSURER A UNE POPULATION PENALE AU PROFIL VARIE ET CONTRASTE UNE QUALITE ET UNE CONTINUTE DES SOINS EQUIVALENTES A CELLES DONT BENEFICIE L'ENSEMBLE DE LA POPULATION

1.1. La loi du 18 janvier 1994 : une réforme visant à assurer à la population pénale une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont bénéficie la population générale

- [35] La loi du 18 janvier 1994 a profondément réformé la prise en charge sanitaire des personnes détenues en l'inscrivant dans le droit commun de la santé. Dans le dispositif antérieur, les soins somatiques incombaient entièrement à l'administration pénitentiaire qui recrutait et rémunérait les professionnels de santé et assurait un accès limité aux soins à des détenus dépourvus de couverture sociale.

¹ Voir en annexe la liste des personnes consultées.

- [1] Les limites de la « médecine pénitentiaire » ont été vite atteintes face à l'insuffisance des moyens mis en œuvre pour répondre à cette mission exercée dans des établissements pénitentiaires dotés de locaux vétustes et inadaptés, avec un manque de personnel médical de surcroît mal rémunéré, et un budget limité². La qualité des soins dispensés était également en cause en raison d'un défaut de consultations spécialisées et d'un nombre insuffisant d'hospitalisations.
- [2] Une réflexion a donc été menée au début des années 1990 pour remédier à ce qui était qualifié de « véritable état d'urgence sanitaire »³. Les objectifs étaient alors d'améliorer l'accès des personnes détenues au système de santé et de leur permettre de bénéficier d'une qualité et d'une continuité des soins équivalentes à celles de la population générale.
- [3] C'est dans ce contexte que la loi du 18 janvier 1994⁴ et le décret du 27 octobre 1994⁵ ont introduit une rupture forte par rapport au système existant en transférant la prise en charge sanitaire des personnes détenues au service public hospitalier. Il en est résulté un important changement dans l'attribution des moyens dédiés à la médecine en milieu pénitentiaire, mais aussi une professionnalisation des équipes de soins en prison, et enfin une affiliation des détenus au régime général de l'assurance maladie.
- [4] Ainsi, les soins sont dorénavant dispensés dans des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA)⁶ installées au sein des établissements pénitentiaires et dotées de personnel médical et paramédical dépendant d'un centre hospitalier de rattachement. Elles assurent à ce titre, au-delà d'une mission de prévention et d'éducation pour la santé, l'ensemble des soins médicaux et infirmiers de médecine générale à savoir, les consultations, le suivi des patients, la coordination des soins et l'organisation, au sein d'un établissement hospitalier de référence, des consultations spécialisées et des hospitalisations.
- [5] La création des UCSA a entraîné une amélioration incontestable de la qualité des soins apportés aux personnes détenues, et partant, un recours croissant aux hospitalisations qui ont augmenté de 31 % entre 1997 et 2000⁷. Plus précisément, les hospitalisations en urgence ont cru de 54 %, les consultations hospitalières de 23 % et les hospitalisations programmées de 10 %.
- [6] Toutefois, leur augmentation n'a pas été sans effet sur la mobilisation de l'administration pénitentiaire et des forces de police ou de gendarmerie pour assurer tant les extractions des personnes détenues vers les établissements hospitaliers de référence que leur garde sur site.
- [7] Très rapidement ont été dénoncées des difficultés liées à l'organisation des extractions médicales et des gardes statiques mais aussi aux risques d'évasion lors des transferts des établissements pénitentiaires vers les centres hospitaliers. La mission conjointe IGAS/IGSJ diligentée en juin 1995⁸ mettait ainsi en exergue la confrontation des logiques médicale, pénitentiaire et policière conduisant sur le terrain à des situations de blocage.
- [8] Ces différents obstacles vont dès lors conduire la mission précitée à proposer un schéma national d'hospitalisation (SNH) concernant l'ensemble des hospitalisations, à l'exception de celles relevant d'un service de psychiatrie. Il devait répondre à un double objectif, sanitaire, d'une part, en facilitant l'accès aux soins des personnes détenues tout en développant la qualité et la proximité des soins dispensés, et sécuritaire, d'autre part, en optimisant la gestion des personnels chargés de la garde et des escortes des détenus.

² 52 millions d'euros en 1993

³ Propos de Mme Simone Veil alors ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la Ville tenus à la suite du rapport du Haut Comité de la santé publique publié en janvier 1993

⁴ Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale

⁵ Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire

⁶ On trouvera en annexe la liste des sigles utilisés

⁷ Rapport d'évaluation IGAS/IGSJ de juin 2001 sur l'organisation des soins aux détenus

⁸ Mission IGAS/IGSJ sur les besoins d'hospitalisation des personnes incarcérées et le devenir de l'établissement public de santé national de Fresnes

- [9] Ce schéma s'est concrétisé par la mise en place d'un dispositif à trois niveaux comprenant :
- sur la base des articles R. 6112-19 du code de la santé publique et D. 368 du code de procédure pénale, les UCSA, signataires d'un protocole avec l'établissement pénitentiaire dans lesquels elles sont implantées et dépendant des établissements hospitaliers de rattachement désignés par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) ;
 - sur la base des articles R. 6112-14 et R.6112-26 du code de la santé publique et D. 391 du code de procédure pénale, des chambres sécurisées installées dans les établissements hospitaliers de rattachement ;
 - sur la base de l'article R. 6112-26 du code de la santé publique et D. 391 du code de procédure pénale, les Unités Hospitalières Sécurisées Inter régionales (UHSI) situées dans les établissements de santé déterminés par arrêté ministériel.
- [10] Cet édifice permet ainsi d'assurer la prise en charge d'une population pénale croissante et variée dans ses composantes.

1.2. Un dispositif adapté à la prise en charge d'une population pénale au profil varié et contrasté

- [11] Au cours de l'année 2010, 82 820 personnes ont été incarcérées soit une diminution notable du nombre des entrants par rapport aux années précédentes. L'évolution des entrées depuis 2001 se décline ainsi :

Tableau 1 : Evolution du nombre d'incarcérations entre 2001 et 2009

Années d'incarcération	Ensemble des entrées par année
2001	67308
2002	81533
2003	81905
2004	84710
2005	85540
2006	86594
2007	90270
2008	89054
2009	84354

Source : Direction de l'administration pénitentiaire

- [12] Au 1er mars 2011, 62 685 détenus étaient écroués et hébergés dans 189 établissements pénitentiaires (101 maisons d'arrêt, 82 établissements pour peine, 6 établissements pénitentiaires pour mineurs) totalisant 56 518 places opérationnelles⁹ réparties entre les maisons d'arrêt et les établissements pour peine.

⁹ Source : direction de l'administration pénitentiaire (DAP), chiffres clés www.justice.gouv.fr

- [13] Les maisons d'arrêt reçoivent les prévenus, les condamnés en attente d'affectation et ceux dont la peine initiale, ou le reliquat de peine, est inférieure ou égale à deux ans¹⁰. Les établissements pour peines (maisons centrales, centres de détention, établissements pénitentiaires spécialisés pour mineurs, centres de semi-liberté et centres pour peines aménagées) reçoivent les condamnés définitifs¹¹. Certains établissements pénitentiaires, dénommés centres pénitentiaires, accueillent plusieurs types de régimes d'incarcération répartis au sein de quartiers spécifiques de détention.
- [14] La population pénale est inégalement répartie au sein de ces structures pénitentiaires puisque la surpopulation affecte principalement les maisons d'arrêt et les quartiers maisons d'arrêt des centres pénitentiaires. En effet, si, au 1er mars 2011, le taux moyen d'occupation de l'ensemble des établissements pénitentiaires était de 110,9 %, la densité des maisons d'arrêt et des quartiers maison d'arrêt était de 124,3 %, contre 93 % pour les centres de détention et quartiers « centre de détention », et 77,5 % pour les maisons centrales et les quartiers « maison centrale ».
- [15] Sur les 62 685 détenus écroués et hébergés au 1er mars 2011, 45 935 avaient été condamnés, soit 73,3 %, et 16 750 relevaient du statut de prévenu, soit 26,7 %.
- [16] Etaient présentes en détention 2 269 femmes, soit 3,4 % de l'ensemble de la population pénale. Parmi elles, 1 591 avaient été condamnées, soit 69,8 % de l'ensemble et 678 étaient prévenues, soit 30,2 %.
- [17] Parmi les 767 mineurs détenus, soit 1,2 % de l'ensemble de la population pénale, 320 étaient condamnés, soit 41,7 %, contre 447 prévenus, soit 58,3 %.
- [18] Au 1er janvier 2011¹², 15,5 % des peines en cours d'exécution étaient de nature criminelle. A ce titre, 6,3 % des détenus avaient été condamnés à la réclusion criminelle à perpétuité, 22,5 % à des peines comprises entre 20 et 30 ans, 68,7 % à des peines comprises entre 10 et 20 ans, et 2,5 % à des peines comprises entre 5 et 10 ans.
- [19] Parmi les 84,5 % de condamnations correctionnelles :
- 12,3 % concernaient des peines supérieures à 5 ans,
 - 13,2 % concernaient des peines de 3 ans à moins de 5 ans,
 - 34 % concernaient des peines de 1 an à moins de 3 ans et
 - 40,5 % concernaient des peines inférieures ou égales à 1 an.
- [20] La durée moyenne en détention était de 9,7 mois pour l'année 2010.
- [21] Si la population pénale exécute des types et quantums de peines variés, sa répartition par structure d'âge présente une même diversité.

¹⁰ Articles 714 et 717 du code de procédure pénale

¹¹ Article D. 70 du code de procédure pénale

¹² Source DAP, sous-direction des personnes placées sous main de justice (PMJ), bureau PMJ5-8/3/2011

Tableau 2 : Structure d'âge de la population pénale

Tranches d'âge de la population pénale écrouée au 1er janvier 2011	Répartition en %
Moins de 16 ans	0,10 %
16 ans à moins de 18 ans	0,9 %
18 ans à moins de 21 ans	7,5 %
21 ans à moins de 25 ans	17,4 %
25 ans à moins de 30 ans	20,2 %
30 ans à moins de 40 ans	26,2 %
40 ans à moins de 50 ans	16,1 %
50 ans à moins de 60 ans	8 %
Plus de 60 ans	3,6 %

Source : DAP - chiffres clés au 1er janvier 2011

- [22] La moyenne d'âge des personnes détenues était ainsi de 34,6 ans au 1er janvier 2011. La grande majorité des entrants est constituée d'hommes de 18 à 50 ans.
- [23] La population pénale se caractérise également par une surreprésentation des catégories sociales les plus démunies et dont le niveau éducatif est le moins élevé. Ainsi, en 2011, 49 % des détenus étaient sans diplôme, 80 % ne dépassaient pas le niveau CAP, 29 % étaient issus de cursus courts ou d'échecs du système scolaire, 27 % avaient échoué au bilan de lecture et 12 % étaient en situation d'illettrisme.
- [24] Concernant leur état de santé, et d'après les données recueillies en 2003¹³, si huit entrants sur dix présentent un bon état général lors de leur visite médicale d'entrée en détention, à l'inverse, 1,7 % est jugé en mauvais état de santé général. En 2003, près de six entrants sur dix ont déclaré avoir eu au moins un recours au système de soins dans les douze mois précédant leur incarcération soit un taux de fréquentation des médecins généralistes moindre que l'ensemble de la population.
- [25] En revanche, les nouveaux entrants déclarent beaucoup plus de consommations de substances psycho actives (alcool, tabac, drogues illicites, médicaments psychotropes) que l'ensemble de la population.
- [26] A ce titre, près de quatre entrants sur cinq indiquent fumer du tabac quotidiennement et environ une personne sur sept consommer plus de 20 cigarettes par jour. La prévalence du tabac est plus élevée parmi les entrants en prison que dans l'ensemble de la population générale et ce quel que soit l'âge.
- [27] Parallèlement, un peu plus de trois entrants en prison sur dix déclarent une consommation excessive d'alcool.
- [28] Le tiers des nouveaux détenus reconnaît également une consommation prolongée et régulière de drogues illicites, et notamment de cannabis, au cours des 12 mois précédant leur incarcération.
- [29] Un quart des entrants en détention déclarent cumuler au moins deux consommations de substances psycho actives parmi celles précitées.

¹³ Etude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des études statistiques publiée en mars 2005 sur la santé des personnes entrées en prison en 2003

- [30] Six pour cent des entrants en prison souffrent par ailleurs de maladies chroniques ou de limitations fonctionnelles nécessitant des soins ou des traitements médicamenteux à poursuivre en prison. Les personnes incarcérées présentent également des maladies infectieuses chroniques à leur entrée en maison d'arrêt qu'il s'agisse de l'infection VIH pour 1,1 % d'entre elles contre 0,23 % en population générale, de l'hépatite B pour 2,3 % et de l'hépatite C pour 4,8 %. La moitié des arrivants en détention justifient par ailleurs de soins bucco-dentaires dont certains qualifiés d'urgents pour 3 % de la population pénale.
- [31] La prescription d'examen ou de consultations spécialisées permet de repérer les pathologies ou les problèmes de santé rencontrés le plus fréquemment par la population pénale. Ils sont ainsi courant dans les domaines ophtalmologique (1,6 % des entrants), hépato-gastro-entérologique (1,5 % des entrants), cardiologique (1,5 % des entrants), dermatologique (1,1 % des entrants), et pneumologique (0,5 % des entrants).

2. LE SCHEMA NATIONAL D'HOSPITALISATION DES PERSONNES DETENUES : UN DISPOSITIF QUASI EXCLUSIVEMENT ORGANISE PAR LE NIVEAU NATIONAL

2.1. Les UHSI, un dispositif fixé par arrêté ministériel

- [32] La création des UHSI a été prévue par l'arrêté interministériel du 24 août 2000 (annexe 1) qui fixe la liste des neuf établissements de santé dans lesquels ces unités sont implantées, soit : le centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux, le CHU de Lille, les Hospices Civils de Lyon, l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille, le CHU de Nancy, le CHU de Rennes, le CHU de Toulouse et l'Établissement Public de Santé National de Fresnes (EPSNF) en complémentarité avec l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP).
- [33] L'ensemble des UHSI permettra, à l'ouverture de la dernière unité, de disposer de 170 lits de soins aigus et de 52 lits de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle localisés à Marseille pour 12 d'entre eux et à l'EPSNF pour les 40 autres.
- [34] La capacité en lits de chaque UHSI a été déterminée en fonction de critères définis par la mission IGAS/IGSJ précitée dans le cadre de son rapport de juin 1995 à savoir, une projection de la population pénale au 1^{er} janvier 2001, un taux d'hospitalisation égal à 15,8 %, une durée moyenne de séjour de 8 jours et un taux d'occupation de 70 %¹⁴.
- [35] Cet arrêté définit le ressort géographique de chacune de ces structures en fixant la liste des établissements pénitentiaires desservis, tandis qu'un cahier des charges, annexé à ce texte, décrit leur aménagement.
- [36] Si l'article 6 dudit arrêté prévoyait que l'ouverture des unités devait intervenir au plus tard avant le 31 décembre 2003, et ne pas dépasser le 31 décembre 2005 tel qu'indiqué dans la note interministérielle du 3 mars 2004 (annexe 2), elle s'est en réalité opérée de manière progressive et non complète. Ainsi, l'UHSI de Nancy a ouvert en 2004 suivie la même année par celle de Lille, et rejointes par Lyon en 2005, puis Bordeaux, Marseille et Toulouse en 2006.
- [37] S'agissant du pôle parisien, le choix s'est porté sur une UHSI « bipolaire » rassemblant l'AP-HP et l'EPSNF. En ce qui concerne l'UHSI de l'AP-HP, implantée au sein du Groupe Hospitalier de la Pitié-Salpêtrière (GHPS), la montée en charge des lits s'est échelonnée sur trois années avec 12 lits ouverts en 2008, 15 en 2009 et 25 fin 2010.
- [38] A ce jour, seule l'UHSI de Rennes n'est toujours pas ouverte en raison de difficultés techniques liées à la construction du bâtiment. Aussi, la livraison devrait-elle intervenir au dernier trimestre 2012 en lieu et place de mars 2007 tel qu'initialement prévu.

¹⁴ Page 4 de la note interministérielle du 3 mars 2004

- [39] L'arrêté du 24 août 2000 prévoit également que chaque UHSI élabore un protocole déterminant les effectifs de personnels affectés à la fois par l'administration pénitentiaire pour assurer la garde des détenus à l'intérieur de la structure, mais aussi par les forces de police ou de gendarmerie pour garantir la sécurité extérieure de l'unité et le contrôle de son accès. Concernant les escortes « aller » et « retour » des détenus de l'établissement pénitentiaire vers l'établissement de santé, et celle des détenus à l'intérieur de la structure hospitalière lorsqu'ils doivent accéder aux plateaux techniques, les dispositions du texte prévoient une intervention exclusive des forces de police ou de gendarmerie.
- [40] Ces dispositions ont toutefois évolué à la faveur de la loi d'orientation et de programmation pour la sécurité intérieure du 29 août 2002¹⁵. Ainsi, les principes généraux sur les orientations de la politique de sécurité intérieure figurant en annexe de la loi, prévoient explicitement qu'il convient de « mettre un terme à l'emploi des policiers et des gendarmes dans des fonctions qui ne sont pas strictement liées à la sécurité », et de réduire « au strict minimum » les gardes statiques confiées aux policiers et gendarmes. Est parallèlement annoncée une réflexion sur les moyens de confier à l'administration pénitentiaire la charge des extractions et des transfèvements de détenus ainsi que leur surveillance en cas d'hospitalisation.
- [41] C'est dans ce contexte qu'une réunion interministérielle de novembre 2006 a acté le transfert à l'administration pénitentiaire des missions relatives aux gardes et escortes des détenus hospitalisés dans les établissements de santé ou dans les UHSI. Il en résulte, et alors même que l'article D. 394 du code de procédure pénale n'a pas été modifié pour tenir compte de ces évolutions, que cinq directions inter régionales des services pénitentiaires (DISP)¹⁶ ont repris l'ensemble des missions de garde et d'escorte dévolues aux forces de l'ordre à l'exception des seules gardes statiques au sein des hôpitaux de rattachement et des plateaux techniques relevant de l'UHSI¹⁷. Les DISP de Bordeaux et Nancy rejoindront ce nouveau dispositif en septembre 2011 et celle de Rennes lors de l'ouverture de l'UHSI en 2012.

2.2. Une organisation de l'hospitalisation des personnes détenues déterminée par une note inter ministérielle

- [42] L'organisation de l'hospitalisation des personnes détenues résulte de la note interministérielle du 3 mars 2004 relative à l'ouverture et au fonctionnement de l'UHSI de Nancy. Ce document, qu'il convenait d'adapter à l'issue du bilan effectué après les premiers mois de fonctionnement de l'unité de Nancy, devait préfigurer la circulaire interministérielle afférente à la mise en œuvre du SNH des détenus et au fonctionnement des UHSI.
- [43] Or, force est de constater que la circulaire interministérielle annoncée n'a jamais été élaborée, laissant les acteurs locaux se référer, au-delà des textes réglementaires, à la seule note précitée pour assurer l'organisation du SNH.
- [44] Ce schéma, qui concerne l'ensemble des hospitalisations somatiques à l'exception de celles relevant d'un service de psychiatrie, a pour but à la fois d'améliorer les conditions d'hospitalisation des personnes détenues et de rationaliser leur surveillance.

¹⁵ Loi n° 2002-1094 du 29 août 2002 d'orientation et de programmation pour la sécurité intérieure

¹⁶ Lille, Lyon, Marseille, Paris et Toulouse

¹⁷ A noter toutefois que pour l'UHSI de Paris, les gardes statiques sur les plateaux techniques du GHPS relèvent de l'administration pénitentiaire

[45] A cet effet, deux niveaux d'hospitalisation ont été définis conformément aux textes réglementaires applicables¹⁸ :

- les hospitalisations urgentes ou programmées de très courte durée qui relèvent de l'établissement de santé de proximité dont dépend l'UCSA et qui est signataire d'un protocole avec l'établissement pénitentiaire d'implantation de l'UCSA. L'urgence répond aux situations où le pronostic vital est engagé mais aussi aux cas nécessitant des actes diagnostiques ou thérapeutiques immédiats. Quant à l'hospitalisation programmée de très courte durée, elle correspond à une durée de séjour inférieure ou égale à 48 heures. Ces hospitalisations se déroulent dans des chambres dites sécurisées si l'hôpital en dispose ou si l'état de santé de la personne détenue ne requiert pas une hospitalisation en service spécialisé ;
- et les autres hospitalisations programmées qui sont organisées selon un mode inter régional au sein des UHSI. Ces unités sont des structures hospitalières à vocation médico-chirurgicale au sein desquelles les soins sont dispensés dans les mêmes conditions que dans les autres unités d'hospitalisation du centre hospitalier. Elles accueillent des personnes des deux sexes majeures et mineures à partir de 13 ans. Elles reçoivent les hospitalisations d'une durée supérieure ou égale à 48 heures, les suites d'hospitalisation réalisées en urgence, ainsi que les personnes incarcérées dans les établissements pénitentiaires situés dans la ville siège de l'UHSI¹⁹ nécessitant une hospitalisation soit en urgence, soit de courte durée ou programmée quelle qu'en soit la durée.

[46] La note interministérielle décline les modalités d'articulation entre les différents acteurs œuvrant à la réalisation de trois objectifs que sont la qualité des soins, la prévention des évasions et la sécurité des personnes et des biens. Pour y parvenir, une commission de coordination locale, présidée par le directeur du CHU, se réunit régulièrement en fonction des difficultés rencontrées. Elle est complétée par un comité de suivi de niveau national regroupant la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) et la direction de l'administration pénitentiaire. Il est par ailleurs préconisé de mettre en œuvre des outils spécifiques pour le fonctionnement des UHSI tels que la rédaction d'un règlement intérieur et d'un protocole de fonctionnement avec les UCSA qui sollicitent l'envoi des patients vers ces structures.

[47] Elle précise enfin que les principes généraux relatifs aux droits des malades s'appliquent pleinement aux personnes détenues.

2.3. Une procédure de financement centralisé qui tient lieu de label, et de fait de reconnaissance, des chambres sécurisées

[48] En cas d'hospitalisation d'urgence ou de très courte durée inférieure à 48 heures, la prise en charge médicale des personnes détenues s'effectue, en application de la circulaire interministérielle du 13 mars 2006²⁰ (annexe 3) se substituant à la note du ministère de l'intérieur du 17 mai 2001, dans des chambres sécurisées implantées au sein des hôpitaux de proximité signataires du protocole avec les établissements pénitentiaires. Ces chambres ont vocation à compléter les UHSI dans le cadre du schéma national d'hospitalisation des personnes détenues.

[49] Dans les départements d'outre-mer, en revanche, à défaut d'implantation d'UHSI, les hospitalisations, quelle que soit leur durée, sont toutes réalisées dans l'établissement de santé de proximité ayant signé le protocole ou, lorsque le plateau technique de l'hôpital n'est pas adapté, dans l'établissement de santé le plus proche répondant à l'état de santé de la personne détenue.

