



L'Hôpital-prison de Rennes : enjeux organisationnels et informationnels de la dualité psychiatrique et carcérale

Lisa CHOPIN – Mathilde DAVID

Mémoire de 4ème année

Séminaire : *Organisation, Hommes et Management*

Sous la direction de : Rebecca Pinheiro-Croisel

2014-2015

Ce travail s'inscrit dans un cadre universitaire. Il est donc nécessairement inabouti et présente des imperfections et des insuffisances. Ce mémoire se base sur les seuls témoignages des personnes interrogées et n'a pas vocation à être transférable à l'ensemble des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées de France.

Remerciements

Nous souhaitons remercier tout d'abord le Centre Hospitalier Guillaume Régnier et tout particulièrement Madame Liégeois qui nous a orientées vers l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée. Merci également à Madame Berchot pour le temps qu'elle nous a consacré aux prémices de notre projet ainsi que pour la confiance qu'elle nous a témoigné en acceptant notre étude sur l'UHSA.

Nous avons été touchées par les soignants interrogés lors de nos entretiens. Leur passion, motivation et soif d'avancer a été pour nous un réel moteur ; nous avons essayé de rendre à travers ce mémoire, le temps et l'honnêteté qu'ils nous ont donné. Merci aux infirmier(e)s, psychologue, cadre, médecin et recruteur d'avoir accepté d'échanger avec nous. Sans eux, ce projet n'aurait pas été possible. Leurs noms resteront anonymes pour des questions de confidentialité mais nous n'oublierons pas leur gentillesse, leur dévotion pour un métier qu'ils aiment et pratiquent de leur mieux.

Nous souhaitons également remercier Madame Pinheiro-Croisel, directrice de notre mémoire pour sa gentillesse et disponibilité pour répondre à nos questions. Un grand merci également à nos camarades de séminaire, amis et membres de nos familles pour leur soutien indéfectible lors de l'avancement de ce mémoire et de leur présence lors des moments critiques. Merci aux conseils avisés de Maï-Lan qui a relu entièrement ce travail, ainsi qu'au travail de relecture de nos mères.

Aussi peu académique que ce soit, il nous semblait important de se remercier mutuellement. Ce travail en binôme a été réalisé en parfaite complémentarité et a permis de faire naître une solide amitié.

Liste des sigles et des abréviations

AP : Administration Pénitentiaire

CH : Centre Hospitalier

CHGR : Centre Hospitalier Guillaume Régnier

CSA : Chambre de Soins d'Apaisement

CSI : Chambre de Soins d'Isolement

CSP : Code de la Santé Publique

OIP : Observatoire international des Prisons

UHSA : Unité Spécialement Aménagée

UHSI : Unité Hospitalière Sécurisées interrégionale

UMD : Unité pour Malades Difficiles

Sommaire

INTRODUCTION.....	6
PARTIE I - REVUE DE LITTÉRATURE ET DE CONNAISSANCES.....	10
PARTIE II - METHODOLOGIE.....	26
PARTIE III - CAS D'ETUDE : L'UNITE HOSPITALIERE SPECIALEMENT AMENAGEE : COMMENT ORGANISER LA DUALITE PSYCHIATRIQUE ET CARCERALE.....	33
PARTIE IV - ANALYSE ET PROPOSITIONS : FOCUS SUR LA CIRCULATION DE L'INFORMATION.....	63
CONCLUSION	81
BIBLIOGRAPHIE.....	84
TABLE DES MATIERES.....	86
SOMMAIRE DES ANNEXES	88

Introduction

Fortes de nos deux expériences professionnelles à l'étranger, nous avons longuement discuté ensemble des problématiques organisationnelles et managériales que nous avons rencontrées en Angleterre ou au Canada. Dans le cadre de notre séminaire « *Organisations, Hommes et Management* », nous avons souhaité travailler sur une structure rennaise où il serait possible de faire une réelle analyse de terrain. Nous avons tout d'abord réfléchi à la thématique de **stress au travail**. Cette problématique avait déjà été traitée dans de nombreux travaux et nous ne souhaitons pas travailler sur un sujet « classique ». Nous nous sommes toutefois servies de ce thème pour orienter nos recherches de terrains.