¹⁸ Cf paragraphe 1.1

¹⁹ A l'exception de l'UHSI relevant du GHPS qui n'est pas un établissement de rattachement d'une UCSA

²⁰ Circulaire interministérielle DAP/DHOS/DGGN du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé

- [50] L'implantation de ces chambres doit satisfaire à des critères spécifiques : se situer au sein d'un même service actif de l'hôpital, le plus près possible du plateau technique, de préférence en étage et présenter un aspect extérieur banalisé. L'aménagement et l'ameublement des chambres sont par ailleurs définis dans un cahier des charges joint à la circulaire.
- [51] Le nombre de ces chambres a été déterminé en fonction de la capacité théorique des établissements pénitentiaires pondéré par l'effectif moyen des personnes détenues au cours de l'année 2003. A ce titre :
- les établissements pénitentiaires ayant une capacité égale ou inférieure à 200 places disposent d'une chambre sécurisée dans l'hôpital de proximité ;
 - les établissements pénitentiaires ayant une capacité de 200 à 600 places disposent de deux à trois chambres sécurisées dans l'hôpital de proximité ;
 - les établissements pénitentiaires ayant une capacité supérieure à 600 places disposent de trois à cinq chambres sécurisées dans l'hôpital de proximité.
- [52] Un objectif de 250 chambres sécurisées à réaliser dans 133 établissements de santé a été fixé dans un délai de trois ans suivant la publication de la circulaire précitée. Leur localisation a fait suite aux décisions de comités interministériels tenus entre 2002 et 2006²¹. Le dispositif prévoyait une répartition entre les 42 chambres déjà implantées dans 25 hôpitaux et répondant aux normes de sécurité du cahier des charges, et les 208 à mettre aux normes ou à créer dans 108 hôpitaux. Seuls six établissements hospitaliers étaient dépourvus d'un tel agencement.
- [53] Leur mise en œuvre implique le respect d'une procédure lourde constituée de six étapes pilotées par le préfet du département en concertation avec l'ARS et les établissements de santé concernés :
1. un dossier technique de demande d'autorisation de création ou d'aménagement de chambre sécurisée doit être constitué par le directeur de l'établissement de santé sur la base du cahier des charges susvisé. Ce dossier s'accompagne également d'une demande de subvention pour les travaux de sécurisation engagés. A réception, le préfet fait procéder à l'instruction du dossier en recueillant les avis de l'ARS, de la DISP, du directeur départemental de la sécurité publique (DDSP) ou du commandant de groupement de gendarmerie nationale selon la zone de compétence ;
 2. dès ces avis recueillis, sous un délai maximum de trois mois, le préfet adresse, pour validation, le dossier complet par voie électronique et sous support papier à la direction générale de la police nationale (DGPN) ou à la direction générale de la gendarmerie nationale (DGGN) selon la zone de compétence ainsi qu'à la direction de l'administration pénitentiaire (DAP). Celle-ci doit valider le dossier sous l'angle technique, quant à la sécurisation de la chambre, et financier pour le versement de la subvention afférente ;
 3. après examen du dossier et accord rendu par les administrations centrales respectives, le dossier est transmis par la DAP au préfet du département qui saisira l'ARS et l'établissement de santé aux fins de réalisation des travaux, et informera de cette transmission le directeur de la DISP, ainsi que le DDSP ou le commandant de groupement de gendarmerie nationale ;
 4. une fois les travaux réalisés, les représentants des différentes administrations concernées à savoir l'ARS, la DISP, la direction départementale de la sécurité publique ou le groupement de la gendarmerie nationale s'assurent respectivement de la conformité des travaux au cahier des charges et établissent un procès-verbal transmis au préfet ;
 5. le préfet adresse ensuite le procès-verbal à l'ARS ainsi qu'aux administrations centrales concernées soit la DAP, la DGPN ou la DGGN ;

²¹ Comités interministériels des 26 avril 2002, 25 février 2004, 29 septembre 2004 et 3 janvier 2006

6. enfin, et à réception de ce procès-verbal, le ministère de la justice délègue aux DISP les crédits de paiement relatifs aux travaux de sécurisation des chambres destinés ensuite aux établissements de santé sur présentation de justificatifs prouvant l'exécution des travaux. Le montant de la subvention est fixé à 15 245 € par chambre.

[54] En complément, le ministère de la santé a initié une politique d'incitation à la réalisation de ces chambres en allouant à l'établissement de santé un budget au titre des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) d'un montant de 45 600 € par chambre destinée à compenser l'immobilisation de ces chambres au profit des personnes détenues. Cette subvention, dont le versement n'est pas subordonné à celui de la DAP, est allouée dès lors qu'un dossier de sécurisation est en cours d'instruction et que les démarches de conformité ont été initiées.

[55] La circulaire interministérielle prévoyait que ce programme devait être finalisé en 2008, sauf cas particuliers. Plus de cinq ans après le lancement de cette politique de sécurisation de chambres en milieu hospitalier, la mission a constaté que l'objectif était loin d'être atteint. Le tableau ci-dessous résume les données chiffrées recueillies.

Tableau 3 : Etat des lieux des chambres sécurisées au 26 janvier 2011

Etat des lieux des chambres sécurisées au 26 janvier 2011 DAP/DGOS	
Nombre de sites hospitaliers	133
Nombre de chambres sécurisées ayant reçu une subvention DAP (objectif 250)	57
Nombre de chambres pour lesquelles un dossier est en cours d'instruction à la DAP	45
Nombre de chambres financées par la MIGAC	127
Nombres de chambres utilisées	235

Source : DAP et DGOS

[56] Ces éléments permettent de vérifier que sur un total de 235 chambres utilisées, seules 57 sont aux normes et ont reçu le financement de l'administration pénitentiaire leur conférant le label de chambres sécurisées. Elles coexistent ainsi avec 178 chambres qui font office de chambres sécurisées et qui sont financées pour 127 d'entre elles par le seul ministère de la santé.

2.4. *Un système d'information pour le pilotage récent et en phase de maturation*

- [57] Lors d'une réunion nationale des UHSI organisée par la DGOS en janvier 2008, chacune d'elle a présenté son rapport d'activité portant sur les années écoulées depuis son ouverture. Devant l'hétérogénéité des présentations des données, la DGOS a mis en place un rapport d'activité standardisé dès le début de la même année. Les UHSI l'ont renseigné de façon rétrospective pour l'année 2007, puis chaque année. Il est à remarquer que l'EPSNF n'entre pas dans ce recueil de données.
- [58] Par ailleurs, le rapport d'activité standardisé des UCSA contient, notamment, des données concernant l'activité d'hospitalisations des personnes détenues en dénombrant le nombre d'extractions demandées et réalisées pour hospitalisation en UHSI et hors UHSI. Son élaboration a fait l'objet d'un groupe de travail national, piloté par D.Peton-Klein, directeur de projet « santé des détenus » à la DGOS. Ce groupe de travail, comprenant des représentants des UCSA et des ARS, a rendu ses conclusions en mai 2008. Le rapport d'activité a été testé auprès de 16 UCSA en mai et juin 2008 puis généralisé au 1er trimestre 2009 pour le recueil des données 2008.
- [59] Un info centre, l'Observatoire des Structures de Santé des personnes Détenues (OSSD) a été mis en œuvre en juin 2010. Il a comme objectifs de :
- *« disposer des éléments permettant aux ministres et aux directeurs d'administration centrale de communiquer sur l'évolution des moyens mis en œuvre au sein des structures sanitaires (ambulatoires et hospitalières) de prise en charge des personnes détenues et de l'activité déployée ;*
 - *disposer des éléments permettant aux directions d'administration centrale d'adapter les organisations et les moyens financiers attribués ;*
 - *donner aux ARS les éléments leur permettant d'élaborer leur Projet Régional de Santé et Schéma Régional d'Organisation des Soins dans ce domaine d'activité ;*
 - *permettre aux établissements de santé d'avoir des éléments de comparaisons ».*
- [60] En mai 2011, l'OSSD contient l'ensemble des données du rapport d'activité 2009 des UCSA ; le recueil 2010 est en cours. Il a été renseigné dès la première année par 174 des 175 UCSA.
- [61] En revanche, les rapports d'activité des UHSI ne sont pas disponibles par l'intermédiaire de l'OSSD.
- [62] En ce qui concerne la source de données d'activité médicalisées que constitue le Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI), une attention particulière est portée, à partir du 1^{er} mars 2011, au recueil d'informations concernant les soins dispensés aux personnes détenues. Elle se traduit par l'identification de l'UHSI comme nouveau type d'autorisation d'unité médicale et l'incitation à enregistrer l'item « Emprisonnement et autre incarcération » en position de diagnostic associé pour tous les séjours d'une personne détenue en UHSI ou non (code Z65.1). Le codage de ces deux variables n'a pas d'impact sur le financement et ne s'applique qu'aux activités de soins aigus.
- [63] Ceci devrait permettre d'extraire de la base nationale du PMSI d'une part toutes les données d'activité des UHSI et d'autre part celles concernant les séjours hospitaliers de personnes détenues quelque soit le lieu d'hospitalisation. Cependant, à ce jour, le code Z65.1 est peu renseigné²².

²² Cf paragraphe 3.5

3. UN DISPOSITIF DE SOINS AIGUS REpondant GLOBALEMENT AUX BESOINS D'HOSPITALISATION MAIS SURTOUT EN ETABLISSEMENT DE SANTE DE RATTACHEMENT

3.1. *Un taux d'hospitalisations demandées proche de celui de la population générale à sexe et âge identiques mais différencié selon le type de population carcérale*

[64] D'après les données de l'Observatoire des Structures de Santé des personnes Détenues (OSSD), 9 149 extractions pour hospitalisation ont été demandées, en 2009, par les médecins des UCSA dont 5 131 en établissements de rattachement (56 %), 2 882 en UHSI (32 %) et 1 136 dans d'autres établissements (12 %). Il est à noter que l'Ile-de-France regroupe 40 % de ces dernières qui ne représentent que 7 % des hospitalisations dans les autres régions.

[65] Afin d'apprécier le taux d'hospitalisation de la population carcérale, on peut le comparer à celui observé la même année en population générale (annexe 4).

[66] Une telle comparaison pour être valide nécessite de :

- prendre en compte pour la population générale l'hospitalisation hors venues pour séance ;
- tenir compte de la structure d'âge et de sexe de la population carcérale, notoirement différente de celle de la population générale.

[67] On calcule, ainsi, un nombre d'hospitalisations attendues en appliquant à la structure d'âge et de sexe de la population carcérale les taux d'hospitalisations observés en population générale.

Tableau 4 : Hospitalisations attendues pour la population écrouée au 1^{er} janvier 2009

Tranches d'âge	Femmes	Hommes	Ensemble des écroués	Taux en population générale Femmes (0/00)	Taux en population générale Hommes (0/00)	Nombre d'hospitalisations attendues Femmes	Nombre d'hospitalisation attendues Hommes	Ensemble
13 à 15 ans	3	54	57	98,9	100,6	0	5	6
16 et 17 ans	22	602	624	123,2	119,8	3	72	75
18 à 20 ans	111	4 775	4 886	107,6	105,7	12	505	517
21 à 24 ans	277	11 203	11 480	110,0	107,1	30	1 200	1 231
25 à 29 ans	362	12 850	13 212	121,8	112,0	44	1 439	1 483
30 à 39 ans	686	16 457	17 143	148,0	126,7	101	2 085	2 186
40 à 49 ans	512	10 557	11 069	191,9	182,2	98	1 924	2 022
50 à 59 ans	241	5 001	5 242	248,9	290,6	60	1 453	1 513
60 ans ou plus	62	2 403	2 465	432,0	549,8	27	1 21	1 348
Tous âges	2 276	63 902	66 178			376	10 004	10 380

Source : DAP/PMJ/PMJ5/Statistiques trimestrielles, base nationale PMSI-MCO 2009 DGOS-ATIH, exploitation DREES, ELP INSEE et mission

[68] Ainsi, on observe, en 2009, un taux d'hospitalisations demandées de 138,2 pour 1 000 personnes écrouées pour un taux d'hospitalisations attendues de 156,8 pour 1 000.

[69] En complément, il convient de préciser que deux catégories de personnes sont écrouées en établissement pénitentiaire, celles qui y sont hébergées et celles qui n'y séjournent pas. A priori, et pour ces dernières, lorsque leur état de santé nécessite une hospitalisation, celle-ci se déroule en milieu libre.

[70] L'importance relative de la population écrouée non hébergée²³ influe sur le nombre d'hospitalisations attendues à taux de recours identique à celui de la population générale.

Tableau 5 : Hospitalisations attendues pour la population détenue en 2009

Tranches d'âge	Population détenue	Taux d'hospitalisation en population générale (0/00)	Nombre d'hospitalisations attendues
De 13 à 15 ans	68	99,8	7
16 et 17 ans	607	121,5	74
De 18 à 20 ans	4 330	106,6	462
De 21 à 24 ans	10 326	108,6	1 121
De 25 à 29 ans	12 301	116,9	1 438
De 30 à 39 ans	16 427	137,4	2 257
De 40 à 49 ans	10 585	187,1	1 981
De 50 à 59 ans	5 162	269,2	1 390
60 ans ou plus	2 450	482,7	1 183
Tous âges	62 256		9 912

Source : DAP/PMJ/PMJ5 statistique mensuelle de la population écrouée/FND, base nationale PMSI-MCO 2009 DGOS-ATIH, exploitation DREES, ELP INSEE et mission

[72] Il est à noter que ce dernier nombre d'hospitalisations attendues est surestimé. En effet :

- le taux d'hospitalisation dans la population générale, sexes confondus, est supérieur à celui de la seule population masculine pour les tranches d'âge les plus représentées dans la population carcérale ;
- la population masculine est sur représentée dans la population détenue.

[73] Si on prend comme référence la population des personnes détenues, le taux d'hospitalisations attendues est de 159,2 pour 1 000 pour un taux d'hospitalisations demandées de 147 pour 1 000.

[74] En tout état de cause, la demande d'hospitalisation pour la population carcérale est inférieure de 8 à 10 % à celle qu'on observerait à taux de recours identiques par sexe et âge à ceux de la population générale. Ceci peut paraître surprenant si on estime que la morbidité de la population carcérale serait supérieure à celle de la population générale.

[75] En fait, de l'avis unanime de l'ensemble des médecins d'UCSA rencontrés, ce constat tient essentiellement à la situation des personnes prévenues, condamnées à de courte peine ou dont le reliquat de peine est faible. En effet, il est alors fréquent que la personne détenue demande à retarder son hospitalisation à sa libération. Dans ce cas, le médecin ne sollicite pas l'hospitalisation dès lors que l'état de santé est compatible avec un tel report. Certains praticiens soulignent également qu'il n'est pas demandé d'hospitalisation lorsque son délai de réalisation n'est pas compatible avec la durée de la détention restant à subir.

[76] Ces observations sont confirmées par les données issues de l'OSSD. En effet, le taux d'hospitalisations demandées dans les établissements ne recevant que des personnes condamnées est très supérieur à celui observé dans les autres établissements.

²³ Au 1^{er} mars 2011, 7 513 personnes sur un total de 70 198 personnes écrouées

Tableau 6 : Hospitalisations demandées en 2009 selon le type d'établissement pénitentiaire hors établissements pour mineurs

Type d'établissement pénitentiaire	Population écrouée	Nombre d'hospitalisations demandées	Taux d'hospitalisations demandées (0/00)
Maison d'Arrêt	33 615	3 909	116,3
Centre Pénitentiaire	21 636	2 851	131,8
Centre de Détention et Maison centrale	11 829	2 329	196,9

Source : Données issues de l'Observatoire des Structures de Santé des personnes Détenues et de la Direction de l'Administration Pénitentiaire – exploitation par la mission

Tableau 7 : Hospitalisations attendues en 2009 pour la population écrouée selon le type d'établissement pénitentiaire

Tranches d'âge	En Maison d'Arrêt ou Quartier de Maison d'Arrêt			En établissements pour peine		
	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes
De 13 à 15 ans	0	4	4	0	2	2
16 et 17 ans	1	49	50	1	25	26
De 18 à 20 ans	11	443	454	1	60	61
De 21 à 24 ans	27	921	948	6	263	268
De 25 à 29 ans	40	1 053	1 093	9	383	392
De 30 à 39 ans	75	1 464	1 539	24	624	648
De 40 à 49 ans	62	1 181	1 243	33	653	686
De 50 à 59 ans	39	823	863	25	625	651
60 ans ou plus	17	627	644	11	625	636
Tous âges	273	6 565	6 837	109	3 260	3 370
Taux attendu (0/00)			144,9			177,3

Source : DAP/PMJ/PMJ5/Statistiques trimestrielles, base nationale PMSI-MCO 2009 DGOS-ATIH, exploitation DREES et ELP INSEE

[77] Le taux d'hospitalisations demandées dans les établissements recevant des personnes prévenues, condamnées à de courtes peines ou subissant un reliquat de peine faible est inférieur au taux attendu (144,9 pour 1 000). A contrario, il est supérieur au taux attendu (177,3 pour 1 000) dans les établissements pour peine.

[78] Ainsi, la demande d'extractions pour hospitalisation (9 149) est proche du nombre attendu (9 912) si on se réfère à la structure d'âge et de sexe de la population carcérale. Elle n'est inférieure à ce nombre que si la durée d'incarcération restant à exécuter est relativement faible permettant ainsi un report de l'hospitalisation à la libération de la personne détenue.

[79] Il convient également de souligner que les taux d'hospitalisations demandées varient selon les territoires de compétence des UHSI. Si on tient compte du type d'établissements pénitentiaires (maison d'arrêt ou établissements pour peine) implantés dans ces différents territoires, de telles différences s'estompent (annexe 5).

3.2. *Un taux élevé de réalisation des hospitalisations demandées mais pouvant encore être amélioré*

[80] D'après les données de l'OSSD, en 2009 sur les 9 149 hospitalisations demandées, 8 727 ont été réalisées, soit un taux de réalisation de 95,4 %.

[81] Ce taux de réalisation est de 94 % en établissements de rattachement et de 97 % en UHSI ainsi que pour les autres établissements de santé.

[82] Seuls deux territoires de compétence des UHSI ont un taux de réalisation inférieur à 95 % : celui de Rennes (80 %) dont l'UHSI n'ouvrira qu'au dernier trimestre 2012 et celui de Toulouse (90 %).

[83] Il varie peu selon le type d'établissement pénitentiaire : 94 % pour les maisons d'arrêt, 95,4 % pour les centres pénitentiaires et 97,7 % pour les maisons centrales et les centres de détention.

[84] Les différents acteurs de terrain, notamment les praticiens des UCSA et des UHSI, auditionnés par la mission, ont une analyse commune du taux de réalisation.

[85] D'après eux, la raison principale de non réalisation est le refus de l'hospitalisation par la personne détenue elle-même. Les motivations de ces refus sont :

- le fait que le transfert en établissement de santé est annoncé au dernier moment ;
- les conditions de détention lors de l'hospitalisation.

[86] Si le médecin de l'UCSA prévient toujours son patient de l'indication d'hospitalisation et de son motif, la date ne lui en est jamais communiquée conformément aux pratiques de l'administration pénitentiaire, justifiées pour des raisons de sécurité. De ce fait, au moment de l'annonce de leur transfert immédiat, les personnes détenues peuvent être sur le point d'aller en cour de promenade, travailler, faire du sport ou exercer toute autre activité que beaucoup d'entre elles privilégient par rapport à leur hospitalisation. De même, ne sont-elles pas dans de bonnes conditions pour préparer leur « paquetage ».

[87] Les conditions de détention lors de l'hospitalisation sont jugées par les personnes incarcérées comme plus mauvaises qu'en établissement pénitentiaire en raison de l'absence de contact social avec les autres détenus, d'activité, de cour de promenade, de l'impossibilité de fumer ou de la crainte de ne pas pouvoir bénéficier de parloirs familiaux.

[88] Les refus d'hospitalisations par les personnes détenues sont plus fréquents que ne le laisse penser leur taux de réalisation, car un grand nombre sont reportées suite à une pression insistante du médecin.

[89] La réalisation des hospitalisations est également subordonnée à la gestion des escortes qui reste à ce jour un des volets les plus sensibles de la prise en charge médicale des détenus.

[90] En effet, si des efforts incontestables de rationalisation, de mutualisation et d'organisation des équipes pénitentiaires et des moyens matériels dont elles disposent localement ont été accomplis par les DISP, parallèlement, l'amélioration de l'offre de soins aux personnes détenues associée à un nombre important des entrants en détention, entraîne mécaniquement un seuil incompressible des déplacements hors des établissements pénitentiaires et de gardes sur les plateaux techniques.

[91] Les contraintes liées au nombre d'escortes possibles en fonction des effectifs de personnel pénitentiaire ne sont pas décrites comme un motif réel de non réalisation d'une hospitalisation. Mais, faute de moyens, des choix s'opèrent entre les détenus pour prioriser leurs extractions. Ainsi, pour satisfaire les hospitalisations en urgence, il est fréquent de reporter des hospitalisations programmées obligeant les personnels de santé à planifier une nouvelle intervention. Et surtout, la priorité étant accordée aux hospitalisations, elles génèrent des reports voire des annulations d'extractions pour les consultations et les examens spécialisés. A titre d'illustration, d'après les données de l'OSSD, le taux de réalisation des extractions pour consultations ou examen spécialisé (90 %) est inférieur à celui des hospitalisations. Les personnels soignants sont donc obligés d'intégrer, dans l'organisation des soins, les possibilités maximales d'extraction journalières des équipes d'escorte.

3.3. *Les UHSI : des indicateurs statistiques d'activité médiocres mais en voie d'amélioration, des pathologies prises en charge conformes à leur mission de polyvalence et un apport reconnu par les acteurs de terrain*

3.3.1. Des taux d'occupation faibles mais une activité en progression et des durées moyennes de séjour en diminution

[92] L'ouverture de 7 UHSI sur 8 s'est échelonnée de janvier 2004 pour Nancy, à octobre 2008 pour Paris (AP-HP). Mis à part celles de Paris et Marseille, elles ont fonctionné à pleine capacité dès l'ouverture.

[93] L'ouverture de celle de Rennes a été retardée à plusieurs reprises du fait de problèmes importants de chantier ; elle devrait être fonctionnelle en fin d'année 2012.

[94] En 2010, 140 des 170 lits autorisés étaient installés.

[95] Il est à noter que les contraintes particulières de fonctionnement des UHSI ne permettent pas une comparaison directe de leurs indicateurs d'activité avec ceux observés en milieu hospitalier ordinaire. Il convient de rappeler, à ce titre, que les capacités autorisées des UHSI ont été fixées selon les critères suivants : durée moyenne de séjour de 8 jours et taux d'occupation de 70 %²⁴.

[96] L'organisation des escortes pour ramener les détenus vers leurs établissements pénitentiaires d'origine à la fin de l'hospitalisation participe à l'allongement des durées de séjour. Ainsi, à partir du moment où le praticien hospitalier a délivré un certificat de sortie au patient, son maintien peut être artificiellement prolongé à l'UHSI le temps de constituer une équipe pour organiser son retour ou permettre à l'établissement pénitentiaire de venir le rechercher. Un délai pouvant aller jusqu'à 8 jours est parfois nécessaire pour les escortes assurées par les forces de l'ordre.

[97] De même, le nombre limité d'escortes simultanées pour l'extraction du patient de l'UHSI vers le plateau technique du CHU peut être source d'allongement de la durée de séjour en ralentissant le parcours de soins.

[98] Enfin, une sortie d'hospitalisation vers un lieu de détention peut nécessiter un état de santé encore plus consolidé que dans le cas d'un retour à domicile, d'autant que les besoins de soins de suite et de réadaptation ne sont pas couverts de façon optimale²⁵. Ceci est également une source d'augmentation de la durée de séjour.

²⁴ Cf note inter ministérielle du 3 mars 2004 (annexe 2)

²⁵ Cf paragraphe 4

[99] Par ailleurs, un des facteurs expliquant le taux d'occupation faible des UHSI vient du refus des personnes détenues d'y être hospitalisées en raison du sentiment de sur enfermement que l'organisation de ces structures engendre. Surnommés « quartiers disciplinaires de luxe », ces unités hospitalières sont gérées, sur le plan pénitentiaire, selon un régime de maison d'arrêt qui prive les patients des conditions de vie plus souples dont ils bénéficient par exemple en centre de détention. A cet égard, ils ne disposent pas de lieu de promenade permettant de s'aérer et de bénéficier de liens sociaux avec leurs codétenus. Si des parloirs sont organisés, ils sont toutefois moins fréquents en raison de l'éloignement géographique des familles des patients détenus. Enfin, dépourvues pour la plupart de salles d'activités, ces unités n'offrent que la télévision dans la chambre et quelques livres pour occuper des détenus que l'isolement total rend difficiles à canaliser voire à maîtriser.

Tableau 8 : UHSI – Capacités et taux d'occupation

UHSI	Capacités autorisées	Capacités installées				Taux d'occupation			
		2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
Bordeaux	16	16	16	16	16	78 %	73 %	73 %	67 %
Lille	21	21	20	20	21	60 %	58 %	56 %	48 %
Lyon	23	23	23	24	23	69 %	64 %	73 %	64 %
Marseille	33	17	17	17	27	87 %	87 %	79 %	65 %
Nancy	17	17	17	17	17	68 %	62 %	63 %	52 %
Paris AP-HP	25	0	12	14	20 ²⁶			60 %	70 %
Toulouse	16	16	16	16	16	46 %	45 %	45 %	36 %
Rennes	19								
Ensemble	170	110	121	124	140	69 %	62 %	65 %	56 %

Source : DGOS, Rapport d'activité uniformisé des UHSI

Tableau 9 : Activité des UHSI – Durées moyennes de séjour et nombre de séjours

UHSI	DMS				Séjours			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
Bordeaux	11,8	11,7	10,5	9,2	377	404	408	422
Lille	10,0	8,0	7,0	6,9	486	480	560	589
Lyon	15,9	13,1	12,4	10,4	370	414	467	514
Marseille	11,9	11,5	10,8	9,7	442	590	535	609
Nancy	8,8	8,0	7,6	6,2	469	484	524	510
Paris AP-HP			8,7	10,1			309	413
Toulouse	9,0	8,1	7,4	5,1	333	365	386	447
Ensemble	11,2	10,0	9,2	8,2	2477	2737	3189	3504

Source : DGOS, Rapport d'activité uniformisé des UHSI – exploitation par la mission

²⁶ 15 lits jusqu'au 30/06 puis 25 lits

- [100] On constate malgré tout que l'activité des UHSI est en progression constante. Le nombre de séjours a augmenté de 141 % entre 2007 et 2010. Si on ne prend en compte que les structures en fonctionnement sur la totalité de la période, cette progression est de 125 %. Elle varie selon les UHSI de 109 % pour Nancy à 139 % pour Lyon.
- [101] Parallèlement, les durées de séjour ont diminué de façon sensible : moins 3 jours en 4 ans pour s'établir à 8,2 jours en 2010. Elles sont particulièrement brèves à Toulouse, Nancy et Lille. La programmation de la date de sortie du patient dès l'admission du patient permet à l'administration pénitentiaire de s'organiser pour assurer le transfert du patient sans délai. Cette pratique est notamment développée à Toulouse dont la durée moyenne de séjour est particulièrement courte. De même, la programmation avant l'admission du patient en UHSI des dates de rendez-vous sur le plateau technique a un impact très positif sur la durée de son séjour.
- [102] Lorsque l'administration pénitentiaire a repris la mission de réalisation des transferts, à l'exception des DSIP de Toulouse et Nancy qui l'assumeront en septembre 2011 et Rennes en 2012, les délais d'escortes ont été notablement réduits. Ils sont ainsi passés d'une durée comprise entre une demi-journée le plus souvent, comme c'est par exemple le cas à Lyon grâce à la mutualisation des équipes de transfert entre l'UHSI et l'UHSA, à 2 jours maximum. Il est à noter que la durée moyenne de séjour de l'UHSI de Lyon est passée de 12,4 jours en 2009 à 10,4 jours en 2010.
- [103] Ainsi, malgré l'augmentation du nombre de séjours, les taux d'occupation sont en régression pour atteindre un taux global de 56 %.
- [104] Cette évolution est uniforme pour toutes les UHSI, à l'exception de celle de l'AP-HP qui est encore en période de montée en charge.

3.3.2. Des pathologies prises en charge conformes à la mission de polyvalence dévolues aux UHSI

- [105] A la demande de la mission, les directions des établissements de santé ont adressé les données PMSI 2010 des UHSI à l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) qui en a assuré le traitement. L'ensemble des éléments figurant ci-dessous résultent de l'exploitation des données fournies.
- [106] Conformément à la mission de polyvalence qui leur est dévolue, à l'exception de l'obstétrique et de la périnatalité qui relèvent du milieu hospitalier ordinaire, les UHSI prennent en charge la totalité des types d'affections dont sont atteintes les personnes détenues.
- [107] La répartition entre ces différents types d'affection est proche de celle observée dans l'ensemble des établissements de santé (annexe 6).
- [108] On note cependant une plus grande fréquence des pathologies respiratoires (10,2 % vs 4,8 %), de l'appareil cardio-vasculaire (15,2 % vs 9,2 %), des affections myéloprolifératives et tumorales (4,4 % vs 1,8 %) des pathologies endocriniennes (4,7 % vs 2,6 %), des traumatismes, empoisonnement et traumatismes graves (3 % vs 1,3 %) et des maladies liées au VIH (0,6 % vs 0,1 %). A contrario, la prise en charge des pathologies ophtalmologiques est nettement moindre ; notons à ce propos, que les motifs d'hospitalisations pour de telles pathologies, en population générale, sont le plus souvent la chirurgie de la cataracte.
- [109] A l'exception des pathologies ophtalmologiques, endocriniennes, des affections myéloprolifératives et tumorales, des maladies et troubles mentaux, et celles liées au VIH, la répartition entre les différents types d'affections se différencie davantage de celle observée dans les CHU sièges d'UHSI.
- [110] Pour toutes les pathologies, les durées moyennes de séjour sont significativement supérieures à celles observées dans les autres établissements de santé.

- [111] Le niveau de sévérité des séjours mesuré selon les critères du PMSI (annexe 7) est globalement inférieur à ceux en CHU sièges d'UHSI ou dans l'ensemble des établissements de santé publics ou privé d'intérêt collectif (ESPIC).
- [112] Les niveaux 1 ou 2 représentent 70 % des séjours contre 29 % en CHU et 26 % dans les établissements publics et privés d'intérêt collectif (ESPIC). En prenant en compte le niveau A, les séjours de faible niveau de sévérité totalisent respectivement 70 % des séjours en UHSI, 33 % en CHU et dans les établissements publics et ESPIC. Si on y ajoute le niveau Z correspondant à l'absence de subdivision selon la sévérité, les répartitions s'équilibrent : 77 % en UHSI, 73 % en établissements publics et ESPIC, 70 % en CHU (annexe 8).
- [113] Ces éléments ne démontrent pas une plus grande sévérité des pathologies des personnes détenues hospitalisées que pourrait générer un retard important à leur prise en charge.
- [114] L'importance relative des affections myéloprolifératives et le fait que plusieurs praticiens aient souligné l'importance des pathologies cancéreuses, ont amené la mission à demander à l'ATIH un traitement spécifique pour ces dernières.
- [115] Pour repérer l'activité de cancérologie, ont été recensés deux types de séjours : ceux avec un diagnostic principal ou relié de cancérologie au cours desquels le patient vient à l'hôpital pour traiter son cancer et les séjours avec un diagnostic principal ou relié différent mais présentant un diagnostic associé de cancérologie, où le patient se rend à l'hôpital pour le traitement d'une autre pathologie mais dont la prise en charge doit prendre en compte son cancer.
- [116] Dans les UHSI, 12,3 % des séjours présentent un diagnostic principal ou relié de cancérologie, alors que ce taux est de 22 % dans les CHU et 20 % dans l'ensemble des établissements. Les séjours avec un diagnostic associé de cancérologie représentent 2,3 % de l'activité des UHSI et 3 % de l'activité des CHU concernés.

Tableau 10 : Séjours en UHSI avec un diagnostic principal, relié ou associé de cancer

UHSI	Nombre de séjours	Séjours avec un diagnostic de cancer	Pourcentage
Marseille	608	68	11,2 %
Toulouse	435	65	10,7 %
Bordeaux	392	82	13,5 %
Nancy	507	50	8,2 %
Lille	589	38	6,3 %
Lyon	497	74	12,2 %
Paris AP-HP	413	126	20,7 %
Total	3 441	503	14,6 %

Source : ATIH – exploitation UHSI et mission

- [117] On note une part très importante de séjours avec un diagnostic de cancer pour l'UHSI de l'Assistance Public des Hôpitaux de Paris.

Tableau 11 : Niveaux de gravité des séjours avec un diagnostic principal ou relié de cancer

Niveaux de sévérité	UHSI	CHU siège d'UHSI	Base nationale	Age moyen UHSI	DMS UHSI	Age moyen CHU siège d'UHSI	DMS CHU siège d'UHSI
1 : Niveau 1	46 %	10,3 %	7,3 %	51,5	9,1	55,8	4,4
2 : Niveau 2	21 %	3,1 %	3,4 %	54,5	14,5	63,0	8,6
3 : Niveau 3	12 %	2,0 %	1,9 %	58,7	25,5	59,3	16,7
4 : Niveau 4	4 %	0,6 %	0,6 %	53,6	53,5	56,9	27,5
T : Très courte durée	12 %	7,6 %	4,6 %	37,6	1,0	56,3	0,6
Z : Sans segmentation	5 %	74,8 %	79,4 %	48,4	6,7	59,0	2,1
Niveaux A, B, C, E et J sans détenus	0	1,5 %	2,78 %	-	-	56,8	0,2

Source : ATIH

[118] Les niveaux de sévérité 3 et 4 sont particulièrement représentés en UHSI : 16 % des séjours pour 2,6 % dans les CHU sièges d'UHSI et 2,5 % dans la base nationale.

[119] Le niveau de sévérité des pathologies cancéreuses, mesuré par les critères du PMSI, serait supérieur en UHSI que dans les autres structures des établissements de santé. Ceci amène à s'interroger sur un éventuel retard de prise en charge au cours de l'incarcération ou antérieure à celle-ci.

3.3.3. Globalement une bonne synergie entre les personnels de santé et les personnels pénitentiaires et un apport reconnu par les responsables des UCSA

[120] La réduction continue de la durée moyenne de séjour signe une amélioration régulière du fonctionnement des UHSI. Plusieurs éléments en sont la cause.

[121] Une réelle synergie s'est progressivement créée entre les personnels de santé et les personnels pénitentiaires.

[122] Sauf exception, les surveillants pénitentiaires ont intégré que l'UHSI est une unité hospitalière et non pénitentiaire et qu'elle prend en charge des personnes avant tout hospitalisées. Ainsi, la mission a observé une réelle volonté de faire en sorte que les contraintes pénitentiaires de sécurité ne soient pas, ou le moins possible, une gêne pour la prise en charge soignante.

[123] Pour sa part, le personnel de santé a intégré les contraintes liées au fait que leur patient est, par ailleurs, une personne détenue et que la présence des équipes pénitentiaires contribue également à leur propre sécurité.

[124] Dans plusieurs UHSI, des réunions hebdomadaires se tiennent entre les responsables des soins et l'officier pénitentiaire afin que les contraintes de sécurité soient adaptées à la fois au besoin de soins et au profil carcéral du patient.

[125] Chacun a intégré les contraintes respectives de l'autre sans perdre de vue la mission qui est la sienne. A titre d'exemple, le nombre de portes de chambres pouvant être ouvertes simultanément pour les soins, qui était fréquemment une source de tensions, pose maintenant moins de difficultés localement.

[126] A cet égard, il convient également de souligner que la reprise du service des escortes par les personnels pénitentiaires s'est accompagnée d'une amélioration de la prise en charge qualitative des patients détenus. Les personnels soignants soulignent en effet unanimement que les détenus arrivent mieux préparés à l'UHSI et dans un état psychologique plus serein.

- [127] Cette réalité entre les personnels de l'UHSI, l'est beaucoup moins vis-à-vis de l'extérieur. Nombre de médecins d'UHSI font un travail important auprès de leurs confrères des CHU pour qu'ils réalisent, chaque fois que cela est possible, la consultation du patient au sein de l'UHSI. Ceci permet d'éviter certaines extractions et donc, d'en faciliter d'autres. Plusieurs UHSI ont investi dans du matériel d'explorations le plus fréquemment utilisé : échographes, appareils de radiologie numérisée permettant si nécessaire une interprétation à distance, matériel d'exploration ophtalmologique, ORL,... Cependant, une application rigide des règles de vérification et de contrôle des entrées tend à décourager les praticiens extérieurs à faire cet effort. Certaines directions d'établissement ont, en accord avec les intéressés, mis à disposition de l'administration pénitentiaire une liste des praticiens amenés à se rendre le plus fréquemment dans l'UHSI avec leur identité précise et leur photographie ou photocopie de la carte d'identité. Cette pratique permet un contrôle adapté à l'entrée.
- [128] Au sein des UHSI, un travail de secrétariat a été fortement développé afin d'optimiser la prise des rendez vous sur le plateau technique. Cette organisation, lorsqu'elle est fixée en amont de l'hospitalisation réduit la durée de séjour en UHSI mais a l'inconvénient de parfois la retarder. Elle doit être réalisée en lien avec le médecin de l'UCSA afin que celui-ci soit régulièrement informé de la programmation de la date d'hospitalisation, ce qui est rarement le cas.
- [129] Les médecins des UCSA auditionnés soulignent tous la qualité des soins apportés aux patients au sein des UHSI et l'amélioration que leur création a apportée au dispositif de prise en charge des personnes détenues.
- [130] Les regrets les plus souvent formulés résident en une méconnaissance du fonctionnement des UCSA par les responsables des UHSI, un manque d'information sur la programmation de l'hospitalisation et l'éloignement géographique, la part des hospitalisations en UHSI diminuant corrélativement à leur éloignement de l'établissement pénitentiaire.

Tableau 12 : Part des hospitalisations réalisées en UHSI selon la région d'implantation de l'UCSA d'origine

UHSI	Région d'implantation de l'UHSI	Autres régions de son territoire	Ensemble de son territoire de compétence
Bordeaux	40 %	25 %	34 %
Lille	53 %	non concerné	53 %
Lyon	37 %	23 %	33 %
Marseille	37 %	19 %	37 %
Nancy	53 %	19 %	40 %
Paris	38 %	12 %	27 %
Rennes	non concerné	non concerné	non concerné
Toulouse	64 %	22 %	52 %

Source : Données issues de l'OSSD – exploitation par la mission

- [131] Au final, malgré des améliorations encore nécessaires, les UHSI ont progressivement trouvé leur place dans le dispositif d'hospitalisation des personnes détenues et amélioré leur fonctionnement, notamment en raison d'une bonne synergie entre les personnels de santé et les personnels pénitentiaires. Ceci s'est traduit par une augmentation du nombre de séjours et une réduction significative de la durée moyenne de séjour mais de ce fait sans progression de leurs taux d'occupation.

3.4. L'Établissement Public de Santé National de Fresnes : une place à part dans le dispositif

- [132] Créée en 1898, l'infirmierie centrale des prisons est devenue, en 1995²⁷, l'Établissement Public de Santé National de Fresnes (EPSNF) qui avait, précédemment à la création des UHSI, une vocation nationale.
- [133] Le schéma national d'hospitalisation des personnes détenues prévoit pour l'Ile-de-France, contrairement aux autres inter-régions, une organisation bipolaire : d'une part l'UHSI de l'AP-HP installée au groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière, d'autre part l'EPSNF²⁸. La répartition des admissions entre les deux structures est théoriquement sous la responsabilité d'une cellule de régulation organisée par l'EPSNF ; en pratique, cela complique la tâche des médecins des UCSA et un nombre croissant d'entre eux s'adressent directement à l'UHSI.
- [134] L'EPSNF est placé sous la double tutelle des ministères de la Justice (direction de l'administration pénitentiaire-DAP) et de la Santé (direction générale de l'offre de soins-DGOS). Depuis le 1er janvier 2011, la DGOS a délégué sa tutelle à l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France.
- [135] Il reste considéré comme un établissement pénitentiaire selon le code de la santé publique²⁹. Il est soumis à un régime de détention de maison d'arrêt et est dirigé par un directeur des services pénitentiaires assisté en qualité d'adjoint par un directeur d'hôpital. Il dispose d'une enceinte pénitentiaire spécifique en contiguïté avec le centre pénitentiaire de Fresnes.
- [136] Il devrait progressivement s'adapter aux nouvelles dispositions législatives³⁰ mais, à ce jour, il dispose d'une dérogation quant aux modalités de gouvernance en conservant un conseil d'administration, présidée par le premier président de la cour d'appel de Poitiers, et un conseil exécutif. Par ailleurs, il bénéficie toujours d'une dotation globale de financement et n'est pas soumis à la Tarification à l'Activité (T2A).
- [137] Sa fermeture a été annoncée au conseil d'administration par les représentants des ministères de la Justice et de la Santé en août 2008. Cette échéance, initialement prévue pour 2012, a été repoussée en 2015, une première solution de relocalisation n'ayant pas pu être mise en œuvre. Dès lors, la direction de l'EPSNF a procédé à des travaux de réhabilitation et son personnel doute, à ce jour, de l'effectivité de cette fermeture. Il conviendrait que les ministères de la santé et de la justice réaffirment leur position.
- [138] Il a été procédé à la fermeture du service de chirurgie en 2008 et des unités d'hémodialyse et de soins continus en 2009 avec concomitamment une réduction des capacités de médecine de 32 à 20 lits. Il dispose également d'unités de soins de suite et de réadaptation (cf paragraphe 4).

²⁷ Décret n°95-236 du 2 mars 1995

²⁸ Arrêté du 24 août 2000

²⁹ Article R6147-71 du code de la santé publique

³⁰ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

[139] Les indicateurs classiques d'activité du service de médecine ont les suivants :

Tableau 13 : Statistiques d'activité du service de médecine

service de médecine	2007	2008	2009	2010
Lits installés en moyenne sur l'année	52	45	26	20
Séjours	1428	1200	367	325
Durée moyenne de séjour	9,83	11,04	18,29	16,32
Taux d'occupation	82 %	86 %	103 %	81 %

Source : Données fournies par l'EPSNF

[140] La réduction du nombre de séjours suit celle des capacités installées. On observe également une progression importante de la durée de séjour qui atteint, en 2009 et 2010, le double de celle observée en UHSI.

[141] Il est à noter que les taux d'occupation calculés par la mission sur la base du nombre moyen de lits installés sur l'année, de la DMS et du nombre de séjours sont différents de ceux fournis par l'établissement particulièrement, pour les années 2009 et 2010 : respectivement 70 % et 73 %.

[142] Au vu de ces différents éléments, des données d'activité de l'UHSI de l'AP-HP, dont les capacités sont maintenant totalement installées, il apparaît à la mission que celles-ci, conjuguées aux possibilités d'hospitalisation en établissements de rattachement, permettent de répondre aux besoins franciliens d'hospitalisations en soins aigus. En effet, le cumul des séjours 2010 de l'UHSI de l'AP-HP et de l'EPSNF avec une durée moyenne de séjour de 8,2 jours, DMS nationale des UHSI, aboutirait à un taux d'occupation de 66 % de ses 25 lits.

[143] Par ailleurs, l'EPSNF développe une activité importante de consultations spécialisées, 2 684 patients venus en 2010 dont 82 % en provenance du centre pénitentiaire de Fresnes. On observe un taux important de refus de la part des personnes détenues : 4 564 patients convoqués soit 41 % de refus.

3.5. Les hospitalisations en établissements de rattachement et les chambres sécurisées : une activité mal connue dans un dispositif mal maîtrisé bien que représentant la majorité des hospitalisations

[144] La majorité des hospitalisations des personnes détenues (55 %) est réalisée en établissements de rattachement qui regroupent également la majorité des demandes (56 %).

3.5.1. Le dispositif des chambres sécurisées

[145] Ces hospitalisations doivent se faire en chambres sécurisées spécialement aménagées pour satisfaire aux conditions de sécurité pénitentiaire. La circulaire interministérielle du 13 mars 2006 (annexe 3) prévoyait que le programme d'installation de ces chambres soit réalisé dans les 3 ans suivants sa publication.

[146] Au 31 mars 2011, sur les 235 chambres sécurisées déclarées par les ARS, 57 seulement ont fait l'objet d'un financement des travaux de sécurisation (15 245 € par chambre), et ainsi d'une reconnaissance, par le ministère de la Justice.

- [147] Devant ce retard important, la DGOS a adopté une politique incitative prenant en compte la réalité du fonctionnement. Ainsi, entre 2010 et 2011, 127 chambres ont fait l'objet d'un financement en crédit d'exploitation (45 600 € par chambre) destiné à compenser leur sous utilisation liée au fait qu'elles doivent être strictement réservées à l'hospitalisation des personnes détenues. Les critères de financement sont la réalité du fonctionnement, la constitution d'un dossier et l'initiation des démarches de reconnaissance de la conformité.
- [148] La lourdeur de la procédure précédemment décrite³¹ explique un tel constat. Ce processus long et complexe aboutit à une déresponsabilisation des acteurs locaux qui subissent les différentes étapes entre les échelons déconcentrés et l'administration centrale comme autant de freins à l'avancée rapide de ces dossiers. Par ailleurs, les nouvelles exigences de sécurité prévues par la direction de l'administration pénitentiaire et tacitement rajoutées au cahier des charges arrêté en 2006, contribuent à allonger les délais d'homologation de ces chambres et à insécuriser les acteurs locaux qui ne peuvent intégrer des normes nouvelles dont ils n'ont pas connaissance.
- [149] L'hospitalisation des personnes détenues s'effectue ainsi dans des chambres qui ne sont pas appropriées ou correctement aménagées et qui présentent pour certaines d'entre elles des conditions d'hébergement très dégradées. En outre, une implantation géographique parfois inadaptée dans le service de l'hôpital les rend inopérantes à l'accueil des détenus lesquels doivent être hospitalisés dans des services qui en sont dépourvus. Ces chambres sont en outre parfois attribuées en dehors de tout cadre procédural à des personnes gardées à vue, ou nécessitant des soins psychiatriques.
- [150] L'identification du médecin responsable du détenu pose également des difficultés en ce que la note interministérielle du 3 mars 2004 prévoit que la responsabilité médicale incombe au chef de service de l'unité dans laquelle la chambre est implantée et non pas à celle du praticien prenant en charge la pathologie du patient. A l'évidence, la règle posée par cette note est inadaptée et peut justifier l'hospitalisation hors chambre sécurisée.
- [151] Enfin, le corps médical est souvent confronté à des problématiques de gardes statiques assurées par des forces de l'ordre qui estiment que ces tâches ne relèvent pas de leur mission de sécurité publique ou de lutte contre la délinquance. L'appui de certains préfets leur permet en outre de se désengager de cette activité soit en assurant ces gardes de manière discontinue, en laissant le patient enfermé à clé dans la chambre sans surveillance, soit en n'exécutant pas ces gardes au-delà de 48 heures alors que l'état du détenu ne permet pas de le transporter vers une UHSI, soit enfin en refusant une prolongation d'une demi-journée du séjour du patient avant son retour en établissement pénitentiaire.
- [152] Ces situations de blocage constituent en conséquence des freins pour l'organisation des soins programmés en milieu hospitalier. Aussi, arrive-t-il fréquemment que les hospitalisations soient décalées et reportées ultérieurement le temps d'obtenir une garde statique après négociation avec des forces de l'ordre peu coopérantes.

3.5.2. L'activité d'hospitalisation

- [153] Par ailleurs, l'activité d'hospitalisation réalisée au sein des établissements de rattachement est très mal connue.
- [154] Le nombre d'hospitalisations n'est identifié que depuis la mise en place de l'OSSD en 2010.
- [155] Sur le plan qualitatif, aucune donnée n'étant disponible, la mission a demandé à l'ATIH de repérer et traiter les séjours de personnes détenues dans la base nationale du PMSI. L'item permettant de repérer ces derniers est mal renseigné. En 2009, 5 933 hospitalisations ont été réalisées hors UHSI, et l'ATIH a identifié 1 611 séjours de personnes détenues, hors UHSI, dans la base nationale 2010. On peut ainsi estimer le taux d'exhaustivité aux environs de 27 %.