Originaires de la région rennaise toutes les deux, nous connaissions le Centre Hospitalier Guillaume Régnier (CHGR). Face à la multiplicité des pôles de spécialité du centre, nous avons d'abord pris rendez-vous avec Madame Liégeois, cadre supérieure de santé au CHGR pour qu'elle nous conseille. Nous lui avons exposé notre volonté de fournir un travail qui serait utile à notre terrain d'étude et c'est ainsi qu'elle nous a orienté vers l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) de Rennes. Il lui paraissait qu'une étude de management pourrait être pertinente en raison de la jeunesse de la structure (à peine un an d'existence à ce moment-là). Nous avons été surprises d'être réorientées vers l'UHSA car nous pensions l'univers carcéral difficile d'accès pour une étude de management. Rapidement, nous nous sommes lancées dans « **l'aventure UHSA** » car cette structure complexe qui combinait univers psychiatrique et carcéral, questions juridiques et questions sociales et sociétales, nous a passionnées. L'implication que nous avons mise dans ce travail de terrain et de recherche nous a parfois submergées, mais nous nous sommes efforcées de canaliser nos ressentis personnels pour fournir une étude organisationnelle et managériale la plus objective possible sur les enjeux liés à la partie médicale de l'UHSA.

Acronyme quelque peu barbare, il convient d'exposer rapidement notre structure d'étude : suite à de nombreux rapports estimant que 30% de la population carcérale souffrait de troubles psychiatriques, les pouvoirs publics ont réalisé que les **Services Médico-Psychiatriques Régionaux (SMPR)** étaient insuffisants pour soigner convenablement les personnes sous main de justice. Créés en 1986, ce sont des services de consultation et d'hospitalisation de jour où sont envoyés les détenus souffrants de

troubles psychiatriques: **l'hôpital entre dans la prison**. Les cas trop compliqués à gérer en univers carcéral étaient dirigés vers des **Unités pour Malades Difficiles (UMD)** ou dans des hôpitaux de psychiatrie classique. Bien entendu, leur prise en charge était en non-adéquation avec leur statut de détenu.

Il manquait donc une structure qui permette une prise en charge à plein temps pour les personnes en crise psychiatrique. C'est une **loi de 2002** qui prévoit que *«L'hospitalisation, avec ou sans consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée » (art. L.3214.1 du Code de la Santé Publique).*

Depuis l'ouverture de la première Unité Hospitalière Spécialement Aménagée au Centre Hospitalier du Vinatier de Lyon en 2010, la prise en charge des troubles psychiatriques s'organise ainsi :

- **Niveau I et II** : Prise en charge par le Service Médico-Psychiatrique Régional (SMPR), l'hôpital psychiatrique dans la prison
- **Niveau III** : les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), la prison entre alors dans l'hôpital. Ce type de structure est le sujet de notre mémoire.

Les UHSA sont des structures hybrides destinées à l'accueil et la prise en charge en hospitalisation complète de détenu(e)s, condamné(e)s ou prévenu(e)s souffrants de troubles mentaux. Elles sont placées sous l'autorité de deux administrations : la **santé** via l'équipe soignante et la direction de l'hôpital et **l'administration pénitentiaire**.

L'UHSA de Rennes a ouvert en Septembre 2013 et est destinée à l'accueil des personnes incarcérées des **régions Bretagne, Pays de la Loire et Basse-Normandie**, nécessitant une hospitalisation psychiatrique. Pour faire coïncider les deux administrations responsables, la santé et l'administration pénitentiaire, les **tâches sont strictement définies**. En effet, la pénitentiaire assure la sécurité périmétrique (prévenir les évasions) et interne (fouilles, régime disciplinaire). De plus, elle est en charge de la surveillance de l'enceinte des locaux ainsi que du contrôle de l'accès à l'UHSA. **L'administration pénitentiaire n'a pas accès aux zones de soins à moins que le personnel soignant en fasse la demande.** Du côté soignant, une fois le contrôle, le portique et les portes blindées passés, la zone d'hospitalisation commence. 40 places sont disponibles, réparties dans deux unités distinctes mais similaires : **l'unité Molène et l'unité Menez-Hom**. Du côté soignant, différents corps de métiers se côtoient : des

agents des services hospitaliers (ASH), des aides-soignants, des infirmiers (IDE), des médecins psychiatres, psychologue, psychomotricienne, des cadres de santé... Cela correspond à 74,3 effectifs temps plein.

C'est cet enchevêtrement de problématiques juridiques, sociales, pénales et médicales qui nous a interpellées. Suite à la proposition de Madame Liégeois de travailler sur cette unité du CHGR, nous avons rencontré Madame Berchot, assistante chef du pôle pénitentiaire du CHGR pour la convaincre **d'accepter notre démarche et projet**. Une attente a été nécessaire ensuite, le temps de réaliser nos habilitations pour l'UHSA de décembre 2014 à avril 2015 (papiers d'identité, extraits de casier judiciaire...). Nous sommes allées rencontrer les équipes en décembre sur place : d'abord à Molène puis à Menez-Hom afin de leur présenter notre projet de mémoire et pour les **convaincre de participer à nos entretiens semi-directifs**. Ces moments ont été décisifs pour le bon déroulement de notre mémoire puisque sans volontaires, l'étude de terrain n'était pas possible. Notre travail s'est axé naturellement et rapidement sur l'unité de soin et plus particulièrement sur le travail de l'équipe des soignants ; traiter également de la vision de l'administration pénitentiaire aurait été intéressant mais faute de temps nous avons choisi de nous focaliser sur le vécu des agents de Guillaume Régnier.

Nos visites à l'UHSA afin de réaliser les entretiens ont été très intenses. Nous avons eu beaucoup de plaisir à mener ces entretiens individuels et avons été surprises de voir de jeunes professionnels ouverts et passionnés avec une **réelle volonté de nous faire partager leur métier**. Leur dynamisme a grandement influencé notre investissement dans ce travail.

De plus, être confrontées à l'univers carcéral était nouveau pour nous et malgré une certaine habitude après une dizaine de visites, le côté solennel du lieu n'a pas disparu. Présenter ses papiers d'identité aux agents pénitentiaires au travers d'une vitre sombre, attendre la vérification de ceux-ci et de l'habilitation, passer la première porte blindée, mettre toutes ses affaires dans des casiers (aucun engin électronique n'est autorisé, nous avons dû obtenir une dérogation pour un dictaphone). Une fois dans le sas d'entrée il faut attendre que la personne interviewée vienne nous chercher, il faut ensuite passer les portiques de contrôle et enfin repasser une demi-douzaine de portes sécurisées. C'est un processus d'une dizaine de minutes qui donne à l'atmosphère une certaine pesanteur : **nous ne rentrons pas dans un lieu comme les autres**.

Notre question de recherche, basée sur l'opposition dans une même structure de l'univers carcéral et du monde psychiatrique, s'est peu à peu précisée au fur et à mesure de nos entretiens. Nous avons constaté une faiblesse de fonctionnement au niveau de la circulation de l'information et avons logiquement choisi d'y consacrer notre partie d'analyse et de proposition.

Ainsi, tout au long de ce mémoire nous nous demanderons **comment organiser la dualité psychiatrique et carcérale et faire face aux problèmes de circulation de l'information qu'elle soulève?**

Dans un premier temps, nous ferons une revue de littérature et de connaissances, indispensable pour comprendre notre cas d'étude. Du fait de leur récente création, la littérature était peu spécialisée mais nous avons mobilisé œuvres historiques et sociologiques ainsi que des lois et arrêtés ministériels. Quelques ouvrages spécialisés sur la circulation de l'information y seront également abordés pour l'apport théorique de notre travail en sciences de gestion. Nous verrons ensuite dans une seconde partie la méthodologie que nous avons utilisée pour la réalisation de nos entretiens et l'analyse de ceux-ci. L'étude de cas sur le fonctionnement général de l'UHSA sera développée dans un troisième temps. Enfin, nous terminerons sur une partie consacrée à la circulation de l'information dans l'UHSA de Rennes ; nos propositions d'amélioration et perspectives de recherche y seront exposées.



Capture d'écran du Passeport du Pôle de psychiatrie en milieu pénitentiaire, avant-projet de l'UHSA de Rennes

Partie I - Revue de littérature et de connaissances

Les UHSA étant des structures très récentes – la première a ouvert en mai 2010 à Lyon (Rhône) – **il n’y a pas encore de recul suffisant pour permettre une littérature très détaillée et objective**. Les articles scientifiques sont peu nombreux et traitent rarement du management de celles-ci. Toute la difficulté de cette revue de littérature était de combiner des données scientifiques sur à la fois le **système carcéral ET le système psychiatrique**.