³¹ Cf paragraphe 2.3

- [156] Sous réserve de la représentativité de cet échantillon, les séjours des personnes détenues (annexe 9) se caractérisent par une fréquence particulièrement élevée des traumatismes et empoisonnement (17,3 % vs 1,3 %), des maladies et troubles mentaux (7,2 % vs 1,5 %) et dans une moindre mesure des pathologies ORL et stomatologiques (8,8 % vs 5,3 %), des affections cutanées et du tissu sous-cutané (8,5 % vs 4,3 %) et des maladies liées à une infection par le VIH (0,6 % vs 0,1 %).
- [157] Là encore, on note que les pathologies ophtalmologiques sont un motif peu fréquent d'hospitalisation pour les personnes détenues.
- [158] Les niveaux de sévérité mesurés selon les critères du PMSI (annexe 10) sont légèrement plus faibles pour les personnes détenues que ceux observés dans l'ensemble de la base nationale : les niveaux 1, 2 et A représentent 37 % des séjours pour 32 % dans la base nationale.
- [159] Les durées de séjour sont inférieures à celles observées en population générale pour les mêmes niveaux de gravité avec une durée moyenne de 1,9 jours, démontrant ainsi le respect global de la règle des 48 heures sauf indication médicale ne permettant pas le transfert vers l'UHSI. Il convient de souligner que l'effectif étant relativement faible, il suffit de quelques séjours longs pour augmenter significativement la DMS.
- [160] D'ailleurs, des différentes auditions que la mission a menées, il s'avère que les forces de l'ordre qui assurent la garde statique durant ces hospitalisations veillent scrupuleusement à ce respect.

4. UN DISPOSITIF DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION BIPOLAIRE TRES PEU ATTRACTIF

- [161] Le schéma national d'hospitalisation des personnes détenues organise la prise en charge des soins de suite et de réadaptation sur deux pôles : un pôle en Ile-de-France et un à Marseille.
- [162] Les inter-régions des UHSI de Bordeaux, Toulouse, Marseille et Lyon sont rattachés au pôle marseillais qui dispose de 12 lits autorisés à l'UHSI de Marseille, le reste du territoire étant rattaché au pôle francilien.
- [163] Le pôle marseillais dispose de 12 lits autorisés au sein de l'UHSI.

Tableau 14 : Statistiques d'activité de soins de suite de l'UHSI de Marseille

	2008	2009	2010
Capacités installées	6	6	6
Séjours	34	37	70
DMS	NR	44,8	34,8
Taux d'occupation	NR	76 %	86 %

Source : *Rapport d'activité de l'UHSI de Marseille*

- [164] L'activité est en progression en nombre de séjours et en taux d'occupation avec une DMS se rapprochant en 2010 de celle observée pour ce type d'activité. Les lits de SSR sont installés dans une des unités de soins aigus, le choix ayant été fait de ne pas activer l'unité spécifique prévue à cet effet pour des raisons d'efficacité : éviter de mettre en place une équipe dédiée pour une capacité faible. L'UHSI ne dispose pas de plateau technique de rééducation fonctionnelle ni de cour de promenade.
- [165] Le pôle francilien dispose de 20 lits de soins de suite et 40 lits de rééducation fonctionnelle au sein de l'EPSNF. Il est équipé d'un plateau technique de rééducation fonctionnelle permettant la rééducation orthopédique.

Tableau 15 : Statistiques d'activité de soins de suite et rééducation fonctionnelle de l'EPSNF

SSR	2008	2009	2010
capacités installées	20	20	20
Séjours	NR	NR	53
DMS	33	69	69
Taux d'occupation	94 %	76 %	79 %
Rééducation Fonctionnelle	2008	2009	2010
capacités installées	40	40	40
Séjours	NR	NR	186
DMS	43	66	69
Taux d'occupation	90 %	83 %	91 %

Source : Rapport d'activité de l'EPSNF

[166] L'activité en soins de suite est globalement stable, celle de rééducation fonctionnelle est en progression mais avec une durée de séjour très longue et qui continue d'augmenter.

[167] L'attractivité de ces deux pôles hors de leur inter-région est quasiment nulle en SSR et très faible en rééducation fonctionnelle.

Tableau 16 : Origine géographique des patients de soins de suite et réadaptation

	Inter région	Hors inter région
UHSI de Marseille	98,60 %	1,4 %
Soins de suite de l'EPSNF	98 %	2 %
Rééducation fonctionnelle de l'EPSNF	88,20 %	11,80 %

Source : Rapports d'activité 2010 – exploitation mission

[168] Ceci représente un taux d'hospitalisation en soins de suite et réadaptation fonctionnelle de 9,5 pour 100 hospitalisations en soins aigus pour les patients des inter-régions des UHSI de Paris et Marseille et de 0,4 pour 100 pour les patients des autres inter-régions. En 2009, ce taux, en population générale, était de 6 pour 100 hospitalisations en soins aigus hors séances³².

[169] Ainsi, ce dispositif bipolaire n'apporte pas une réponse satisfaisante aux besoins en soins de suite et de réadaptation. C'est d'autant plus péjoratif que le retour en détention à l'issue d'une hospitalisation en soins aigus nécessite un état de santé encore plus consolidé que pour un retour au domicile.

³² Statistique Annuelle des Etablissements, données DREES et base PMSI nationale

- [170] Les médecins et personnels soignants des UCSA prennent en charge au mieux les personnes détenues au retour de leur hospitalisation mais leurs possibilités de prise en charge sont limitées par les conditions d'incarcération et par la difficulté de recruter du personnel de rééducation, notamment masseur-kinésithérapeutes. Il est, par exemple, très difficile d'effectuer de simples réadaptations à la marche ou de prendre en charge une plaie opératoire non totalement cicatrisée. Des praticiens ont indiqué à la mission hésité à poser certaines indications de chirurgie orthopédique faute de possibilité de rééducation post chirurgicale. Il est également souligné l'impossibilité d'accès aux rééducations neurologique et cardiaque.
- [171] Cette très faible attractivité est liée au refus catégorique des patients d'être hospitalisés pour une période longue loin de leur établissement pénitentiaire et donc de leur famille, auquel s'ajoute pour Marseille l'absence de cour de promenade, et pour l'EPSNF une mauvaise image historique de l'établissement pénitentiaire de Fresnes parmi les détenus et ce, en plus des autres motifs de refus indiqués précédemment.

5. AMELIORER L'EFFICIENCE DES UHSI EN DIVERSIFIANT LEUR ACTIVITE, EN REPONDANT MIEUX AUX BESOINS EN SOINS DE SUITE ET DE REEADAPTATION, ET DONNER DAVANTAGE DE RESPONSABILITES AUX ACTEURS REGIONAUX DANS LE PILOTAGE DU DISPOSITIF

5.1. Améliorer l'efficience des UHSI

5.1.1. Augmenter l'attractivité des UHSI, revoir le découpage territorial, renforcer les liens entre les UHSI et les UCSA

Recommandation n°1 : Revoir le découpage territorial des UHSI

- [172] L'arrêté du 24 août 2000 fixe la liste des ressorts de compétence territoriale des UHSI et des établissements pénitentiaires qui en relèvent.
- [173] A ce titre et pour quatre d'entre elles³³, les ressorts coïncident avec ceux des DISP sans pour autant correspondre avec ceux des ARS.
- [174] Les unités de Lyon, Nancy et Paris sont pour leur part confrontées à une situation plus complexe liée à l'absence, qui s'avère préjudiciable, d'une unité située en région Centre-Bourgogne dépendant de la DISP de Dijon. Dès lors, cette région a été artificiellement découpée en trois et rattachée, selon un découpage *sui generis*, aux UHSI de Nancy, Paris et Lyon.
- [175] L'USHI de Lille, pour sa part, couvre la région Nord-Pas-de-Calais comme l'ARS dont elle dépend, mais ne coïncide pas avec la DISP de Lille étendue à la Picardie ainsi qu'à la Basse et Haute-Normandie.
- [176] Enfin, cet arrêté a été de facto modifié par les acteurs de terrain avec l'aval de leurs administrations centrales qui ont rattaché la Champagne-Ardenne à l'USHI de Nancy alors qu'elle dépendait à l'origine de l'unité parisienne. Ce redécoupage empirique n'a jamais été suivi d'une modification du texte concerné.
- [177] L'incohérence des multiples découpages administratifs qui se chevauchent et complexifient les relations entre les différents acteurs, s'est trouvée accentuée par la publication d'un nouvel arrêté en date du 20 juillet 2010 (annexe 4) relatif au ressort territorial des unités hospitalières spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux (UHSA).

³³ Bordeaux, Marseille, Rennes et Toulouse

- [178] S'il faut se féliciter de ce que les huit UHSA se situent à proximité des huit UHSI et qu'une 9ème ait été créée en région Centre remédiant ainsi à une lacune du dispositif des UHSI, il est en revanche regrettable que les deux découpages territoriaux ne soient pas concordants. Celui des UHSA s'est en effet aligné sur la zone de compétence territoriale des DISP avec de rares exceptions justifiées, pour quelques départements, par des considérations de dessertes routières.
- [179] Aussi, et à l'heure où les passerelles entre les deux structures devront être constantes dans la complémentarité des soins somatiques et psychiatriques et pour permettre une éventuelle hospitalisation en UHSI des détenus placés en UHSA³⁴, il est nécessaire de faire correspondre leur zones de compétence territoriales respectives.
- [180] Dès lors, et dans un souci de cohérence entre les deux dispositifs, il est proposé de modifier l'arrêté du 24 août 2000 en le calant sur celui des UHSA à l'exception du ressort des établissements pénitentiaires de la DISP de Dijon qui ne dispose pas d'UHSI et qu'il convient de laisser dans la configuration actuelle, tout en rattachant la région Champagne-Ardenne à l'UHSI de Nancy.

Recommandation n°2 : Renforcer les liens entre les UHSI et les UCSA

- [181] Si les médecins et le personnel soignant des UCSA soulignent la qualité de la prise en charge des patients au sein des UHSI, nombre d'entre eux regrettent que les responsables des UHSI connaissent insuffisamment le fonctionnement réel des UCSA. Ceci peut être source de difficulté de continuité de traitement médicamenteux lors du retour du patient dans son établissement pénitentiaire tout particulièrement en fin de semaine. En effet, toutes les UCSA ne disposent pas d'un temps médical permettant une présence de praticiens tous les jours, et n'ont pas un accès immédiat à la pharmacie hospitalière de leur établissement de rattachement.
- [182] Il est également regretté des délais parfois très importants pour avoir connaissance des dates d'hospitalisation et des difficultés pour obtenir des informations sur la programmation de celles-ci. Afin d'y remédier, une UHSI a mis en œuvre un planning partagé avec les UCSA par l'intermédiaire d'une messagerie sécurisée : dates d'hospitalisation, des rendez-vous sur le plateau technique, date de sortie prévue,...
- [183] Dans quelques inter-régions est organisée une réunion annuelle entre soignants des UHSI et des UCSA, parfois à l'initiative de l'UHSI, parfois à celle des UCSA, parfois encore à celle de l'ARS.
- [184] L'organisation d'une journée annuelle de rencontres entre les soignants des deux types de structures est à généraliser. Cette journée pourrait comporter deux parties :
- une institutionnelle pour échanger sur les difficultés de chacun et les problèmes d'interface y compris sur la base de cas concrets ;
 - une médicale traitant de protocoles de prise en charge et d'éventuelles spécificités liées au milieu carcéral.
- [185] A la séquence institutionnelle, pourraient être invités des représentants de l'ARS, de l'administration pénitentiaire, des magistrats,...
- [186] Par ailleurs, les médecins des UHSI doivent jouer un rôle de référent vis-à-vis de leurs confrères, tout particulièrement ceux qui, n'ayant qu'un temps réduit d'intervention au sein de l'UCSA, sont le plus isolés.

³⁴ Paragraphe 3-5 de la fiche 1 de la circulaire du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA.

- [187] L'élaboration d'un document de présentation de l'UHSI sous la forme d'un livret d'accueil dit « quatre pages », tel que celui de Nancy, doit être systématique. Il doit servir de support aux médecins des UCSA pour présenter aux patients détenus les conditions d'accueil et d'hébergement et susciter leur adhésion à l'hospitalisation. Les responsables des UHSI doivent veiller à la régularité de sa diffusion.
- [188] En ce qui concerne le développement de la télémédecine, la mission estime, à l'instar des professionnels de terrain, que la priorité doit être donnée à l'interface entre les UCSA et leur établissement de rattachement et préconise sa généralisation. Quelques rares expériences sont en cours de réflexion entre UCSA et UHSI, pour des consultations pré-anesthésiques, par exemple. Elles doivent être encouragées et soutenues.

5.1.2. Assouplir l'organisation interne des UHSI

- [189] Si l'articulation entre les pratiques de soin et les exigences de sécurité trouve à s'exercer le plus souvent de manière constructive, un assouplissement de l'organisation interne des UHSI permettrait de remédier à des écueils précédemment soulignés et de renforcer l'attractivité de ces structures.

Recommandation n°3 : Prévenir les personnes détenues de leur hospitalisation dans des délais compatibles avec les contraintes de sécurité

- [190] A l'occasion de l'organisation de l'hospitalisation des personnes détenues, il est d'usage, pour des raisons de sécurité et de prévention des évasions, qu'elles ne soient pas informées à l'avance des modalités de leur admission à l'hôpital. Ainsi, prévenus dans des délais très brefs de leur transfèrement vers l'UHSI, les détenus ne disposent d'aucun délai pour rassembler leurs effets personnels et préparer leur paquetage pour un séjour dont ils ignorent également la durée.
- [191] La rapidité de cette annonce explique également le refus de certains détenus d'être transférés vers l'UHSI préférant soit honorer un parloir prévu le jour même, soit se rendre à un atelier de travail ou encore préparer un entretien avec le conseiller d'insertion et de probation dans le cadre d'un projet d'aménagement de peine.
- [192] Alors même que le profil pénal des personnes détenues ne revêt pas la même dangerosité, et que les risques d'évasion encourus diffèrent selon les situations, la majorité des patients pourraient être avertis une demi-journée avant l'hospitalisation sans pour autant compromettre les conditions de sécurité présidant à leur transfert. Cette pratique, expérimentée à la maison d'arrêt de Nancy-Maxéville, s'accompagne parallèlement d'une interdiction pour le détenu de téléphoner dès qu'il a connaissance de son transfèrement. Aucune difficulté particulière n'étant intervenue depuis l'application d'un tel dispositif, il serait opportun de l'appliquer dans les autres ressorts.

Recommandation n°4 : Créer des espaces de déambulation dans les UHSI

- [193] Le sentiment de sur-enfermement des personnes détenues est constant dans toutes les UHSI et accentué lorsque les patients viennent de centres de détention. Ces structures hospitalières sont donc devenues des lieux où les détenus ne veulent pas se rendre et dont ils souhaitent partir au plus vite lorsqu'ils y séjournent. Ce ressenti est aggravé par leur impossibilité de déambuler dans les couloirs de l'hôpital, en dehors d'une prescription médicale, ou de profiter d'un lieu aéré comme ils ont l'habitude de le faire plusieurs fois par jour dans les cours de promenade de leur établissement pénitentiaire d'origine.

[194] A l'heure où les UHSI n'ont jamais révélé d'incidents graves et que les personnels pénitentiaires savent adapter et graduer la réponse en matière de sécurité au profil de la personne hospitalisée, il est préconisé, chaque fois que la configuration architecturale le permettra, de prévoir un espace de déambulation permettant aux patients de s'aérer dans un lieu dédié et sécurisé. Cette démarche est déjà intégrée par la future UHSI de Rennes qui ouvrira au cours du dernier trimestre 2012 et par celle de Marseille qui a conçu un projet très élaboré en ce domaine. Toutes les autres structures pourraient s'inscrire dans une perspective identique à l'exception de celle de Bordeaux et Paris dont la configuration et les contraintes architecturales ne le permettent pas. Une telle évolution permettrait de redynamiser la structure et de la faire évoluer dans la perception qu'en ont les détenus.

Recommandation n°5 : Installer une salle d'activités au sein des UHSI

[195] La mise en place d'activités par les personnels soignants pour les détenus varient d'une UHSI à l'autre, certaines n'en ayant développé aucune. Les unités qui les ont installées telles que Nancy, Lille, Paris ou Lyon ont très vite mesuré les effets positifs en résultant quant à la gestion des patients. Sans aller jusqu'à offrir un éventail aussi développé qu'en établissements pénitentiaires et qui d'ailleurs ne se justifierait pas compte tenu des durées moyennes de séjour, les UHSI auraient avantage à installer un espace d'activités pour permettre aux détenus des temps d'échange entre eux au-delà des seuls contacts qu'ils ont avec les personnels soignants et pénitentiaires. Cette démarche contribuerait à diminuer chaque fois que possible un sentiment d'isolement déjà vécu avec acuité.

Recommandation n°6 : Faciliter l'accès des professionnels de santé dans les UHSI pour limiter les escortes sur les plateaux techniques

[196] Si les soignants exerçant au quotidien au sein de l'UHSI ont assimilé les contraintes de sécurité inhérentes au fonctionnement de la structure, les praticiens hospitaliers des plateaux techniques de l'hôpital ne sont pas toujours enclins naturellement à se déplacer vers l'UHSI et à être soumis à des formalités de sécurité jugées parfois trop lourdes (présentation de la carte d'identité, passage sous le portique de détection des masses magnétiques, retrait des chaussures et des ceintures). Aussi, et malgré des relations privilégiées et incitatives entre les médecins de l'UHSI et leurs confrères des plateaux techniques, certains expriment encore de fortes réticences à se déplacer.

[197] Toutefois et chaque fois que les règles de sécurité ont été assouplies à l'accueil de l'UHSI (par exemple, création d'une carte professionnelle par l'administration pénitentiaire valant passe, élaboration d'un trombinoscope, utilisation d'un détecteur mobile en cas de sonnerie pour éviter le retrait des chaussures et des ceintures) les professionnels de santé ont davantage accepté de se rendre à l'UHSI pour y dispenser leurs consultations.

[198] Cette évolution a eu automatiquement pour corollaire une diminution des sorties des patients vers les plateaux techniques et partant des escortes pénitentiaires pour les accompagner. La gestion des escortes s'est trouvée améliorée et a permis de retrouver davantage de fluidité dans leur organisation.

Recommandation n°7 : Assurer une application souple du règlement intérieur de l'UHSI par des acteurs moins isolés

- [199] Conformément à l'arrêté du 24 août 2000³⁵, est établi un protocole spécifique à chaque UHSI en annexe duquel est joint un règlement intérieur. Celui-ci est conjointement élaboré entre les différents acteurs concernés par le fonctionnement de la structure. Il comporte un descriptif de l'organisation interne de l'UHSI et des déplacements à l'intérieur et à l'extérieur de l'unité.
- [200] La mise en œuvre par l'administration pénitentiaire de ce règlement, dont le contenu varie peu d'une UHSI à l'autre, ne s'opère pas de manière identique par le gradé responsable de l'unité. Si certains s'y réfèrent à la lettre, d'autres ont su l'adapter avec souplesse selon les difficultés rencontrées. Qu'il s'agisse de la gestion des chambres doubles, des fortes chaleurs estivales, du nombre de portes à ouvrir concomitamment, des déambulations de couloir en dehors de prescriptions médicales, ou encore de la gestion des stores ou des fenêtres, chaque application effectuée de manière souple et adaptée dans le respect des conditions de sécurité a été profitable à la détention tant pour les personnels soignants que pour les détenus.
- [201] En revanche une interprétation trop stricte, voire excessive, des prescriptions contenues peut conduire à des situations de fortes tensions avec les détenus et de blocage avec le personnel soignant dont les conditions d'exercice professionnel peuvent alors être entravées ou limitées³⁶.
- [202] Mais si ces approches divergentes s'expliquent pour partie par l'absence de la circulaire interministérielle annoncée en 2004, elles résultent surtout d'un défaut de partage d'expériences entre les responsables pénitentiaires des différentes UHSI.
- [203] Il serait dès lors pertinent de réunir les responsables pénitentiaires (chefs d'établissement pénitentiaire, gradés responsables des unités et un représentant de la DISP) à l'occasion d'une rencontre annuelle organisée par l'administration centrale afin de mutualiser leurs expériences, cibler les réussites et les échecs, et dégager un corpus de pratiques homogènes.
- [204] Dans le même esprit, une réunion nationale annuelle pilotée par la DGOS et la DAP pourrait utilement rassembler les professionnels de santé et pénitentiaires.

Recommandation n°8 : Anticiper au maximum les sorties des patients pour rationaliser l'organisation des escortes

- [205] Les capacités non extensibles des escortes pénitentiaires pour l'accompagnement des personnes détenues impliquent une collaboration étroite et permanente avec les personnels soignants pour anticiper le retour des détenus vers leurs établissements pénitentiaires d'origine.
- [206] Incontestablement, la reprise des missions de transfert par l'administration pénitentiaire a permis d'organiser de manière plus efficace et efficiente les escortes des détenus.
- [207] La pratique mise en place à l'UHSI de Toulouse mérite à ce titre d'être citée. Ainsi, dès qu'un patient est hospitalisé, le plus souvent le lundi, le personnel médical est en capacité d'indiquer au personnel pénitentiaire la date prévisible de sa sortie intervenant généralement le vendredi. L'équipe soignante de l'UHSI a organisé l'accueil des patients selon un mode d'hôpital de semaine permettant aux détenus d'arriver le lundi et de sortir avant le week-end pour bénéficier des parloirs de fin de semaine dans l'établissement pénitentiaire d'origine. Le personnel pénitentiaire est dès lors en capacité de s'organiser dans de meilleures conditions et d'anticiper au mieux la constitution des escortes. Ce dispositif présente également l'avantage de contrer les réticences des détenus à rejoindre l'UHSI dont ils ne supportent pas les conditions de garde jugées plus sévères qu'en détention. Les personnes détenues sachant que leur hospitalisation sera limitée en supportent d'autant mieux les contraintes pesantes.

³⁵ Article 5 de l'arrêté

³⁶ Par exemple, une application trop restrictive du règlement intérieur conduit une UHSI à ne pas utiliser les chambres doubles

- [208] Au-delà de ce mode organisationnel spécifique, le responsable médical devrait pouvoir systématiquement informer au moins 48 heures à l'avance le responsable pénitentiaire de l'UHSI des prévisions de sortie du patient afin de préparer au mieux le retour vers son établissement pénitentiaire. Ainsi, dès l'*exeat* délivré, la sortie devrait s'opérer sans délai.
- [209] De telles préconisations ont d'ailleurs été prévues pour les UHSA³⁷ dans la circulaire interministérielle du 18 mars 2011.
- [210] Par ailleurs, et pour contrer les réticences, voire le refus des forces de l'ordre d'assurer la garde statique des détenus sur les plateaux techniques hospitaliers, il convient de rappeler fermement les dispositions de l'article D. 394 du code de procédure pénale à l'instar de la circulaire interministérielle relative aux UHSA.
- [211] L'élaboration d'une circulaire interministérielle sur les UHSI pourrait à ce titre constituer le vecteur adapté pour rappeler d'une part les obligations règlementaires incombant aux forces de l'ordre et d'autre part les modalités de retour vers l'établissement pénitentiaire d'origine dans les meilleurs délais, et en tout état de cause en moins de 48 heures.

Recommandation n°9 : Poursuivre la préparation des aménagements des peines pendant l'hospitalisation en UHSI

- [212] La note interministérielle du 3 mars 2004 rappelle que si la personne détenue est admise directement à l'UHSI sans passer préalablement par l'établissement pénitentiaire de la ville siège de l'UHSI, elle est toutefois placée sous écrou dans cet établissement de rattachement. Ce changement d'écrou emporte ainsi un transfert de son dossier pénal et pénitentiaire.
- [213] Il en résulte que les dispositions applicables en matière d'aménagement des peines fixées par les articles 723-1 et suivants du code de procédure pénale relèvent, quelque soit la durée de l'hospitalisation en UHSI, du juge de l'application des peines de la juridiction dans laquelle est situé l'établissement pénitentiaire où le condamné est écroué³⁸. Il bénéficie par ailleurs de l'appui du service pénitentiaire d'insertion et de probation afin de lui permettre de préparer sa libération dans les meilleures conditions³⁹.
- [214] Il est donc essentiel, pour ne pas assurer de rupture dans la prise en charge pénale de la personne détenue, qu'un ou plusieurs conseillers d'insertion et de probation soient affectés à l'UHSI. L'intervention de ces personnels assure ainsi une continuité dans la préparation des dossiers d'aménagement des peines, notamment pour raisons médicales, ou des mesures d'individualisation des peines, présentées ensuite aux juridictions de l'application des peines. L'efficacité de leur action se trouve par ailleurs renforcée lorsqu'ils travaillent en lien avec l'assistante du service social de l'hôpital⁴⁰ qui intervient dans des champs de compétence complémentaires. Cet investissement est également à rapprocher de celui des juges de l'application des peines qui sont pour une part d'entre eux sensibilisés aux problématiques médicales des détenus et parfois référents de l'UHSI au siège de laquelle ils se déplacent régulièrement.
- [215] Cette prise en charge judiciaire permet également d'appréhender au mieux la situation des personnes en fin de vie.

³⁷ Circulaire interministérielle du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées.

³⁸ Article 712-10 du code de procédure pénale

³⁹ Article D. 478 du code de procédure pénale

⁴⁰ UHSI de Bordeaux et Nancy

- [216] A ce titre, l'article 720-1-1 du code de procédure pénale permet aux juridictions de l'application des peines de prononcer une suspension de peine pour raison médicale ordonnée quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention, hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux.
- [217] Cette suspension ne peut être ordonnée que si deux expertises médicales distinctes établissent de manière concordante que le condamné se trouve dans l'une des deux situations précitées. Toutefois, en cas d'urgence et lorsque le pronostic vital est engagé, cette mesure peut être ordonnée au vu d'un certificat médical délivré par le médecin responsable de la structure sanitaire dans laquelle est pris en charge le détenu.
- [218] L'avancée d'un tel dispositif, conçu par la loi du 4 mars 2002 et renforcé par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009⁴¹, ne peut toutefois se concrétiser que si les personnes détenues bénéficient d'un accueil au sein d'un environnement familial adapté, ou dans le cadre de structures d'hébergement médicalisé.
- [219] En pratique, il s'avère que ces conditions ne sont pas toujours remplies soit parce que les liens familiaux des détenus ont été distendus par une durée d'incarcération longue, soit parce que les centres d'accueil disposent d'un nombre limité de places souvent prioritaires pour des personnes n'étant pas placées sous main de justice. Il arrive également qu'à la faveur d'une place d'hébergement qui se libère, les expertises médicales ne soient pas toujours rendues en temps utile pour permettre à la juridiction de l'application des peines de se prononcer dans les délais impartis.
- [220] Aussi, et pour ces situations résiduelles, l'UHSI a naturellement vocation à accueillir les patients, qui le souhaitent, pour leur permettre de terminer leur vie dans des conditions médicales et carcérales adaptées à leur état de santé.

5.1.3. Diversifier les activités au sein des UHSI

Recommandation n°10 : Permettre aux UHSI de développer une activité reconnue de soins de suite et de réadaptation au sein des capacités actuelles

- [221] En tout état de cause, l'augmentation de l'attractivité des UHSI n'aura qu'un effet limité sur leur taux d'occupation.
- [222] En effet, la réduction des durées de séjour en soins aigus qui doit être poursuivie dans la plupart des UHSI permettra d'absorber une augmentation du nombre de séjours.
- [223] D'autre part, l'évolution des pratiques médicales fait que la part des hospitalisations d'une durée inférieure ou égale à 48 heures ne fera que croître et ainsi, le nombre de prises en charge au sein des établissements de rattachement augmenter. A titre d'illustration, en population générale, 80 % des interventions chirurgicales seraient potentiellement réalisables en chirurgie ambulatoire et 90 % des patients seraient éligibles à la chirurgie ambulatoire quels que soient les actes⁴².
- [224] Une éventuelle réduction des capacités des UHSI serait sans utilité pour leur efficacité. S'agissant de structures de faible capacité, une telle réduction ne peut être que très limitée et donc sans effet notamment sur les dépenses de personnel.

⁴¹ Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009.

⁴² Colloque « Quel projet pour la chirurgie ambulatoire en France ? » organisé par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) avec la Haute Autorité de Santé et l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire - novembre 2010 -

- [225] Par ailleurs, le dispositif bipolaire de prise en charge des soins de suite et de réadaptation ne répond pas de façon satisfaisante aux besoins des personnes détenues en la matière, tout particulièrement pour des raisons d'éloignement.
- [226] La mission préconise donc que les UHSI développent une activité reconnue de soins de suite et de réadaptation essentiellement polyvalente, peu d'entre elles étant en mesure de mettre en œuvre une activité spécialisée. Disposant d'un personnel médical et soignant en nombre suffisant, la contrainte essentielle n'est pas médicale mais réside dans la nécessité d'installer une cour de promenade, à tout le moins un espace de déambulation, du fait des durées de séjour inhérentes à cette activité. Ceci est matériellement possible pour toutes les UHSI, à l'exception de celles de Bordeaux et de Paris.
- [227] Afin d'avoir la souplesse de fonctionnement nécessaire à une optimisation des faibles capacités des UHSI, cette activité doit être assurée non pas dans des lits dédiés mais indifféremment au sein des capacités actuelles. La mise en œuvre de la tarification à l'activité pour les soins de suite et de réadaptation prévue pour 2012 permettra cette organisation, le séjour étant alors rémunéré en fonction de la prise en charge médicale et non en fonction du lit d'hospitalisation.
- [228] Les ARS, siège d'implantation des UHSI, en lien avec les autres ARS de l'inter-région, sont les mieux à même de définir le niveau qualitatif et quantitatif de l'activité de SSR pouvant être développée dans l'UHSI de leur ressort.
- [229] Le recrutement de personnel spécialisé, éventuellement nécessaire, doit se faire par redéploiement. En cas d'impossibilité, et dans la mesure où l'ensemble des recettes actuelles de l'UHSI (enveloppe MIG, recettes T2A, ticket modérateur et forfait journalier) ne seraient pas supérieures aux dépenses, les ARS pourraient décider d'un accompagnement d'aide au démarrage par une enveloppe temporaire d'aide à la contractualisation, limité au temps nécessaire à la montée en charge des recettes T2A du SSR.
- [230] Il conviendrait de garder un pôle national de rééducation fonctionnelle disposant d'un plateau technique complet lui permettant de prendre en charge des réadaptations spécialisées « lourdes » : rééducations orthopédique complexe, cardiaque, neurologique,...

5.2. Donner davantage de responsabilités aux acteurs régionaux dans un cadre fixé par le niveau national

Recommandation n°11 : Fixer le cadre national en élaborant la circulaire interministérielle annoncée le 3 mars 2004 et déconcentrer la procédure des chambres sécurisées

- [231] La rédaction de la circulaire interministérielle sur le schéma national d'hospitalisation des personnes détenues qui avait été annoncée en 2004 s'impose aux fins de recadrer les pratiques parfois divergentes d'un territoire à l'autre mais aussi pour recentrer le rôle des différents acteurs nationaux et régionaux.
- [232] Il appartient aux administrations centrales de la Justice et de la Santé de cadrer l'organisation et le fonctionnement général du dispositif du SNH des personnes détenues. A ce titre, les dispositions de l'arrêté doivent être rappelées en veillant à présenter l'UHSI comme étant le lieu prioritaire de l'hospitalisation avant celle en chambres sécurisées et en actualisant les règles communes applicables à l'ensemble des unités. Des instruments de pilotage du dispositif assortis d'indicateurs d'activité doivent également être déterminés par le niveau central permettant aux acteurs locaux d'identifier les objectifs attendus, de se les approprier et d'adapter leurs propres outils de pilotage. Il semble particulièrement important de suivre les taux d'hospitalisations demandées, leur taux de réalisation en distinguant UHSI, établissements de rattachement et autres établissements.

- [233] Cette démarche doit parallèlement être articulée avec les niveaux régionaux et locaux auxquels il convient de laisser une souplesse dans la mise en œuvre du dispositif. Ainsi, et s'agissant des chambres sécurisées, il est impératif que le dispositif soit d'une part simplifié et allégé, que d'autre part le cahier des charges des normes de sécurité soit réactualisé et fixé de manière intangible pendant une durée limitée qui pourrait être de cinq années, et enfin que la maîtrise de la procédure soit assurée par l'échelon régional. En effet, la capacité et l'implantation des chambres sécurisées doit résulter d'un dialogue entre les directeurs généraux des ARS, les directeurs des établissements de santé et les directeurs des DISP en fonction des contraintes locales et des évolutions du parc immobilier pénitentiaire.
- [234] La DISP et l'ARS, associées aux forces de l'ordre, sont également les mieux placées pour vérifier la conformité de ces chambres avec le cahier des charges des normes de sécurité imposées. Doivent faire partie intégrante de la conformité l'existence et la cohérence d'un règlement intérieur élaboré par l'établissement de santé, décrivant l'organisation de la responsabilité médicale vis-à-vis du patient. Une certification de la conformité devrait donc être définitivement actée dans le procès-verbal établi à cette occasion sans possibilité de remise en cause par le niveau central.
- [235] Ce document, transmis à l'administration pénitentiaire et à la DGOS, permettrait ensuite d'emporter paiement des subventions prévues mais également de donner au niveau central une vision nationale du dispositif.
- [236] Parallèlement, la liste des établissements disposant de chambres sécurisées doit être transmise à la Haute Autorité de Santé afin que leur visite soit systématique dans le processus de certification, comme c'est le cas actuellement pour les UHSI.

Recommandation n°12 : Repositionner le comité de coordination locale des UHSI

- [237] La note inter-ministérielle du 3 mars 2004 prévoyait la réunion périodique d'un comité de coordination locale de l'UHSI, présidé par le directeur général du CHU d'implantation.
- [238] En pratique, ce comité a été réuni soit de façon très épisodique soit à aucune reprise. Il est présidé le plus souvent par l'autorité préfectorale.
- [239] La coordination des UHSI devant se faire, certes, avec les autres services du CHU, mais encore plus avec les UCSA de son territoire, la mission préconise que ce comité se réunisse, une fois par an, sous la présidence du directeur général de l'ARS d'implantation, en lien avec les directeurs généraux des autres ARS de l'inter région.
- [240] Ce comité doit avoir un rôle de bilan de fonctionnement, d'échange et d'analyse des difficultés institutionnelles de coordination.
- [241] Il doit réunir les responsables médicaux et administratifs de l'UHSI, des représentants des UCSA de chaque région concernée, de la DISP et des forces de l'ordre.

5.3. Finaliser le système d'information nécessaire au pilotage

Recommandation n°13 : Achever la maturation du système d'information

- [242] Au même titre que les rapports d'activité des UCSA, ceux des UHSI doivent être intégrés dans l'observatoire des structures de santé des personnes détenues.
- [243] Outre la DGOS, l'ensemble des données de l'OSSD doit être accessible aux ARS, aux responsables des UHSI et des UCSA.
- [244] Ceci permettrait, notamment, à chaque inter région de suivre tout particulièrement les taux de réalisation des hospitalisations demandées, les taux d'hospitalisation en UHSI, en établissements de rattachement et de se situer par rapport aux autres inter-régions.
- [245] Le travail de sensibilisation au remplissage des items du PMSI relatif aux personnes détenues doit être poursuivi et leurs taux d'exhaustivité suivis.

CONCLUSION

- [246] La complémentarité entre les UHSI et les établissements de santé de rattachement permet de répondre de façon globalement satisfaisante aux besoins d'hospitalisation en soins aigus des personnes détenues. Cette situation favorable est largement dépendante du nombre possible d'escortes pour extractions médicales de l'établissement pénitentiaire. La mission a la conviction que toute réduction de celui-ci la remettrait en cause.
- [247] Le fonctionnement des UHSI s'est amélioré au cours des années, notamment par une plus grande synergie entre les professionnels de santé et pénitentiaires. La poursuite de cette amélioration passe par un effort accru quant à l'anticipation du parcours de soins, un travail en réseau avec les UCSA et un assouplissement de leur organisation interne sur le plan pénitentiaire. Cependant, l'évolution des pratiques médicales et le facteur limitant que constitue l'éloignement géographique ne permet pas d'attendre une augmentation importante de leur occupation.
- [248] L'amélioration de l'efficacité des UHSI nécessite une diversification de leur activité. Or, le dispositif bipolaire actuel de prise en charge des soins de suite et de réadaptation (SSR) ne répond pas de façon satisfaisante aux besoins, notamment pour des raisons d'éloignement. Il convient donc que les UHSI développent une activité reconnue de SSR au sein de leurs capacités actuelles. Parallèlement, il conviendrait de garder un pôle national de rééducation fonctionnelle disposant d'un plateau technique complet lui permettant de prendre en charge des réadaptations spécialisées dites « lourdes » telles que la rééducation orthopédique complexe, cardiaque ou neurologique.
- [249] La majorité des hospitalisations de soins aigus sont réalisées au sein des établissements de rattachement qui devraient disposer de chambres spécialement aménagées pour assurer la sécurité pénitentiaire. Leur déploiement, qui devait s'achever en 2009, a connu un retard très important largement lié à une procédure centralisée et complexe. Une déconcentration de celle-ci doit permettre une simplification du processus et une meilleure adaptation aux besoins et contraintes locales.
- [250] Les préconisations et orientations du rapport pourraient utilement être formalisées dans une circulaire interministérielle sur le schéma national d'hospitalisation des personnes détenues, circulaire annoncée dans la note interministérielle du 3 mars 2004 présidant à l'ouverture de l'UHSI de Nancy. Elle permettrait à ce titre d'homogénéiser les pratiques des inters régions entre elles, mais aussi de repositionner le rôle des acteurs des niveaux central et régional qu'il s'agisse des intervenants sanitaires, pénitentiaires et des forces de l'ordre.

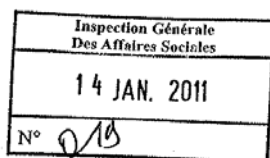
Vincent MARSALA

Catherine PAUTRAT

Les recommandations de la mission

N°	Recommandations	Autorités responsables	Echéance
1	Revoir le découpage territorial des UHSI	DGOS, DAP	2011
2	Renforcer les liens entre les UHSI et les UCSA	UHSI	2011 – 2012
3	Prévenir les personnes détenues de leur hospitalisation dans des délais compatibles avec les contraintes de sécurité	Administration pénitentiaire	2011 - 2012
4	Créer des espaces de déambulation dans les UHSI	Administration pénitentiaire	2012
5	Installer une salle d'activités au sein des UHSI	Administration pénitentiaire et UHSI	2012
6	Faciliter l'accès des professionnels de santé dans les UHSI pour limiter les escortes sur les plateaux techniques	Administration pénitentiaire	2011-2012
7	Assurer une application souple du règlement intérieur de l'UHSI par des acteurs moins isolés	Administration pénitentiaire	2011-2012
8	Anticiper au maximum les sorties des patients pour rationaliser l'organisation des escortes	UHSI	2011- 2012
9	Poursuivre la préparation des aménagements des peines pendant l'hospitalisation en UHSI	Administration pénitentiaire	2011-2012
10	Permettre aux UHSI de développer une activité reconnue de soins de suite et de réadaptation au sein des capacités actuelles	DGOS, DG ARS	2012
11	Fixer le cadre national en élaborant la circulaire interministérielle annoncée le 3 mars 2004 et déconcentrer la procédure des chambres sécurisées.	DGOS, DAP	2012
12	Repositionner le comité de coordination locale des UHSI	DGOS	2012
13	Achever la maturation du système d'information	DGOS	2012

Lettre de mission



Le Garde des sceaux
Ministre de la justice et des libertés

Le Ministre du travail, de l'emploi et de la santé

A l'attention

De Monsieur Pierre BOISSIER
Inspecteur général des affaires sociales

Monsieur André RIDE
Inspecteur général des services judiciaires

La proposition d'un schéma national d'hospitalisation des personnes détenues résulte d'une mission IGAS/IGSJ de juin 1995. Celui-ci prévoit deux modalités d'hospitalisation en soins somatiques: l'hospitalisation en chambres sécurisées pour les séjours effectués en urgence ou d'une durée inférieure à 48 heures; l'hospitalisation en unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), pour les autres séjours.

L'arrêté du 24 août 2000 fixe la liste des sites des UHSI retenus, leur territoire de compétence et leur cahier des charges, et la note interministérielle du 3 mars 2004 précise leurs modalités de fonctionnement incluant leur complémentarité avec les chambres sécurisées.

L'entrée en service des 8 UHSI prévues s'est faite progressivement à compter de janvier 2004. A ce jour, seule l'UHSI de Rennes n'est pas ouverte, le retard étant lié à la construction du bâtiment. Par ailleurs, une réflexion est en cours sur l'avenir de l'établissement public de santé de Fresnes (EPSNF) dont la fermeture a été annoncée en mars 2008.

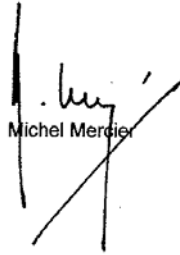
Le constat au cours de ces dernières années, de taux d'occupation faibles des UHSI nous amène à nous interroger sur la place effective de ces structures dans le recours aux soins des personnes détenues.

C'est pourquoi nous vous demandons de bien vouloir diligenter une inspection conjointe IGAS/IGSJ qui devra permettre de répondre à trois questions essentielles sur l'organisation des UHSI :

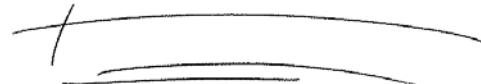
- les raisons du faible niveau d'activité des UHSI et leur complémentarité avec les chambres sécurisées ;

- la capacité de répondre concomitamment et au moins pour certaines d'entre elles, à des besoins en soins de suite et de réadaptation ; ce qui suppose d'examiner la pertinence des modalités actuelles de prise en charge sur ce champ, actuellement limitées à deux établissements (EPSNF et Marseille) ;
- l'adéquation aux besoins du découpage territorial actuel issu de l'arrêté du 24 août 2000 et les évolutions à envisager.

Compte tenu de l'impact de cette étude sur l'avenir de l'EPSNF, nous souhaitons pouvoir disposer du rapport de cette inspection pour le mois de mai 2011



Michel Merdier



Xavier Bertrand

Liste des personnes rencontrées

Ministère de la Santé – Direction Générale de l’Organisation des Soins

- Docteur Dominique Peton-Klein, directeur de projet
- Mme Christine Bronnec, chef du bureau SR D4
- Mme Rozen Calvar
- M. Gérard D’Astier

Agence Technique de l’Information sur l’Hospitalisation

- Docteur Joëlle Dubois
- Mme Françoise Bourgoïn
- Mme Delphine Hocquette

Fédération Hospitalière de France

- Docteur François Moreau
- Mme Dore
- Mme Nathalie Sanchez

Haute Autorité de Santé

- M. François Berard, chef du service de certification des établissements de santé
- M. Philippe Laly, adjoint au chef de service de certification des établissements de santé

Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation, et des Etudes Statistiques

- Mme Christel Minodier, chef de bureau
- Mme Marie-Claude Mouquet

Ministère de la justice – Direction de l’Administration Pénitentiaire

- Docteur Dominique de Galard, conseiller santé auprès du directeur
- M. Stéphane Scotto, sous-directeur de l’état-major de sécurité
- M. Benoît Grandel, adjoint au sous-directeur des personnes placées sous main de justice
- Mme Annie Kensey, chef du bureau PMJ5

UHSI DE BORDEAUX**UHSI**

- M. Alain Hériaud, directeur général du CHU de Bordeaux
- Professeur Sophie Gromb, chef de service, chef de pôle
- Docteur Régis Bédry, responsable médical
- Mme Françoise Bénani, cadre supérieur de santé
- Mme Nathalie Hidoux, cadre de santé
- M. Thierry Thomas, directeur référent
- Mme Corinne Chevalier, assistante de direction
- M. Christian Bellissan, lieutenant pénitentiaire responsable de l'UHSI

UCSA

- Docteur Jean-Paul Lamiraud, UCSA de Guéret
- Docteur Philippe Daubry, UCSA de Poitiers-Vivonne
- Mme Sandrine Baudry, cadre de santé, UCSA de Poitiers-Vivonne
- Docteur Marie-Christine Harambat, UCSA de Mont-de-Marsan
- Docteur Jean-Luc Ferret, UCSA de Saint-Martin-de-Ré
- Docteur Emeline Chaigne, UCSA de Bédenac
- Docteur Pascal Mathieu, UCSA de Bayonne

ARS

- Mme Nicole Klein, directrice générale, ARS Aquitaine
- Docteur Anne Marie De Belleville, conseillère médicale, ARS Aquitaine
- Docteur Marie-Hélène Desbordes, ARS Limousin
- Docteur Pierre Pouyanne, ARS Aquitaine

DISP de Bordeaux

- M. Thierry Mailles, adjoint à la directrice inter régionale

UHSI DE LILLE**UHSI**

- Professeur Valéry Hédouin, PU-PH, chef de service
- M. Christian Caplier, directeur délégué du CHRU
- Docteur Frédéric Grimopont, praticien hospitalier
- Docteur Anne Becart, praticien hospitalier
- Mme Nathalie Vanhems, cadre supérieur de santé
- Mme Claudie Etienne, cadre de santé
- Mme Caroline Delaplace, cadre gestionnaire

ARS de Nord-Pas-de-Calais

- M. Bernard Delaeter, directeur de cabinet
- Mme Véronique Yvonneau,
- Docteur Christian Lahoute
- Docteur Véronique Pavec
- M. Philippe Dagbert, inspecteur

DISP de Lille

- M. Alain Jégo, directeur inter régional
- M. Charbel Aboud, adjoint au directeur inter régional
- M. Pierre-Jean Delhomme, directeur du centre pénitentiaire de Lille
- Mme Nathalie Bosc, adjointe au département insertion et probation

UHSI DE LYON**UHSI**

- Mme Patricia Barraco, capitaine pénitentiaire responsable de l'UHSI
- M. Julien Morel d'Arleux, directeur de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas
- Docteur Philippe Chossegros, responsable médical de l'UHSI
- Docteur Edouard Amzallag, praticien hospitalier

UCSA

- Docteur Chambost, UCSA Villefranche-sur-Saône
- Mme Brigitte Laneuw, cadre de santé UCSA Saint-Etienne
- Sandrine Belot, cadre de santé UCSA Roanne
- Docteur Darbon, UCSA Valence
- M. Pierre Gossin, directeur adjoint du CH d'Annemasse-Bonneville
- Mme Marie-Laure Pivot, directeur adjoint du CH de Bourg-en-Bresse
- M. Yves Servant, directeur de l'hôpital Lyon Sud des HCL
- Docteur Chelihi, UCSA Privas

ARS

- Mme Florence Brossat, service finances, ARS Rhône-Alpes
- Mme Anne Exmelin, ARS Rhône-Alpes
- Mme Corinne Martinez, chargé de mission psychiatrie et santé mentale, ARS Rhône-Alpes
- Mme Jocelyne Gruet, référente santé des détenus ARS de Franche-Comté

DISP de Lyon

- Mme Muriel Guégan, adjointe au directeur inter régional
- Mme Nicole Francon Monier, responsable de l'action sanitaire

UHSI DE MARSEILLE

UHSI

- M. Jean Paul Ségade, directeur général de l'AP-HM
- M. Christophe Got, directeur de l'Hôpital Nord
- M. Frédéric Rollin, directeur adjoint de l'Hôpital Nord
- M. Sébastien Vial, directeur adjoint APHM
- Docteur Christophe Bartoli, chef de service UHSI-UCSA
- Docteur Catherine Paulet, chef de service SMPR-CSAPA
- Mme Laurence Pascot, directrice de la maison d'arrêt des hommes du CP de Marseille
- M. Didier Bernard, capitaine pénitentiaire responsable de l'UHSI
- M. Jean-Michel Granger, cadre supérieur de santé

UCSA

- Docteur Yves Fanton, UCSA Ajaccio
- M. Anthony Gelin, directeur adjoint du CH d'Ajaccio
- Docteur Loïc Hardy, UCSA Arles
- Docteur Monique Santacreu, UCSA Avignon
- Docteur François-Marie Zunino, UCSA Aix-en-Provence
- Docteur Jean-Marie Ruiz, UCSA Marseille
- Docteur Bernard, UCSA Bastia
- Docteur Ayfre, UCSA Bastia
- Docteur Danielle Baud, CHU Nice
- Mme Laurence Pernice, UCSA Toulon
- Mme Nelly Scarrone, UCSA Toulon la Farlède
- M. Richard Lamouroux, directeur adjoint CH Aix-en-Provence