Les asiles et prisons ne correspondaient pas totalement à l’objet de notre recherche donc nous avons acquis à travers nos lectures d’ouvrages sociologiques et historiques davantage **d’éléments de contextualisation** des UHSA que d’éléments managériaux pour comprendre leur fonctionnement. Ainsi, nous avons commencé nos recherches par de l’histoire puis sociologie des prisons et des asiles via les travaux de **Michel Foucault** et Robert Castel. Peu pertinent directement dans notre cas d’étude, il nous a semblé cependant intéressant d’en faire une rapide chronologie. Puis, nous avons cherché à comprendre les enjeux contemporains du milieu carcéral français et plus particulièrement la question psychiatrique dans celui-ci. Pour cela, nous avons étudié les deux derniers rapports de l’Observatoire International des Prisons (2005 et 2011) qui consacrent un chapitre entier à la **psychiatrie en prison**. Ces rapports nous ont été très utiles et cela a grandement facilité notre compréhension préliminaire à l’étude de terrain.

De plus, afin d’éviter dans notre étude de cas une partie juridique trop lourde, nous poursuivrons cette revue de connaissances par un **encadré juridique** qui retrace l’évolution des UHSA. Lois et circulaires interministérielles y seront résumées.

Enfin, ayant constaté une faiblesse de fonctionnement au niveau de la circulation de l’information, nous nous sommes intéressées à des **travaux de gestion sur le thème du management de l’information**. Nous présenterons les principales théories à la fin de cette revue de littérature et connaissances.

I. Comprendre le contexte historique et sociologique des prisons en France

Michel Foucault, intellectuel et philosophe a publié en 1975 un ouvrage majeur « **Surveiller et punir** ». Son œuvre a été la base de notre travail de revue de littérature puisque il retrace la naissance de la prison en France et son évolution. Ce travail de recherche nous a permis de poser les bases de notre travail puisque le système carcéral était au cœur de notre question de recherche.

Foucault y retrace tout d'abord le « *temps des supplices* » à travers l'histoire de Damiens : les tortures infligées en public étaient la démonstration du pouvoir royal face au crime. Poings coupés, langues percées, écartèlements... Ainsi fonctionnait le système pénal de l'époque. C'est en 1791 qu'une première réforme voit le jour avec un **changement de paradigme**. La guillotine en ce sens est l'illustration de ce changement : c'est un moyen d'appliquer la peine rapidement et sans trop de douleur. Il y a une nouvelle éthique de la mort légale ; plus généralement on souhaite avec ce nouveau système pénal **toucher l'âme plutôt que le corps**. La prison passe alors d'une fonction punitive à une visée « *normalisatrice* », visant indirectement par les corps, l'« âme » des détenus qu'il s'agit de redresser. L'architecture des prisons est importante dans ce nouveau système. Construite en cercle avec une tour de surveillance centrale, on cherche à minimiser le nombre de surveillants tout en maintenant toujours les détenus en vue : c'est l'application du panoptique de Jeremy Bentham, réformateur britannique du 18ème siècle.

La question de la folie dans la pratique pénale est relativement marginale. Il n'apparaît seulement que dans le Code de 1810, à l'article 64. Il est précisé que ni crime, ni délit n'est retenu si l'infracteur était en état de démence au moment de l'acte. On préconise alors l'enfermement et le soin plutôt que la punition. Mais cet article a été mal interprété par les législateurs : on a admis qu'on pouvait être coupable et fou dans la jurisprudence.

Ce n'est qu'en 1832, que le terme de « **circonstances atténuantes** » est introduit dans le droit français. C'est à ce moment qu'une multiplicité d'experts entre dans le système pénal (psychiatres, éducateurs, administrateurs pénitentiaires). Le psychiatre devient alors conseiller en punition car il cherche à répondre à 3 questions :

1. L'inculpé présente-t-il un état de danger ?
2. Est-il accessible à la sanction pénale ?

3. Est-il curable ou réadaptable ?

Comme l'analyse Robert Castel dans son ouvrage « **L'ordre psychiatrique** » : on observe que l'aspect judiciaire prédominera toujours par rapport à l'aspect médical.

L'Etat, pour la question psychiatrique est piégé entre deux services qu'il se doit de fournir : le droit de punir les individus qui ne respectent pas les lois et le devoir d'assister les malades. C'est cet antagonisme qui se retrouve au cœur des problématiques de l'UHSA.

Nous ne souhaitons pas lors de ce travail juger du bien-fondé ou non des UHSA en France mais bien faire l'analyse du fonctionnement concret de celle de Rennes. Cependant il paraît important dans cette revue de littérature sociologique d'exposer les débats contemporains qui entourent la création d'unités spécialement aménagées pour les détenus souffrants de troubles psychologiques.

« *L'évolution tant de la psychiatrie que de la justice aboutit à un déplacement de l'hôpital vers la prison et à un nombre croissant de malades mentaux en détention.* » notait la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. On estime encore aujourd'hui que **30% de la population carcérale souffre de troubles psychiatriques**. L'UHSA est donc une sorte de réponse à ce constat effrayant. Ainsi, pour Noura Bassi, cadre de santé du Vinatier (1er UHSA ouverte en 2010), les UHSA vont permettre de soigner de nouveau en milieu psychiatrique des personnes qui l'étaient seulement en prison. Pourtant, de nombreux médecins se sont élevés contre les UHSA car ils redoutent une « *carcéralisation* » de la psychiatrie et un effet d'appel pour la disparition des non-lieux pour irresponsabilité pénale. De plus, le coût exorbitant des UHSA (4 fois plus en moyenne que les SMPR) est également un élément de débat sur l'existence de ces structures. Les opposants pensent que les fonds financiers auraient dû être attribués aux services de psychiatrie classique qui peinent à assurer un fonctionnement de qualité avec un budget en baisse. La création des UHSA serait un choix politique de traiter le problème en aval plutôt qu'en amont.

Date d'ouverture des UHSA en France

Mai 2010 : CH Le Vinatier à Lyon

Janvier 2012 : CH Gérard-Marchand à Toulouse

Mars 2012 : Centre Psycho-thérapeutique de Nancy

Début 2013 : Groupe hospitalier Paul-Guiraud à Villejuif

Septembre 2013 : CH Guillaume Régnier à Rennes

Septembre 2013 : CH Georges Daumazon à Fleury-les-Aubrais

Juillet 2013 : CHRU de Lille

Prochainement : Marseille et Cadillac

II. Encadré juridique : la création des UHSA

Les premières mesures législatives relatives aux soins en milieu pénitentiaire sont apparues avec la *Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale*. Le chapitre 2 de cette loi, consacré uniquement à la protection des détenus et aux soins en milieu carcéral a permis une évolution considérable de la prise en charge sanitaire des personnes incarcérées. L'objectif de cette loi a été de permettre que les personnes sous écrou puissent bénéficier d'une qualité et d'une continuité des soins équivalentes à celles du reste de la population. Cette loi a institué deux mesures complémentaires :

- Le **service public hospitalier** sera en charge du transfert et de la mise en place des soins des détenus ;
- Chaque détenu est immédiatement, au moment de son incarcération placé sous le **régime général de la protection sociale**.

Cette loi est à l'origine de la première véritable **politique de santé publique adaptée au milieu pénitentiaire**. Son apport est considérable puisque grâce à elle, une véritable éthique des soins en détention va voir le jour. Pour la première fois, on considère que les personnes incarcérées bénéficient des mêmes droits aux soins que le reste de la population générale. Pour encadrer la mise en pratique de cette loi, des **guides**

méthodologiques de la prise en charge sanitaire des personnes placées sous mains de justice ont été publiés en décembre 1994.

Des rapports fleurissent pour mettre en avant l'état désastreux des conditions de prises en charge sanitaire dans les centres pénitentiaires. En 1996, C. Balier, A. Civaldini et A. Girard-Khayat soulignent l'importance des soins pour les auteurs d'agressions sexuelles. Face à ce constat, les élus ordonnent la mise en place de deux commissions d'enquête qui aboutiront en 2000 à la nécessité d'une prise en charge psychiatrique des personnes détenues et en 2005 à la mise à jour des guides méthodologiques afin de prendre en compte ces dix années d'amélioration des conditions sanitaires en milieu pénitentiaire

Afin d'organiser la prise en charge des détenus atteints de troubles psychologiques, **la loi de programmation et d'orientation de la justice de septembre 2002** instaure les Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) qui auront vocation à accueillir les personnes incarcérées nécessitant des soins psychiatriques en hospitalisation complète.

C'est avec la **circulaire interministérielle du 18 mars 2011** (DGOS/R4/PMJ2 n°2011-105) que sont posées pour la première fois les **conditions d'admission à l'UHSA**, leurs modalités d'accès ainsi que leur fonctionnement général. Celle loi précise que les premières UHSA à ouvrir leurs portes devront mettre en place des outils d'évaluation susceptibles de motiver des évolutions du dispositif.

Enfin, c'est avec la **circulaire interministérielle du 30 octobre 2012** (N°DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373) que la dernière version des guides méthodologiques de prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice est publiée. Les principaux éléments d'innovation concernent l'actualisation de la partie relative à l'organisation du système de santé pour les personnes incarcérées. Sont ajoutés des cahiers qui font référence aux différentes pathologies et populations prises en charge, la manière dont les soins seront organisés, ainsi que la question du financement de leur prise en charge mais aussi de leur protection sociale.