ARS

- M. Dominique Deroubaix, directeur général de l'ARS PACA
- Docteur Hugues Riff, direction patients, offre de soins, autonomie, directeur adjoint, ARS PACA
- M. Jean-Jacques Coiplot, directeur de la santé publique et environnementale, ARS PACA
- Docteur Renée Morani, conseillère médical, ARS de Corse

DISP de Marseille

- M. Pierre Raffin, adjoint au directeur inter régional
- M. Alain Muzi, chef du département sécurité et détention
- Mme Anne-Dominique Piney, chef du département insertion et probation

UHSI DE NANCY

UHSI

- M. Philippe Vigouroux, directeur général du CHU de Nancy
- Professeur Schmutz, président de la CME
- Docteur Patrick Peton, responsable de l'UHSI
- Mme Caroline Fritsch, praticien hospitalier
- M. Frédéric Grosse, directeur administratif
- Professeur Pierre-Edouard Bollaert, PU-PH, responsable du pôle URM
- Docteur Marie-Jeanne Fourrière, praticien hospitalier
- M. Denis Titah, cadre de santé
- Mme Isabelle Castin, cadre supérieur de santé pôle URM
- M. Jean-Christophe Kubot, assistant d gestion, pôle URM
- Mme Jenifer Gass, ACH DHV
- Mme Mireille Gaudron, cadre de santé
- Mme Laure Perrin, directrice adjointe

UCSA

- Docteur Caudel, UCSA Epinal
- Docteur Cogitore, UCSA Ensisheim-Colmar
- Docteur Miquet, UCSA Saint-Mihiel

ARS

- Docteur Thierry Doumergue, MISP, ARS Lorraine
- Docteur Sylvie Gossel, MISP, ARS Alsace
- M. Serge Morais, chef du département ambulatoire et accès à la santé, ARS Lorraine
- Mme Trabant, chef de cabinet, ARS Champagne-Ardenne

DISP Est-Strasbourg

- M. Patrick KATZ, directeur inter régional
- Mme Séverine Thiébault, directrice adjointe du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville
- Mme Joëlle Peixoto, responsable de la section action sanitaire
- M. Cyrille Perrot, chef de service du service pénitentiaire d'insertion et de probation de Nancy
- M. Armand Mathé, officier pénitentiaire responsable de l'UHSI
- Mme Karine Poncelet, conseiller d'insertion et de probation
- Mme Elisabeth Fourmann, chef de service d'insertion et de probation

UHSI DE PARIS**UHSI**

- Professeur Pierre Bourgeois, responsable médical du pôle
- Docteur Damien Sene, praticien hospitalier
- Docteur Chemlah, praticien hospitalier
- M. Vincent-Nicolas Delpech, directeur adjoint du GH PS

UCSA

- Docteur Catherine Fac, UCSA Fresnes
- Docteur Michel Fix, praticien hospitalier, UCSA Fleury-Mérogis
- Docteur François Moreau, UCSA Versailles-Bois d'Arcy
- Docteur Ludovic Levasseur, UCSA Villepinte
- Docteur Luc Montuclard, UCSA Nanterre
- Docteur Charles Nezri, praticien hospitalier au CH de Mantes

ARS

- Docteur Monique Habib-Rappoport, ARS Ile-de-France
- Mme Le Tividic-Harrache Lila, stagiaire ARS Ile-de-France
- Docteur Anne Pintaud, MISF, ARS Ile-de-France

DISP de Paris

- M. Michel Saint-Jean, directeur inter régional
- M. Frédéric Lopez, chargé de mission
- Mme Valérie Decroix, directrice du CP de Fresnes
- M. Christophe Foreau, commandant pénitentiaire responsable de l'UHSI

EPSNF

- M. Eric Moretti, directeur de l'EPSNF
- Docteur de Picciotto
- Docteur Anne Dolioust
- Docteur Marie-Eve Serres

UHSI DE RENNES**UHSI**

- M. André Fritz, directeur général du CHU de Rennes
- M. Maurice Mlekuz, directeur adjoint
- Professeur Mariannick Le Gueut, PU-PH
- M. Jean-François Taillard, directeur ingénierie

UCSA

- Docteur Michel Avignon, UCSA Saint Malo
- Docteur Patrick Serre, UCSA Le Mans
- M. Gilon, UCSA Vannes

ARS

- Docteur Joseph Olivier, MISP ARS Bretagne
- Docteur Anne Kamel, MISP, ARS Basse-Normandie
- Mme Charlotte Lemasson, chargée d'études DOSA Basse-Normandie
- Mme Annie Thobie, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, ARS Pays de la Loire
- Mme Anne-Briac Bili, responsable des systèmes d'information, ARS Bretagne
- M. Olivier Paugam, ingénieur régional de l'équipement, ARS Bretagne

DISP de Rennes

- M. Yves Lechevalier, directeur inter régional
- M. Yves Bidet, adjoint au directeur inter régional
- Mme Valérie Pondaven, chef de la section action sanitaire
- M. Régis Sauvee, commandant pénitentiaire, responsable de l'UHSI

UHSI DE TOULOUSE**UHSI**

- Professeur Norbert Telmon, responsable de pôle
- Docteur Lagarrigue, praticien hospitalier
- Docteur Paule Bayle, praticien hospitalier
- Mme Chantal Sterckeman, cadre supérieur de pôle
- Mme Liliane Lamaison, cadre de santé

UCSA

- M. Pierre Poudiabehe, directeur adjoint CH Lannemezan
- Docteur Joachim Bixquert, UCSA Montauban
- Mme Audrey Liort, directeur adjoint CH Tarbes-Lourdes
- Mme Véronique Peral, cadre de santé CH Tarbes-Lourdes
- Docteur Anne Strateman, UCSA Albi
- Mme Nadine Rey, cadre de santé UCSA Nîmes
- M. Jean-Luc Marchand, directeur adjoint CHRU Montpellier
- Docteur Fadi, UCSA Villeneuve-les-Maguelonne
- Docteur Stéphane Grill, praticien hospitalier, UCSA Muret
- Docteur Anthony Blanc, UCSA Toulouse Seysses
- M. Jacques Gaubert, cadre administratif

ARS

- M. Ramiro Pereira, directeur de la promotion et du système sanitaire et médico-social, ARS Midi-Pyrénées
- M. Gérard Porta, responsable de la mission inspection, ARS Midi-Pyrénées
- Docteur Anne-Marie Navel, MISP Haute-Garonne, ARS Midi-Pyrénées
- Docteur Olivier Puech, MISP, ARS Languedoc-Roussillon

DISP de Toulouse

- M. Georges Vin, directeur inter régional
- M. Georges Casagrande, directeur du CP de Toulouse-Seysse
- M. Yves Delsol, chef du département sécurité et détention
- M. Antony Nauweleers, responsable de l'action sanitaire

Liste des sigles

ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CHU	Centre hospitalier universitaire
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire
DDSP	Directeur départemental de la sécurité publique
DGGN	Direction générale de la gendarmerie nationale
DGOS	Direction générale de l'organisation des soins
DGPN	Direction générale de la police nationale
DISP	Direction inter régionale des services pénitentiaires
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des études statistiques
EPSNF	Etablissement Public de Santé National de Fresnes
FHF	Fédération hospitalière de France
GHPS	Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
PMJ	Sous-direction des personnes placées sous main de justice
PMSI	Programme médicalisé des systèmes d'information
SNH	Schéma national d'hospitalisation
UCSA	Unités de consultations et de soins ambulatoires
UHSA	Unités hospitalières spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux
UHSI	Unités hospitalières sécurisées interrégionales

Annexe 1 - Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées

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

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

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

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

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

Arrêtent :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

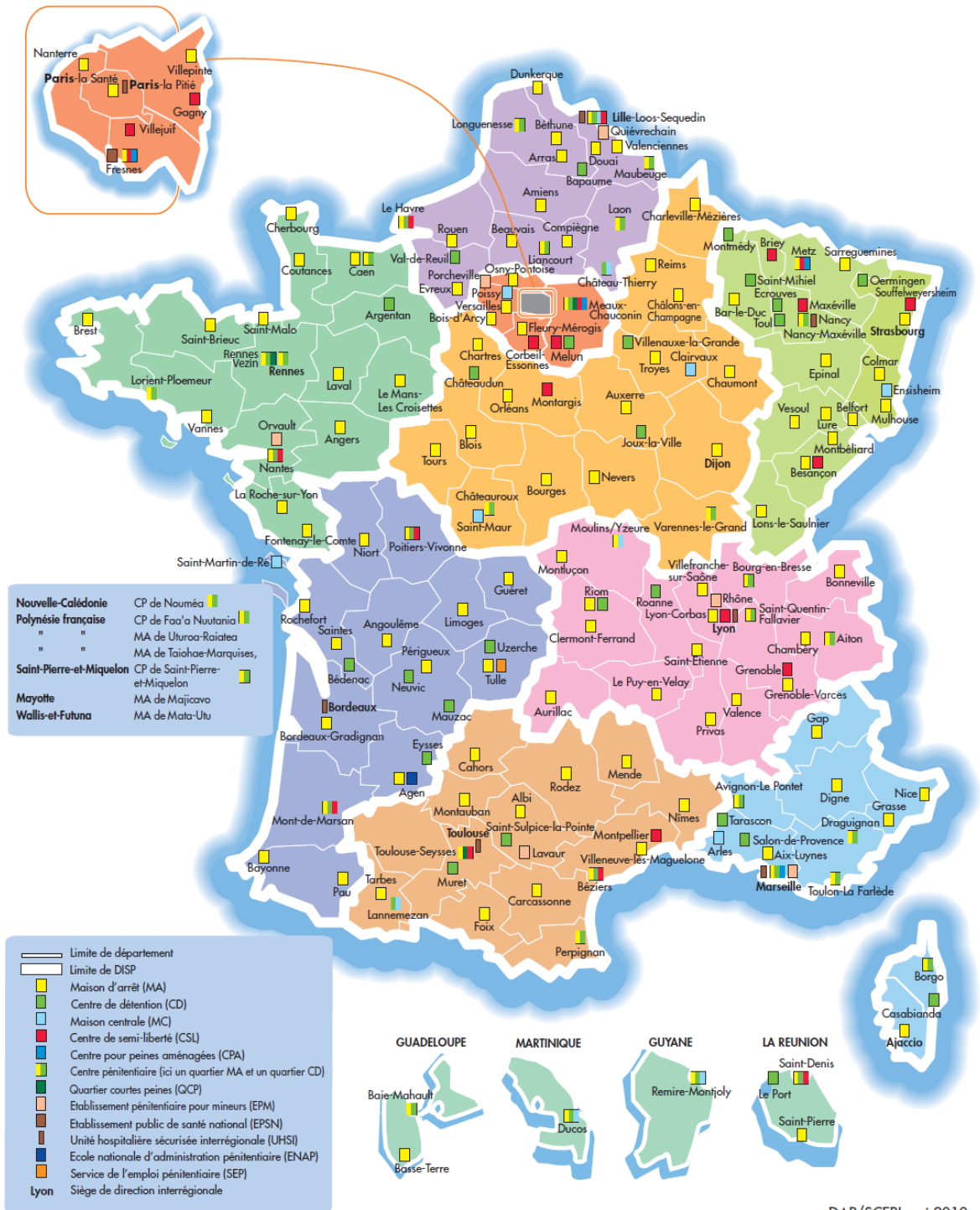
Ce protocole est établi par référence à un protocole type déterminé conjointement par les ministres de l'emploi et de la solidarité, de la justice, de l'intérieur, de la défense et la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés.

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

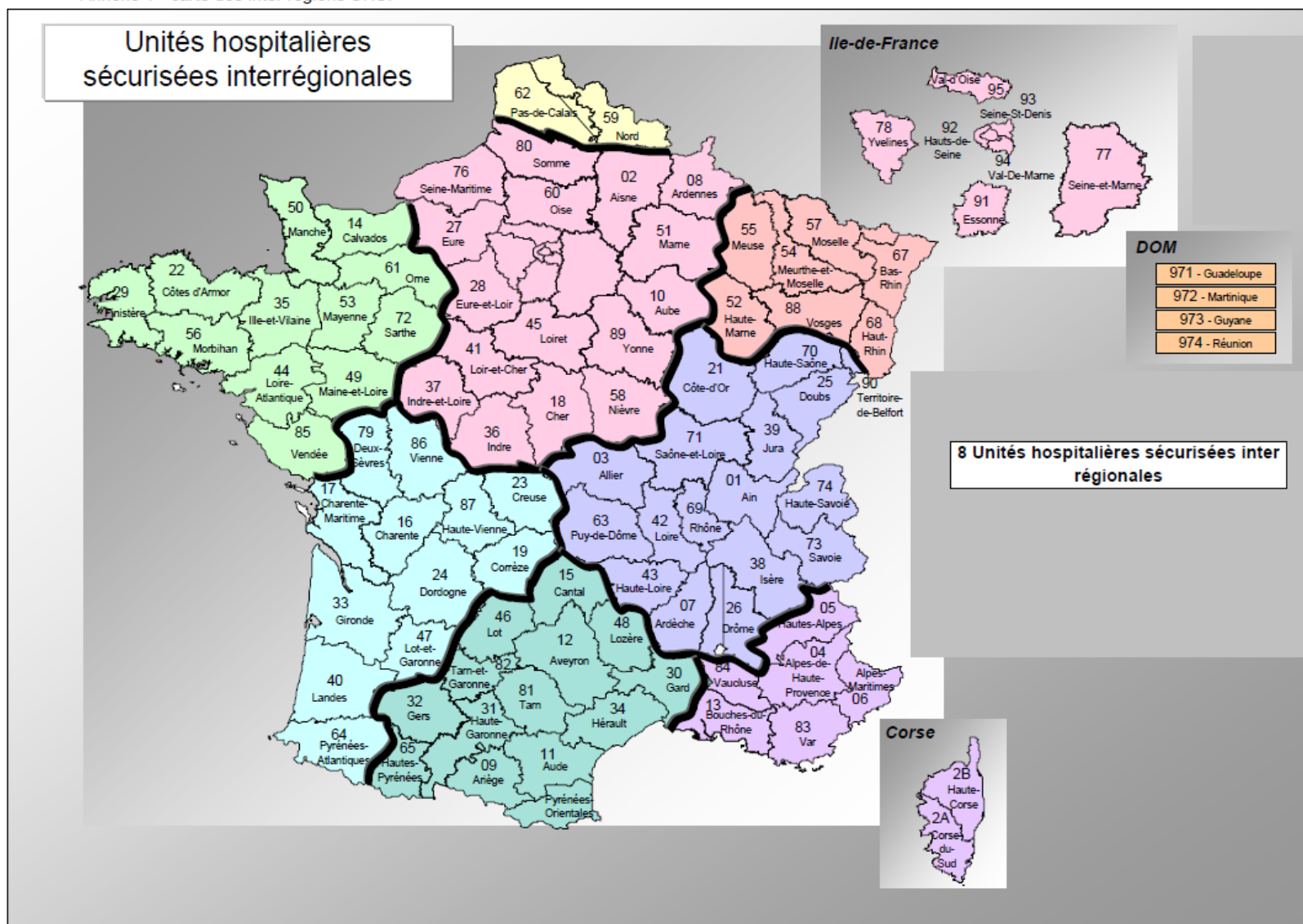
Art. 6. - L'ouverture des unités hospitalières sécurisées interrégionales devra intervenir dans les meilleurs délais et, au plus tard, avant le 31 décembre 2003, sous réserve des arbitrages qui seront faits, chaque année, dans le cadre du budget de l'Etat et de la loi de financement de la sécurité sociale.

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

190 établissements pénitentiaires



Annexe 1 - carte des inter régions UHSI



Annexe 2 - Note interministérielle du 3 mars 2004 relative à l'ouverture et au fonctionnement de l'UHSI de Nancy dans le cadre du SNHD

Ref: 2874



3 MARS 2004

Ministère de l'intérieur, de la
sécurité intérieure et des libertés
locales
Direction générale de la police
nationale

Ministère de la justice
Direction de l'administration
pénitentiaire

Ministère de la défense et des
anciens combattants
Direction générale de la
gendarmerie nationale

Ministère de la santé, de la famille
et des personnes handicapées
Direction de l'hospitalisation et de
l'organisation des soins

J. 150

Note interministérielle relative à l'ouverture et au fonctionnement de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale de Nancy dans le cadre du schéma national d'hospitalisation des personnes détenues

La présente note a pour objet de traiter de l'accès des personnes détenues aux établissements de santé dans le cadre des urgences ou des hospitalisations programmées (hors hospitalisations en service de psychiatrie qui feront l'objet d'une instruction particulière dans le cadre de la mise en œuvre de l'article 48 de la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002, d'orientation et de programmation pour la justice).

Elle constitue le cadre de référence pour l'ouverture de l'UHSI de Nancy et la mise en place du schéma national d'hospitalisation des personnes détenues (SNH) sur son pôle d'attraction (annexe I).

Ce document, qui a vocation à devenir la circulaire relative à la mise en œuvre du SNH des personnes détenues et au fonctionnement des UHSI, fera si besoin, l'objet d'adaptations au regard du bilan effectué après les premiers mois de fonctionnement de l'UHSI de Nancy.

En application de l'article R. 711-19 2° du code de la santé publique, le schéma national d'hospitalisation comportant la création d'unités hospitalières sécurisées interrégionales a été défini (I). Il implique que soient précisées les dispositions applicables aux personnes détenues hospitalisées (II), le rôle des différents acteurs (III) ainsi que les modalités de mise en œuvre et le suivi de ce dispositif (IV).

I. Le schéma national d'hospitalisation des personnes détenues

Le schéma national d'hospitalisation (SNH) des personnes détenues concerne l'ensemble des hospitalisations, à l'exception de celles qui relèvent d'un service de psychiatrie. Il a pour but d'améliorer les conditions d'hospitalisation des personnes détenues et de rationaliser leur surveillance.

I.1 - Les principes d'organisation de l'hospitalisation des personnes détenues

L'organisation prévue répond à un double objectif :

- au plan sanitaire : faciliter l'accès aux soins des personnes détenues et développer la qualité de ces soins ;
- au plan sécuritaire : optimiser la gestion des personnels affectés à leur escorte et à leur garde en milieu hospitalier.

A cet effet, deux niveaux d'hospitalisation ont été définis, conformément aux dispositions de l'article R.711-19-2° du code de la santé publique (CSP) et de l'article D. 391 du CPP :

- les hospitalisations urgentes ou programmées de très courte durée relèvent de l'établissement de santé de proximité dont dépend l'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) et qui est signataire d'un protocole avec l'établissement pénitentiaire d'implantation de l'UCSA, tel que prévu par les articles R. 711-7 et R.711-10 du C.S.P.
- les autres hospitalisations programmées sont organisées sur un mode inter régional. Dans sept inter régions, elles sont réalisées dans des unités hospitalières sécurisées inter régionales (UHSI) implantées dans des centres hospitaliers universitaires (CHU). Dans la huitième inter région, elles reposent sur un fonctionnement complémentaire entre l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF) et une unité sécurisée implantée au sein du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (GHPS) de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) qui constituent conjointement le "pôle EPSNF-GHPS".

I.2 - Les établissements publics de santé et les services impliqués dans l'hospitalisation des personnes détenues

Les deux principaux lieux d'hospitalisation sont : l'hôpital de proximité et les sites inter régionaux (UHSI, pôle EPSNF-GHPS). Cependant, il peut être dérogé à la règle de l'hôpital de proximité lorsque le plateau technique de ce dernier n'est pas adapté à la prise en charge des patients. De même, en cas de besoin, le recours à des services très spécialisés peut s'avérer nécessaire.

Dans les départements d'Outre mer, à défaut d'implantation d'UHSI, les hospitalisations, quelle que soit leur durée, sont toutes réalisées dans l'hôpital de proximité, ayant signé le protocole ou lorsque le plateau technique de l'établissement n'est pas adapté, dans l'hôpital le plus proche répondant à l'état de santé de la personne détenue. Pour ces établissements hospitaliers, le nombre de chambres sécurisées sera prévu en conséquence.

I.2.1 - L'hôpital de proximité

L'hospitalisation de proximité concerne deux situations : l'urgence et l'hospitalisation programmée de très courte durée.

I.2.1.1 - L'urgence

L'urgence répond non seulement aux situations où le pronostic vital est engagé mais aussi aux cas nécessitant des actes diagnostiques et/ou thérapeutiques immédiats.

En pratique, la décision d'hospitalisation d'une personne détenue est prise par le service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) ou par l'unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) de l'établissement de santé de proximité, qui l'a accueillie pour être traitée en urgence.

Si le plateau technique de l'hôpital de proximité est insuffisant pour faire face à l'état de santé de la personne accueillie par son SAU ou par son UPATOU, il appartient au personnel de ce service ou de cette unité d'orienter la personne détenue vers l'établissement de santé adapté le plus proche, en mesure de la prendre en charge. Il en est de même en l'absence de lit disponible dans l'établissement de santé.

La durée de séjour dans l'hôpital de proximité, consécutive à cette hospitalisation urgente, n'est pas limitée dans le temps. Toutefois, dès lors que l'hospitalisation est appelée à se prolonger, un transfert vers l'UHSI peut être envisagé. Il n'est réalisé que lorsque le médecin responsable de la prise en charge de la personne détenue estime que son état de santé est compatible avec celui-ci. Ce transfert est également subordonné à la disponibilité de places à l'UHSI.

I.2.1.2 - L'hospitalisation programmée de très courte durée

Elle correspond à une hospitalisation en règle générale inférieure ou égale à 48 heures.

Si le plateau technique de l'hôpital de proximité est insuffisant pour faire face à l'état de santé de la personne, il appartient au médecin de l'UCSA d'organiser l'hospitalisation de la personne détenue dans l'établissement de santé adapté le plus proche, en mesure de le prendre en charge.

Dès lors que l'établissement de santé en est doté, l'hospitalisation est réalisée dans une chambre sécurisée, si l'état de santé de la personne détenue ne requiert pas une hospitalisation en service spécialisé (réanimation par exemple). A défaut, le malade détenu est accueilli dans un service adapté à sa pathologie.

Les chambres sécurisées répondent à un cahier des charges fixé par la note du 17 mai 2001 du ministère de l'intérieur. Leur implantation doit répondre aux critères suivants : être située au sein des services actifs de l'hôpital, le plus près possible du plateau technique, privilégier la situation en étage. A l'intérieur de l'unité d'hospitalisation, rien ne doit permettre d'identifier ces chambres par rapport aux autres. Leur aspect extérieur doit être banalisé. La responsabilité médicale de la prise en charge de la personne détenue incombe à un praticien de l'unité d'hospitalisation dans laquelle elle est intégrée, qui fait appel, en tant que de besoins, à l'intervention de médecins d'autres spécialités.

Les hospitalisations pour les accouchements ou en cours de grossesse, sont également soumises au principe de proximité. Néanmoins elles doivent être réalisées dans un service adapté à l'état de santé de la mère et du nouveau-né, conformément aux dispositions de

l'article D 400 du code de procédure pénale (CPP). En fonction de ces deux critères elles sont donc réalisées, selon les cas, dans la maternité de niveau I, II ou III la plus proche.

I.2.2 – les sites inter régionaux : l'UHSI et le pôle EPSNF-GHPS

L'arrêté interministériel du 24 août 2000 définit la localisation des 7 UHSI et la complémentarité entre l'EPSNF et le GHPS pour la 8^{ème} inter région. Il définit le ressort géographique de chaque UHSI (cf annexe 1 - liste des établissements pénitentiaires desservis). Un cahier des charges, annexé à cet arrêté, décrit leur aménagement. L'arrêté fixe, en outre, la date butoir pour l'ouverture des UHSI au 31 décembre 2003. Cependant, cette date pourra être reportée en raison des retards que rencontrent certains établissements dans l'exécution des travaux. En tout état de cause, elle ne devra pas dépasser le 31 décembre 2005.

La capacité de chaque UHSI (cf annexe 2) a été déterminée en fonction de critères définis par le rapport sur « les besoins d'hospitalisation (hors psychiatrie) des personnes incarcérées et le devenir de l'établissement d'hospitalisation public national de Fresnes », établi par une mission conjointe de l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des services judiciaires, en juin 1995.¹

Les UHSI accueillent :

- les hospitalisations programmées des établissements pénitentiaires de leur zone, hors les hospitalisations de très courte durée telles que définies au § 2.1 ;
- les suites d'hospitalisation urgente dans les conditions décrites ci-dessus (§ 2.1) ;
- les personnes détenues incarcérées dans les établissements pénitentiaires situés dans la ville-siège de l'UHSI, nécessitant une hospitalisation en soins de courte durée, qu'elle soit urgente ou programmée et quelle qu'en soit la durée.

Les UHSI reçoivent des personnes détenues des deux sexes, majeures. L'incarcération des mineurs est possible à partir de 13 ans.

Elles ne prennent pas en charge les malades dont l'hospitalisation relève d'un motif exclusivement psychiatrique.²

L'UHSI du CHU de Marseille, compte 12 lits permettant d'accueillir en soins de suite et de réadaptation les personnes détenues hospitalisées dans le ressort des UHSI de Marseille, de Bordeaux, de Toulouse et de Lyon,

¹Critères ayant permis de fixer la capacité des UHSI :

- projection de la population pénale au 1^{er} janvier 2001,
- taux d'hospitalisation égal à 15,8% (c'est à dire supérieur au taux observé dans la population générale, compte tenu des besoins de santé des personnes détenues),
- durée moyenne de séjour de 8 jours,
- taux d'occupation de 70%.

² L'organisation des hospitalisations pour trouble mental reste actuellement régie par les dispositions de l'article R. 711-19 - 1° du CSP :

- les hospitalisations d'office, réalisées en application de l'article D. 398 du code de procédure pénale, sont effectuées dans les établissements de santé habilités à recevoir des malades hospitalisés sous contrainte.
- les prises en charge avec consentement des personnes détenues sont réalisées dans les services médico-psychologiques régionaux.

Le pôle EPSNF-GHPS joue le même rôle que les UHSI dans les autres inter régions. Il ne reçoit pas d'urgence ni d'hospitalisation de très courte durée, celles-ci relevant des hôpitaux de proximité des établissements pénitentiaires concernés.

L'EPSNF est en cours de restructuration afin de mieux s'adapter aux normes de fonctionnement hospitalier. Il comprendra à terme : 45 lits de médecine interne, 35 lits de chirurgie digestive et à orientation orthopédique, 6 lits de soins continus. Ces lits ne sont destinés qu'à l'accueil des hommes.

Du fait des limites de son plateau technique, l'EPSNF est complété par une unité sécurisée de 25 lits implantés au sein du GHPS de l'AP-HP, destinée à accueillir les patients relevant de services de spécialités ainsi que toutes les hospitalisations programmées concernant les femmes.

La répartition des hospitalisations entre l'EPSNF et l'unité du GHPS de l'AP-HP est assurée par une cellule de régulation animée par du personnel médical de l'EPSNF et placée sous le contrôle d'un comité de coordination. Elle applique les procédures d'admission et de sortie décrites en annexe 3.

L'EPSNF est également doté :

- de 15 lits de soins de suite et de réadaptation destinés à l'accueil des personnes détenues du ressort des UHSI de l'EPSNF/GHPS, de Lille, de Nancy et de Rennes,
- de 20 lits de rééducation fonctionnelle à vocation nationale.

I.2.3 - les hospitalisations en services très spécialisés

Elles relèvent d'indications très spécifiques nécessitant l'environnement particulier d'un service de réanimation, de neuro-chirurgie, de chirurgie cardiaque, de transplantations d'organes, d'un service de grands brûlés ... Elles doivent être réalisées dans les services concernés, le transfert vers l'UHSI de rattachement ne pouvant se faire ultérieurement que sur avis médical.

I.3 - Le fonctionnement des UHSI

Dans les UHSI, qui sont des structures hospitalières à part entière, les soins aux personnes détenues sont dispensés dans les mêmes conditions que dans les autres unités d'hospitalisation du CHU. Les UHSI ont une compétence médico-chirurgicale.

Les UHSI sont pleinement intégrés dans l'organisation de l'établissement de santé. Il est recommandé qu'elles appartiennent au même service que la ou les UCSA rattachées au CHU³.

Elles sont organisées de façon à limiter autant que possible les déplacements des personnes détenues au sein de l'établissement de santé. Certains sont cependant inévitables, pour accéder au plateau technique (bloc opératoire, explorations fonctionnelles, imagerie médicale, consultations spécialisées demandant un équipement spécifique...). Dans tous les autres cas, il convient que les praticiens du CHU appelés à participer à la prise en charge des personnes détenues se rendent à l'UHSI pour les examiner et les suivre.

³ Cette recommandation ne s'applique pas à l'UHSI du pôle parisien, le GHPS et l'EPSNF n'ayant pas d'UCSA de rattachement.

Les admissions et les sorties sont subordonnées à la décision d'un des médecins de l'UHSI. Compte tenu de la vocation des UHSI, la majorité des admissions sont programmées. Il convient toutefois de prévoir un volant de lits disponibles pour les admissions en urgence en provenance de l'établissement pénitentiaire de la ville siège de l'UHSI.

Les durées de séjour doivent tendre à se rapprocher de celles observées dans la population générale.

La sortie est prévue si possible 48 heures à l'avance, afin de permettre le retour sans délai vers l'établissement pénitentiaire d'origine.

Les articulations entre l'UHSI et les UCSA, notamment les procédures d'admission et de sortie, sont définies conjointement par les partenaires sous forme de procédures écrites.

Conformément à l'article 5 de l'arrêté du 24 août 2000, un protocole spécifique à chaque UHSI est établi et signé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, le préfet de la région et du département, le directeur régional des services pénitentiaires du lieu d'implantation de l'UHSI, et le directeur de l'établissement de santé. Il vise à assurer la fluidité du fonctionnement de l'UHSI en organisant les modalités de garde et d'escortes des personnes détenues. Il fixe également les modalités de gestion de la situation administrative et pénale des personnes détenues pendant leur hospitalisation.

Ce protocole prend effet à la date d'ouverture de chaque UHSI.

II. Les dispositions s'appliquant aux personnes détenues hospitalisées en UHSI

Les dispositions relatives aux droits des malades et à la qualité du système de santé s'appliquent pleinement aux personnes détenues. Elles demeurent sous écrou durant leur hospitalisation. De ce fait, elles sont soumises à des règles particulières restreignant leur liberté d'aller et de venir et de communiquer.

II.1 Les principes généraux relatifs aux droits des malades :

Les dispositions des articles L. 1110-1 à L.1112-6 du code de la santé publique (cf. loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) s'appliquent à toute personne détenue.

Elles concernent principalement :

- le droit du patient à recevoir des soins de qualité,
- le droit à l'information sur son état de santé,
- le droit à être informé sur les actes et les interventions qui lui sont proposés par les médecins, en lui précisant les risques encourus,
- le droit d'accepter ou de refuser les actes et les traitements proposés, en lui expliquant, en cas de refus, les risques auxquels il s'expose,
- le droit d'avoir communication et copie des informations contenues dans son dossier médical,
- le droit de recours relatif aux soins prodigués (saisine du directeur du CHU, de la commission de conciliation et des autorités judiciaires).

II.2 Les dispositions spécifiques applicables aux personnes détenues :

Les personnes détenues admises à l'hôpital continuent de subir leur peine ou, si elles sont prévenues restent placées en détention provisoire. La réglementation pénitentiaire leur demeure applicable.

Une fiche technique (fiche n° 1) détaille par thème les dispositions spécifiques applicables aux personnes détenues hospitalisées : les règles en matière d'information du patient détenu, les conditions de séjour et de vie à l'intérieur de l'unité, le respect du règlement intérieur de l'UHSI, les dispositions concernant les personnes détenues en fin de vie.

III. L'articulation des différents acteurs

Le bon fonctionnement de l'UHSI requiert l'intervention de plusieurs catégories de professionnels : hospitaliers, pénitentiaires et forces de l'ordre. Ces différents personnels doivent travailler en coordination et en cohérence, dans le respect de leurs attributions et de leurs propres règles professionnelles.

Le dispositif vise 3 objectifs complémentaires :

- la qualité des soins,
- la prévention des évasions,
- la sécurité des personnes et des biens.

III.1 - le rôle des acteurs

III.1.1 - les personnels des services sanitaires

Comme dans les autres services de soins du CHU, différentes catégories de personnel sont appelées à intervenir au sein de l'UHSI :

- le personnel médical : médecins généralistes, médecins spécialistes (cardiologue, orthopédiste, ophtalmologiste ...), internes ...
- le personnel paramédical : cadre de santé, infirmier(ère)s, aide soignant(e)s ...
- le personnel médico-technique : kinésithérapeutes, manipulateurs d'électro radiologie

Ces différents personnels assurent l'ensemble des soins dispensés aux malades détenus hospitalisés à l'UHSI. Au niveau du plateau technique ou des services très spécialisés, les soins sont réalisés par le personnel de ces services.

- le personnel administratif : secrétaires médicales.

Elles ont pour mission d'assurer le secrétariat de l'UHSI (gestion des dossiers de soins, organisation des rendez-vous ...).

- le personnel non médical : agents des services hospitaliers, personnel technique et ouvrier ...

Ces personnels effectuent l'entretien des locaux, le fonctionnement et la maintenance des équipements de l'UHSI :

III.1.2 - les personnels des services pénitentiaires

Le personnel pénitentiaire travaille au sein même de l'UHSI et s'intègre à son fonctionnement. Il y assure la prévention des évasions et concourt à la sécurité des personnes et des biens. Il est chargé d'une fonction de surveillance à l'intérieur de l'UHSI : contrôle des mouvements, discipline intérieure, médiation ...

Il procède, conformément aux dispositions en vigueur, au contrôle des effectifs des personnes détenues, à leur fouille, à la fouille des chambres, au contrôle des autres locaux et des diverses livraisons.

Il contrôle les relations des personnes détenues avec l'extérieur (mise en place et surveillance des parloirs, contrôle du courrier ...).

Les différentes modalités d'application de ces dispositions sont détaillées dans la fiche n° 1.

III.1.3 - les personnels des forces de l'ordre

Les forces de l'ordre, conformément à l'arrêté du 24 août 2000, article 5, assurent :

- les escortes des personnes détenues entre l'établissement pénitentiaire et l'UHSI, lors de leur admission ou de leur sortie,
- les escortes des personnes détenues hospitalisées lors de transfert entre deux établissements publics de santé,
- les escortes des patients détenus lors de leurs déplacements au sein du CHU vers le plateau technique ou vers des services très spécialisés,
- le contrôle de l'accès de l'UHSI (contrôle de toute personne entrant ou sortant de l'UHSI, des livraisons),
- la sécurité extérieure de l'UHSI,
- le contrôle de l'environnement et les interventions utiles sur tout incident concernant cet environnement.

Les mouvements sont présentés dans les tableaux 1, 2 et 3 joints en annexe :

- tableau n° 1 : mouvements pour les hospitalisations programmées en UHSI,
- tableau n° 2 : mouvements pour les hospitalisations programmées de très courte durée,
- tableau n° 3 : mouvements pour les hospitalisations en urgence

III.2 - les modes d'articulation

Les articulations entre les différents intervenants (sanitaires, pénitentiaires et forces de l'ordre) se déclinent tout au long du séjour du patient détenu, depuis son admission jusqu'à sa sortie, que les hospitalisations soient urgentes ou programmées.

Afin d'assurer une bonne coordination, il revient à l'équipe soignante d'organiser et de planifier les soins ainsi que les tâches hôtelières, logistiques, administratives de façon cohérente, en tenant compte des impératifs de soins.

L'organisation du travail des personnels pénitentiaires et des forces de l'ordre doit être définie en fonction de ces impératifs. Il convient cependant que les contraintes des différents partenaires soient bien identifiées afin d'être intégrées au mieux dans l'organisation du travail de chacun.

A cet effet, des modes d'organisation interne devront être définis entre eux (communication des plannings de travail, réunions de concertation, communication des admissions et des sorties prévisionnelles, transmission des informations sur les déplacements à l'intérieur du CHU, appel en urgence à un médecin non permanent de l'UHSI ...), afin d'assurer, notamment, la circulation de l'information de manière à éviter les dysfonctionnements et les conflits.

Trois points sont particulièrement déterminants :

- l'ouverture et la fermeture des portes des chambres sont sous le contrôle et la responsabilité du personnel pénitentiaire et s'organisent en fonction des impératifs de soins (accès immédiat en cas d'urgence, surveillance continue...).
- les personnels sanitaires et pénitentiaires de l'UHSI et les intervenants ayant accès à l'UHSI doivent se conformer aux règles de contrôle définies. Autant que possible, les mouvements d'entrée et de sortie doivent être planifiés.
- les déplacements des personnes détenues dans les différents services du CHU doivent être organisés et planifiés.

Les articulations entre les différents intervenants sont décrites dans les fiches techniques jointes en annexes :

- fiche n° 2 : contrôle des personnels, des visiteurs, des avocats, des aumôniers et des autorités. Contrôle des produits et des matériels,
- fiche n° 3 : hospitalisation programmée,
- fiche n° 4 : hospitalisation en urgence ou de très courte durée.

IV. Mise en œuvre et suivi du fonctionnement des UHSI

L'ouverture des UHSI nécessite la mise en place d'outils spécifiques à leur fonctionnement (règlement intérieur, protocole de fonctionnement avec les UCSA, formation) et d'instances de coordination et d'évaluation (commission de coordination locale, comité de suivi).

IV. 1 - le règlement intérieur

Au protocole, visé au § 1.3 est annexé un règlement intérieur, élaboré en étroite collaboration avec les partenaires concernés (le directeur du CHU, le directeur de l'établissement pénitentiaire, le directeur départemental de la sécurité publique ainsi que le commandant du groupement de gendarmerie départementale ou leurs représentants). Il comporte un descriptif de l'organisation interne à l'UHSI, il doit également porter sur l'organisation des déplacements à l'intérieur de l'UHSI, mais aussi à l'extérieur. Enfin, il doit comprendre un état des effectifs en personnel de chaque administration. Ce règlement vise à garantir le fonctionnement optimum de l'UHSI ainsi que la qualité des soins.

IV. 2 - le protocole de fonctionnement avec les UCSA

Un protocole de fonctionnement avec les UCSA est élaboré en vue de planifier et de réguler les entrées et les sorties des patients détenus. Ce protocole permet de prendre en charge les patients détenus en fonction des demandes et des places disponibles afin de gérer les flux de patients détenus dans des conditions satisfaisantes.

Le mode de fonctionnement s'appuie sur des procédures écrites (fiches de procédures d'admission et de sortie). La traçabilité de tous les appels doit être assurée (fiché d'appel systématique).

Des moyens de communication adaptés et sécurisés sont indispensables (ligne de téléphone et messagerie électronique).

Les interlocuteurs de l'UHSI sont :

- Les médecins des UCSA,
- Les médecins des hôpitaux de proximité où les personnes détenues ont été hospitalisées en urgence,
- Les médecins des deux UHSI ayant des soins de suite et de réadaptation ou en rééducation fonctionnelles (BPSNF et UHSI de Marseille).

IV. 3 - Actions concertées de formation des personnels sanitaires, pénitentiaires et forces de l'ordre

La formation des personnels doit être faite de façon commune afin que chacun connaisse les attributions, les rôles et les contraintes des autres. Ces formations se feront avec les services de formation continue des différents partenaires, sur la base d'une convention définissant le cahier des charges de la formation, l'organisation retenue et les modalités de financement.

La formation doit permettre une adaptation à l'emploi. Il est recommandé qu'elle soit entreprise avant la prise de fonction. Une formation régulière de remise à niveau doit également être prévue.

IV. 4 - commission de coordination locale

Une commission de coordination locale est mise en place. Elle est présidée par le Directeur du CHU et se réunit à son initiative, en premier lieu une fois par trimestre, puis une à deux fois dans l'année ou plus en fonction des problèmes rencontrés.

Elle comprend :

- des personnels de l'établissement hospitalier (CHU et UHSI),
- des personnels pénitentiaires affectés à l'UHSI,
- le directeur départemental de la sécurité publique ou son représentant local,
- le commandant du groupement de gendarmerie départementale ou son représentant,
- le chef de l'établissement pénitentiaire du lieu siège de l'UHSI ou son représentant,
- le directeur des services pénitentiaires d'insertion et de probation du département de l'UHSI ou son représentant,
- des représentants des UCSA de la zone de rattachement,

- des représentants des établissements pénitentiaires de la zone de rattachement.

Peuvent également participer à cette commission toute personne, invitée à l'initiative du président (Préfet, ARH, DRSP, DDASS ...).

Cette commission a pour objectif de traiter des problèmes qui ont pu survenir soit lors de l'admission des patients détenus, soit pendant le séjour à l'UHSI, soit pendant les transports, soit à l'occasion de tout autre situation. Elle doit également permettre de rapprocher les différents services afin de faire face aux difficultés imprévues grâce à une meilleure compréhension mutuelle.

IV. 5 - comité de suivi

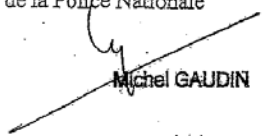
Un comité de suivi, piloté par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), en lien avec la direction de l'administration pénitentiaire (DAP), sera mis en place afin d'évaluer le fonctionnement de l'UHSI de Nancy. Cette évaluation permettra d'établir un bilan qui servira à la finalisation de la circulaire applicable à l'ensemble des UHSI.

Ce comité de suivi se composera :

- des représentants de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins,
- des représentants de la direction de l'administration pénitentiaire ,
- des représentants de la direction générale de la police nationale,
- des représentants de la direction générale de la gendarmerie nationale,
- un représentant de l'agence régionale d'hospitalisation de Lorraine,
- un représentant des directions régionales des services pénitentiaires de Strasbourg et de Dijon,
- un représentant de la direction du CHU de Nancy,
- le chef de service de l'UHSI de Nancy,
- un représentant du personnel non médical de l'UHSI,
- le chef de service pénitentiaire de l'UHSI,
- le directeur de la maison d'arrêt de Nancy ou son représentant,
- le directeur des services pénitentiaires d'insertion et de probation du département de l'UHSI ou son représentant,
- un représentant des personnels de police de l'UHSI,
- un représentant d'une UCSA de la zone de ressort de l'UHSI de Nancy,
- un représentant d'un établissement pénitentiaire de la zone de ressort de l'UHSI de Nancy.

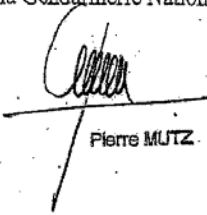
Le comité de suivi se réunira une fois par mois durant le premier trimestre de fonctionnement. Il a pour mission lors de sa première réunion de déterminer les critères permettant d'évaluer le fonctionnement de l'UHSI. Un bilan sera réalisé après 3 mois de fonctionnement. Des réajustements seront faits en fonction des problèmes rencontrés.

Le Préfet,
Directeur Général
de la Police Nationale



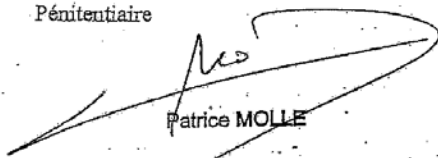
Michel GAUDIN

Le Préfet,
Directeur Général
de la Gendarmerie Nationale



Pierre MUTZ

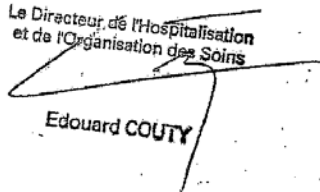
Le Préfet,
Directeur de l'Administration
Pénitentiaire



Patrice MOLLE

Le Directeur de l'Hospitalisation
et de l'Organisation des soins

Le Directeur de l'Hospitalisation
et de l'Organisation des Soins



Edouard COUTY

Annexe 3 - Circulaire du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création des chambres sécurisées

**Circulaire relative à l'aménagement ou à la création de
chambres sécurisées**

DAP 2006 13-03-2006
NOR : JUSKO640033C

Hospitalisation d'un détenu

POUR ATTRIBUTION

Préfet de Police de Paris
Préfets de région et de département de métropole et d'outre-mer - Directeurs des agences régionales
de l'hospitalisation - Commandants de groupement de gendarmerie départementale - Directeurs
régionaux des services pénitentiaires - Directeur régional, chef de la mission des services pénitentiaires
de l'outre-mer

- 13 mars 2006 -

1. Le schéma national d'hospitalisation des personnes détenues

Le schéma national d'hospitalisation des personnes détenues (SNH) concerne l'ensemble des hospitalisations, à l'exception de celles qui relèvent d'un service de psychiatrie, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Il a pour but d'améliorer les conditions d'hospitalisation des personnes détenues et de rationaliser leur surveillance.

A cet effet, deux niveaux d'hospitalisation ont été définis, conformément aux dispositions de l'article R. 6112-26 du code de la santé publique (CSP) et de l'article D. 391 du code de procédure pénale (CPP).

Les deux principaux lieux d'hospitalisation sont : l'établissement de santé de proximité signataire du protocole avec l'établissement pénitentiaire, en chambres sécurisées, désigné par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation conformément aux dispositions de l'article R.6112-16 du CSP et les sites interrégionaux (unités hospitalières sécurisées interrégionales : UHSI), en application de l'arrêté interministériel du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées.

1.1 - L'hôpital de proximité

L'hospitalisation de proximité concerne l'urgence et l'hospitalisation programmée de très courte durée (inférieure ou égale à 48 heures). Elle se fait en principe dans l'établissement de santé signataire du protocole mais il peut être dérogé à cette règle notamment dans le cadre d'une hospitalisation en service très spécialisé (réanimation, centre de grands brûlés ...) ou lorsque le plateau technique de ce dernier n'est pas adapté à la prise en charge du patient.

1.1.1 - L'urgence

L'urgence répond non seulement aux situations où le pronostic vital est engagé mais aussi aux cas nécessitant des actes diagnostiques et/ou thérapeutiques immédiats.

1.1.2 - L'hospitalisation programmée de très courte durée

L'hospitalisation programmée de très courte durée correspond à une hospitalisation inférieure ou égale à 48 heures.

1.1.3 - Transfert à l'UHSI

Dans les deux cas mentionnés respectivement aux § 1.1.1 et 1.1.2, dès lors que l'hospitalisation est appelée à se prolonger, un transfert vers l'UHSI est systématique. Ce transfert est réalisé dès que le médecin responsable de la prise en charge de la personne détenue estime qu'il est compatible avec son état de santé. Il est également subordonné à la disponibilité de places à l'UHSI.

1.2 - Les sites interrégionaux

Les autres hospitalisations programmées sont organisées sur un mode interrégional et relèvent d'unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), implantées dans des centres hospitaliers universitaires (CHU)¹. Le pôle parisien est constitué de l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF) et du groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière (GHPS),

2 - Les chambres sécurisées

L'aménagement des chambres sécurisées est défini par le cahier des charges joint à la présente circulaire. Le cahier des charges de juin 2000, joint à la circulaire n° NOR INT/C/01/0015B/C du ministère de l'intérieur en date du 17 mai 2001, est abrogé par la présente circulaire.

Le nouveau cahier des charges précise l'implantation et l'aménagement d'une ou plusieurs chambres sécurisées.

2.1 - Définition

Les chambres sécurisées sont implantées dans l'établissement de santé signataire du protocole.

Les chambres sécurisées ont pour vocation de venir en complémentarité des unités hospitalières sécurisées (UHSI), dans le cadre du schéma national d'hospitalisation (SNH) des personnes détenues. Elles sont destinées à recevoir les hospitalisations urgentes ou de très courte durée (inférieures ou égales à 48 H). De ce fait les besoins d'hospitalisations à l'établissement de santé de proximité seront réduits.

Leur implantation doit répondre aux critères suivants : être situées au sein d'un même service actif de l'établissement de santé, le plus près possible du plateau technique. La situation en étage doit être privilégiée. A l'intérieur de l'unité d'hospitalisation, rien ne doit permettre d'identifier ces chambres par rapport aux autres. Leur aspect extérieur doit être banalisé.

Le mobilier des chambres doit être conforme à celui des chambres d'hospitalisation classique, à l'exception des points précisés au § 2.2.1. du cahier des charges joint en annexe.

¹ Bordeaux (16 lits), Lille (21 lits), Lyon (23 lits), Marseille (45 lits), Nancy (17 lits), Rennes (19 lits), Toulouse (16 lits), pôle parisien : EPSNF /Pitié-Salpêtrière (121 lits et 25 lits.)

La responsabilité médicale de la prise en charge de la personne détenue incombe à un praticien de l'unité d'hospitalisation dans laquelle elle est intégrée, qui fait appel, en tant que de besoin, à l'intervention de médecins d'autres spécialités.

Les hospitalisations pour les accouchements ou en cours de grossesse sont également soumises au principe de proximité, mais ne sont pas réalisées dans des chambres sécurisées. Elles doivent être réalisées dans un service adapté à l'état de santé de la mère et du nouveau-né.

2.2 - Nombre de chambres sécurisées

Le nombre de chambres sécurisées à implanter dans chaque établissement de santé signataire du protocole a été déterminé en fonction de la capacité théorique des établissements pénitentiaires, pondéré par l'effectif moyen de personnes détenues au cours de l'année 2003, avec une certaine souplesse pour les établissements pénitentiaires très éloignés des UHSI.

- établissements pénitentiaires ayant une capacité égale ou inférieure à 200 places : une chambre sécurisée dans l'établissement de santé signataire du protocole ;
- établissements pénitentiaires ayant une capacité de 200 à 600 places : 2 à 3 chambres sécurisées dans l'établissement de santé signataire du protocole ;
- établissements pénitentiaires ayant une capacité supérieure à 600 places : 3 à 5 chambres sécurisées dans l'établissement de santé signataire du protocole.

Dans les départements d'outre-mer, à défaut d'implantation d'UHSI, les hospitalisations, quelle que soit leur durée, sont toutes réalisées dans l'établissement de santé de proximité ayant signé le protocole ou, lorsque le plateau technique de l'établissement n'est pas adapté, dans l'établissement de santé le plus proche répondant à l'état de santé de la personne détenue. Pour ces établissements de santé, le nombre de chambres sécurisées sera prévu en conséquence. Les dispositions de la présente circulaire ne sont pas applicables aux territoires d'outre-mer.

Les tableaux n° 1, 2 et 3 joints en annexe reprennent les décisions prises lors des comités interministériels des 26 avril 2002, 25 février 2004, 29 septembre 2004 et 3 janvier 2006. Ils concernent, en fonction de l'enquête réalisée par la direction générale de la police nationale (cf. circulaire du 17 mai 2001 du ministère de l'intérieur), les établissements de santé ayant des chambres sécurisées « dites aux normes », les établissements de santé autorisés à mettre aux normes ou à créer des chambres sécurisées et les établissements de santé n'ayant pas vocation à disposer de chambres sécurisées en raison de la faible capacité de l'établissement pénitentiaire qui leur est rattaché.

2.3 - Procédure

Le schéma des chambres sécurisées est arrêté par le préfet du département en concertation avec l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et les établissements de santé concernés. Ce programme doit être réalisé dans les trois ans suivant la publication de la présente circulaire.

2.3.1 - Mise en œuvre du programme des chambres sécurisées

Le préfet du département s'assure que les établissements de santé figurant sur le tableau n°1 disposent bien de chambres sécurisées conformes aux dispositions contenues dans le cahier des charges. A défaut, le préfet invite les établissements hospitaliers à régulariser leur dispositif. A cet effet, un dossier de demande d'autorisation de création ou d'aménagement de chambre sécurisée, respectant la procédure décrite ci-dessous (cf. point 2.3.2) doit être constitué.

En ce qui concerne les établissements hospitaliers répertoriés dans le tableau n° 2, le préfet les invite à établir un dossier d'autorisation de création ou d'aménagement de chambres sécurisées conformément au point 2.3.4 du cahier des charges.

2.3.2 - Constitution du dossier technique

Le dossier d'instruction est constitué par le directeur de l'établissement de santé sur la base du cahier des charges cité ci-dessus. Il doit comporter les pièces suivantes :

- pièces administratives :

- une note précisant le statut juridique de l'établissement de santé ;
- une copie de l'arrêté constitutif du conseil d'administration ;
- une attestation du directeur de l'établissement de santé précisant ses fonctions de représentant légal de l'établissement et d'ordonnateur ;
- un relevé d'identité bancaire de l'établissement ;
- copie des délibérations du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement.

- dossier technique :

- une note de présentation du projet ;
- le planning des travaux ;
- les plans de situation : lieu d'implantation et disposition des locaux ;
- un devis détaillé des prestations de sécurité ;
- le cahier des clauses techniques particulières du programme global des travaux.

- demande de subvention pour les travaux de sécurisation :

Cette demande devra faire référence au décret n°2003-367 du 18 avril 2003 modifiant le décret du 16 décembre 1999 relatif aux subventions de l'Etat pour des projets d'investissement et à l'arrêté du 5 juin 2003 relatif à la constitution du dossier pour une demande de subvention de l'Etat pour un projet d'investissement.

L'établissement de santé transmet ce dossier au préfet du département.

2.3.3 - Instruction du dossier

Le préfet transmet pour avis le dossier établi par l'établissement de santé :

- à l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) ;
- à la direction régionale des services pénitentiaires (DRSP) ;
- au directeur départemental de la sécurité publique ou au commandant de groupement de gendarmerie départementale, selon la zone de compétence, qui doivent apporter une réponse sous un délai maximum de trois mois.

Dès réception de l'ensemble des avis mentionnés ci-dessus, le préfet du département adressera sur double support (papier et électronique) le dossier comportant lesdits avis et les pièces visées au point 2.3.2 à :

- la direction générale de police nationale ou à la direction générale de la gendarmerie nationale selon la zone de compétence (dossier en un exemplaire) ;
- la direction de l'administration pénitentiaire (dossier en double exemplaire) ;

qui sont chargées, chacune dans son domaine de compétence, de valider le dossier sur les plans technique (sécurisation) et financier (subvention).

L'accord de l'administration pénitentiaire concernera les travaux de sécurisation à la charge de l'Etat (affectation des autorisations de programme, après validation du dossier par le contrôleur général auprès du ministère de la justice).

2.3.4 - Délivrance de l'autorisation

Après examen du dossier par les administrations centrales et accord sur l'ensemble du projet, incluant les avis favorables de ces dernières, celui-ci est transmis par la direction de l'administration pénitentiaire au préfet du département qui saisira l'agence régionale de l'hospitalisation et l'établissement de santé aux fins de réalisation des travaux. Il informera également :

- le directeur régional des services pénitentiaires ;
- le directeur départemental de la sécurité publique ou le commandant de groupement de gendarmerie départementale, selon la zone de compétence.

2.3.5 - Conformité des travaux hospitaliers en matière de sécurité

Les projets présentés doivent être conformes aux dispositions du cahier des charges.

Une fois les travaux terminés, les représentants des différentes administrations concernées (ARH, DRSP, direction départementale de la sécurité publique ou groupement de gendarmerie départementale) s'assureront, chacun dans son domaine de compétence, de la conformité des travaux au cahier des charges et établiront un procès-verbal qui sera transmis au préfet. Celui-ci l'adressera à la direction de l'administration pénitentiaire, à la direction générale de la police nationale ou de la gendarmerie nationale selon la zone de compétence, et à la direction de l'ARH.

2.3.6 - Financement des travaux de sécurisation

A réception du procès-verbal de conformité, le ministère de la justice délègue aux directions régionales des services pénitentiaires concernées les crédits de paiement relatifs aux travaux de sécurisation des chambres.

Le montant de la subvention s'élève à **15 245 € maximum par chambre**.

Le paiement des mémoires de travaux aux établissements de santé sera effectué par les services du trésor public, sur présentation des justificatifs prouvant l'exécution des travaux, adressés à la direction régionale des services pénitentiaires intéressée.

2.4 *Cas des établissements de santé ayant réalisé une ou plusieurs chambres sécurisées depuis octobre 2004*

Les établissements de santé ayant réalisé, depuis octobre 2004 des chambres sécurisées peuvent bénéficier de la subvention de l'administration pénitentiaire, à condition que les travaux réalisés soient conformes aux dispositions du cahier des charges précité ; ils doivent pour ce faire déposer un dossier tel que précisé au point 2.3.2.

Il est créé un comité de suivi national composé des représentants des quatre départements ministériels. Il se réunira deux fois par an afin de suivre la mise en œuvre du programme des chambres sécurisées. Ce programme devrait être terminé en 2008, sauf cas particuliers.

Pour le Ministre de l'Intérieur,
et de l'aménagement du territoire
par délégation,
Le Préfet,
Directeur général de la police nationale

Pour le Garde des Sceaux,
Ministre de la Justice
par délégation,
Le Préfet,
Directeur de l'administration pénitentiaire

Michel GAUDIN

Claude d'HARCOURT

Pour le Ministre de la Défense
par délégation,
Le général d'armée,
Directeur général de la gendarmerie nationale

Pour le Ministre de la santé et des solidarités
par délégation,
Le Directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Guy PARAYRE

Jean CASTEX

Annexe 4 - Taux d'hospitalisation 2009 de la population générale en médecine et chirurgie

Taux d'hospitalisation en médecine+chirurgie en 2009 (non compris les venues pour des séances)

Tranches d'âge	Nombre de séjours en médecine et chirurgie		Population au 1/012009		Taux d'hospitalisation en médecine+chirurgie (o/oo)		
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Les deux sexes
13 à 15 ans	111 662	118 882	1 128 894	1 181 701	98,9	100,6	99,8
16 et 17 ans	97 548	99 132	791 595	827 787	123,2	119,8	121,5
18 à 20 ans	132 079	134 832	1 227 199	1 275 694	107,6	105,7	106,6
21 à 24 ans	177 085	173 643	1 609 710	1 620 630	110,0	107,1	108,6
25 à 29 ans	247 715	222 991	2 033 749	1 991 516	121,8	112,0	116,9
30 à 39 ans	634 176	534 314	4 286 224	4 217 725	148,0	126,7	137,4
40 à 49 ans	876 885	807 958	4 569 293	4 433 704	191,9	182,2	187,1
50 à 59 ans	1 085 986	1 203 216	4 362 631	4 141 071	248,9	290,6	269,2
60 ans ou plus	3 507 824	3 377 013	8 120 146	6 142 192	432,0	549,8	482,7

*Source : Base nationale PMSI-MCO 2009 DGOS-ATIH, exploitation DREES et ELP INSEE
publiées en janvier 2011*

Annexe 5 - Taux d'hospitalisation demandée en 2009 selon les territoires de compétence des UHSI

Un taux théorique peut être calculé par territoire en appliquant à chaque type d'établissements pénitentiaires le taux spécifique d'hospitalisation observé au niveau national pour celui-ci.

Territoire d'UHSI	Taux d'hospitalisation demandée (0/00)	Taux d'hospitalisation théorique (0/00)	Ecart avec la moyenne (0/00)	Ecart avec le taux théorique (0/00)
Bordeaux	210,1	151,0	71,8	59,1
Lille	175,5	132,3	37,2	43,2
Lyon	122,5	126,2	15,8	3,7
Marseille	122,0	138,7	16,3	16,7
Nancy	168,7	148,1	30,4	20,6
Outre Mer	145,2	129,4	6,9	15,8
Paris	108,4	132,2	29,9	23,7
Rennes	133,6	133,8	4,7	0,2
Toulouse	136,0	133,6	2,3	2,4

Source : *Données issues de l'OSSD – exploitation par la mission*

Annexe 6 - Répartition des séjours en UHSI par Catégories Majeures de Diagnostic - année 2010

Catégories Majeures de Diagnostic	Nombre de séjours en UHSI	% age en UHSI	Séjours dans la base nationale hors séance	Séjours en CHU sièges d'UHSI hors séance	DMS UHSI	DMS nationale hors séance	DMS CHU hors séance
Affections du système nerveux	175	5,1 %	5,9 %	8,9 %	9,5	4,8	4,9
Affections de l'œil	74	2,2 %	5,1 %	2,7 %	7,0	0,6	1,4
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	229	6,7 %	5,3 %	3,3 %	10,5	1,3	2,7
Affections de l'appareil respiratoire	351	10,2 %	4,8 %	6,2 %	12,3	6,9	5,8
Affections de l'appareil circulatoire	523	15,2 %	9,2 %	9,4 %	7,4	4,9	5,3
Affections du tube digestif	415	12,1 %	14,8 %	6,8 %	8,8	2,3	4,6
Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	106	3,1 %	2,5 %	3,2 %	9,5	5,2	5,0
Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	406	11,8 %	10,9 %	9,2 %	8,9	4,5	5,0
Affections de la peau, des tissus sous cutanés et des seins	108	3,1 %	4,3 %	3,9 %	11,1	2,8	3,1
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	161	4,7 %	2,6 %	5,9 %	6,3	4,2	2,6
Affections du rein et des voies urinaires	153	4,4 %	3,8 %	4,7 %	8,1	3,9	3,3
Affections de l'appareil génital masculin	77	2,2 %	1,8 %	1,1 %	10,0	2,8	3,3
Affections de l'appareil génital féminin	12	0,3 %	2,9 %	2,2 %	5,4	2,1	2,1
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	15	0,4 %	7,9 %	6,8 %	10,3	3,6	3,6
Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	1	0,0 %	5,1 %	4,0 %	6,0	5,2	6,3
Affections du sang et des organes hématopoïétiques	43	1,2 %	1,2 %	1,9 %	8,9	4,4	3,5

Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	151	4,4 %	1,8 %	3,6 %	8,1	4,0	4,1
Maladies infectieuses et parasitaires	17	0,5 %	0,8 %	1,5 %	19,2	5,3	4,0
Maladies et troubles mentaux	85	2,5 %	1,5 %	2,7 %	6,3	5,4	3,4
Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	37	1,1 %	1,1 %	1,3 %	6,1	3,5	2,7
Traumatismes, allergies et empoisonnements	101	2,9 %	1,3 %	1,6 %	8,6	2,7	2,9
Brûlures	12	0,3 %	0,1 %	0,2 %	19,8	7,2	9,0
Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	166	4,8 %	5,2 %	8,6 %	5,5	3,4	1,9
Maladies dues à une infection par le VIH	19	0,6 %	0,1 %	0,3 %	21,3	10,7	10,1
Traumatismes multiples graves	3	0,1 %	0,0 %	0,1 %	21,0	20,3	24,9
Transplantations d'organes	1	0,0 %	0,1 %	0,2 %	66,0	29,1	33,0
Ensemble	3441	100 %	100 %	100 %	8,9	3,7	4,1

Source : ATIH – exploitation ATIH et mission

Annexe 7 - Niveaux de sévérité : extrait du document de présentation du manuel des groupes homogènes de malades V11 document 1, présentation générale, pages 42 et 43

3.4.2 Les subdivisions possibles

Comme dans les versions précédentes, le sixième caractère du numéro de GHM décrit la complexité ou la sévérité, mais le sens en est modifié. Les GHM non segmentés sur la notion de CMA (GHM en « Z ») n'ont plus du tout la même construction. Dans les versions antérieures, il s'agissait soit d'activités très peu sensibles aux CMA (chirurgie de la cataracte, par exemple), soit d'activités particulièrement lourdes avec trop peu d'effectifs pour faire un groupe « avec » et « sans » CMA (les transplantations d'organes par exemple).

Dans la version 11, les exemples de racines comme cataracte, transplantation cardiaque peuvent bénéficier des quatre niveaux de sévérité et la terminaison « Z » est réservée aux racines de GHM pour lesquels il y a eu une volonté de ne pas en permettre le bénéfice. Il s'agit en général d'activités à la limite du champ MCO, activité de type externe ou de soins de suite et de réadaptation (SSR). Dans le cas des soins palliatifs les niveaux de sévérité ne s'appliquent pas parce que ce n'est pas la sévérité qui explique la durée de séjour.

3.4.2.1 Les subdivisions pour les niveaux de sévérité

Ils expriment la sévérité ou la complexité d'une activité donnée et peuvent être de deux types :

- dans toutes les CMD où les CMA jouent un rôle et pour les racines éligibles aux niveaux de sévérité, le sixième caractère traduit le niveau en étant de type 1, 2, 3 ou 4. Le niveau 1 peut être assimilé au niveau « sans CMA », même s'il contient, comme dans les versions précédentes, des RSA avec des CMA en DAS parce que le séjour ne satisfait pas toutes les conditions pour être dans un des trois niveaux de CMA (durée insuffisante, exclusion par le DP etc.) ; les listes de CMA correspondant aux différents niveaux (2 à 4) sont toujours les mêmes quelles que soient les CMD ;
- dans les CMD 14, 15 et 25, les niveaux se traduisent par un sixième caractère de type A, B, C ou D. Ces quatre valeurs ne sont pas systématiques pour chaque racine de GHM concernée et les listes ne sont pas communes pour chacune des valeurs. Ces CMD ont des listes de complications spécifiques qui permettent le classement d'un séjour dans un niveau de sévérité B, C ou D. Elles n'utilisent pas les listes de CMA des niveaux 2, 3 ou 4 communes à l'ensemble des autres CMD.

3.4.2.2 Les autres subdivisions

Elles expriment l'absence de subdivision selon la sévérité ou elles les complètent pour indiquer d'autres types de prise en charge pour certaines racines :

- la lettre Z indique qu'il n'y a pas de niveau de sévérité ;
- la lettre E est réservée aux GHM dont l'ensemble des séjours se terminent par un décès ;
- la lettre J identifie un GHM dont l'activité est ambulatoire stricte (zéro nuit) que ce soit de la chirurgie ambulatoire ou des techniques interventionnelles réalisées en ambulatoire ;
- la lettre T correspond à un GHM regroupant les séjours de très courte durée.

Contrairement à l'ancienne CM 24 qui était constituée de tous les séjours de moins de 2 jours, ces GHM sont construits sur des durées de séjour qui tiennent compte des effectifs observés ; ces GHM peuvent donc correspondre à des séjours sans nuitée (durée inférieure à 1 jour), d'une durée inférieure à 2 jours et, plus exceptionnellement, d'une durée inférieure à 3 jours. Si les GHM de chirurgie ou de techniques interventionnelles en ambulatoire correspondent à une activité clairement identifiée, les GHM de très courte durée, majoritairement médicaux, ont un contenu plus difficile à comprendre. Dans de nombreux cas, il s'agit de séjours de bilan pour lesquels la maladie surveillée a été recodée en DP alors qu'il n'y a pas de prise en charge thérapeutique. C'est un moyen de recréer une grosse part de l'ancienne CM 24 pour isoler des séjours sur un critère de durée en l'absence de données médicales explicatives permettant ainsi de ne pas dégrader les niveaux 1 quand leur DMS était plutôt élevée.

Annexe 8 - Répartition des séjours en UHSI selon les niveaux de sévérité mesurés par le PMSI année 2010

Niveau de sévérité	Séjours UHSI	% UHSI	% en établissements publics et EPIC	% en CHU	DMS détenus	DMS CHU	DMS public et EPIC
1 : Niveau 1	1 737	50,5 %	18,3 %	22 %	6,3	3,6	3,5
2 : Niveau 2	663	19,3 %	7,9 %	7,1 %	12,0	8,7	8,6
3 : Niveau 3	251	7,3 %	5,1 %	4,6 %	24,0	14,6	13,7
4 : Niveau 4	80	2,3 %	1,2 %	1,6 %	45,7	27,1	23,4
A : Complexité A	8	0,2 %	7,1 %	4,1 %	13,8	4,3	4,4
B : Complexité B	10	0,3 %	1,5 %	1,2 %	14,4	6,5	6,0
C : Complexité C	6	0,2 %	0,5 %	0,5 %	36,0	11,2	9,9
J : Ambulatoire pur	35	1,0 %	6,7 %	5,6 %	0,0	0,0	0,0
T : Très courte durée	413	12,0 %	11,5 %	15,6 %	0,7	0,3	0,5
Z : Sans segmentation	238	6,9 %	40,1 %	37,4 %	5,7	2,0	2,3
Niveau sans détenu (D et E)	0	0,0 %	0,2 %	0,3 %	-	5,4	5,2
TOTAL UHSI	3 441	100 %	100 %	100 %	8,9	4,1	3,7

Source : ATIH – exploitation ATIH et mission

Annexe 9 - Répartition des séjours hors UHSI des personnes détenues par catégories majeures de diagnostic- année 2010

CMD	Séjours des détenus	Séjours dans la base nationale hors séance
Affections du système nerveux	3,9 %	5,9 %
Affections de l'œil	0,9 %	5,1 %
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	8,8 %	5,3 %
Affections de l'appareil respiratoire	5,3 %	4,8 %
Affections de l'appareil circulatoire	7,0 %	9,2 %
Affections du tube digestif	14,5 %	14,8 %
Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	1,2 %	2,5 %
Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	8,6 %	10,9 %
Affections de la peau, des tissus souscutanés et des seins	8,5 %	4,3 %
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	2,5 %	2,6 %
Affections du rein et des voies urinaires	1,7 %	3,8 %
Affections de l'appareil génital masculin	1,2 %	1,8 %
Affections de l'appareil génital féminin	0,1 %	2,9 %
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	2,2 %	7,9 %
Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	0,2 %	5,1 %
Affections du sang et des organes hématopoïétiques	0,6 %	1,2 %
Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	0,2 %	1,8 %
Maladies infectieuses et parasitaires	0,2 %	0,8 %
Maladies et troubles mentaux	7,2 %	1,5 %
Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	2,7 %	1,1 %
Traumatismes, allergies et empoisonnements	17,3 %	1,3 %

Brûlures	0,2 %	0,1 %
Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	4,2 %	5,2 %
Maladies dues à une infection par le VIH	0,6 %	0,1 %
Traumatismes multiples graves	0,1 %	0,0 %
Transplantations d'organes	0,0 %	0,1 %
Ensemble	100,0 %	100,0 %

Source : ATIH

Annexe 10 - Répartition des séjours hors UHSI selon les niveaux de sévérité mesurés par le PMSI – année 2010

Niveau de sévérité	Séjours des détenus	Séjours dans la base nationale	DMS des détenus	DMS dans la base nationale
1 : Niveau 1	36 %	19 %	2,6	3,5
2 : Niveau 2	4 %	7 %	8,0	8,6
3 : Niveau 3	2 %	4 %	7,4	13,6
4 : Niveau 4	0 %	1 %	15,6	22,7
A : Complexité A	1 %	6 %	5,3	4,4
B : Complexité B	1 %	1 %	6,1	6,0
C : Complexité C	0 %	0 %	18,8	9,6
D : Complexité D	0 %	0 %	-	15,8
E : Avec décès	0 %	0 %	2,5	1,1
J : Ambulatoire pur	13 %	15 %	0,0	0,0
T : Très courte durée	40 %	9 %	0,7	0,5
Z : Sans segmentation	3 %	38 %	1,5	2,3
TOTAL	100 %	100 %	1,9	3,6

Source : ATIH

Annexe 11 - Arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)

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

La garde des sceaux, ministre de la justice et des libertés, le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales et la ministre de la santé et des sports,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 3214-1 et R. 3214-1 ;

Vu le code de procédure pénale, notamment les articles D. 394 et D. 398 ;

Vu la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 en son article 48 ;

Vu le décret n° 2010-507 du 18 mai 2010 relatif aux modalités de garde, d'escorte et de transport des personnes détenues hospitalisées en raison de troubles mentaux,

Arrêtent :

Article 1 :

La liste et le ressort des unités spécialement aménagées relevant d'un établissement de santé prévus à l'article R. 3214-1 du code de la santé publique sont établis comme suit :

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

Article 2 :

La directrice générale de l'offre de soins, le directeur de l'administration pénitentiaire au ministère de la justice, le secrétaire général du ministère de l'intérieur, le directeur général de la police nationale et le directeur général de la gendarmerie nationale au ministère de l'intérieur sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal Officiel de la République Française.

Fait à Paris, le 20 juillet 2010.

La ministre de la santé et des sports,
Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale
de l'offre de soins,
A. Podeur

La ministre d'Etat, garde des sceaux,
ministre de la justice et des libertés,
Pour la ministre et par délégation :
Le directeur de l'administration pénitentiaire,
J.-A. Lathoud
Le ministre de l'intérieur,
de l'outre-mer et des collectivités territoriales,
Pour le ministre et par délégation :
Le secrétaire général,
H.-M. Comet