III. La circulation de l'information : un enjeu managérial des structures contemporaines

Afin d'apporter un contenu théorique à notre étude de cas, nous nous pencherons sur les **théories de la gestion de l'information et du management de la communication** au sein des entités organisationnelles.

- **La gestion de l'information**

L'**information** est un concept large, aujourd'hui cette notion peut se définir comme toute forme de contenu qu'il soit de nature physique, c'est à dire sous forme papier par exemple, ou de nature électronique (entrée de base de donnée, mails). De plus, l'information peut se présenter sous différentes formes, à savoir de manière structurée ou non structurée. Il convient donc aujourd'hui, dans un contexte de mondialisation et de développement des nouvelles technologiques, d'analyser la gestion de l'ensemble de ces informations.

La **gestion de l'information** correspond à la collecte et au traitement de l'information, pouvant provenir de une ou plusieurs sources et de la diffuser ensuite à l'audience ciblée. Autrement dit, le but de **la gestion de l'information est de rassembler, gérer, stocker et distribuer au bon moment et à la personne concernée la bonne information.**

Or face à l'augmentation croissante du nombre d'informations et à la hausse constante des capacités de stockage informatique, la gestion de l'information concerne également le contrôle de la pertinence du stockage de l'information, afin de permettre à la structure concernée de ne pas stocker toute l'information mais **uniquement les informations jugées utiles.**

Un bon manager de l'information doit raisonner de la manière la plus globale possible, il doit réussir à prendre en compte **l'environnement dans lequel il travaille, la culture de l'organisation, son public et ses habitudes** mais aussi les « autres » personnes ou lieux qui gèrent l'information.

Il existe plusieurs formes d'informations au sein d'une structure :

- D'une part l'**information interne** : elle est produite dans une unité, et ne sert qu'à son propre usage et circule essentiellement à l'intérieur de l'organisation.
- D'autre part l'information qui provient de l'**extérieur**, soit parce qu'elle a été collectée soit parce qu'elle s'impose à la structure.

Ces flux doivent alors être canalisés, gérés de la manière la plus organisée et rationnelle possible. Les structures peuvent décider de les archiver sans en faire le tri ou au contraire mettre des **outils à leur disposition** pour en faciliter le tri et l'extraction des données les plus importantes.

Le management de l'information n'est pas quelque chose de facilement définissable puisqu'il est réparti entre de nombreux acteurs :

- Ceux qui travaillent et qui produisent donc de l'information
- Les managers qui décident quels dispositifs mettre en place pour gérer ces flux d'information

Il faut croiser à ces dimensions différentes sortes de niveaux :

- Tout d'abord un **niveau plus général**, synthétique qui permet d'identifier tous les outils existants.
- Différents **niveaux locaux** : par exemple celui d'une unité ou d'un service ou bien celui de chaque membre du personnel : si l'on prend l'exemple de l'UHSA cela représenterait une unité de soin.
- Des niveaux que l'on pourrait qualifier de **transversaux**, qui rassembleraient par exemple des personnes provenant de différents entités mais qui seraient rassemblées dans un projet commun. Par exemple à la collaboration de l'Administration pénitentiaire et des équipes de soignants pour le fonctionnement général de l'UHSA.

Le management de l'information représente un enjeu important pour les structures car il permet la meilleure gestion possible de ces différentes informations, la maîtrise de leur utilisation et de leur traitement.

- **Le management de la communication**

La communication est un aspect fondamental d'une organisation puisqu'elle contribue à son développement et au maintien des relations entre les acteurs de l'entreprise, à l'intérieur et à l'extérieur de la structure.

Elle représente un point stratégique pour les entreprises. Elle doit pouvoir concilier cohérence et efficacité puisque son but est de faire en sorte que l'ensemble des messages qui y passent puisse s'insérer dans un système commun en se renforçant les uns les autres. Un message divergent peut ainsi conduire à une mauvaise compréhension et à une distorsion de l'information, ce qui créera chez le récepteur une réaction négative. Un tel risque est tout à fait probable dans la mesure où le nombre d'acteurs pouvant représenter des cibles de communication est de plus en plus élevé (responsables de projets, clients, fournisseurs, équipes de ventes) et que chacun d'entre eux est doté d'intérêt spécifiques..

Il est important d'établir une différence entre la communication interne et la communication externe des entreprises :

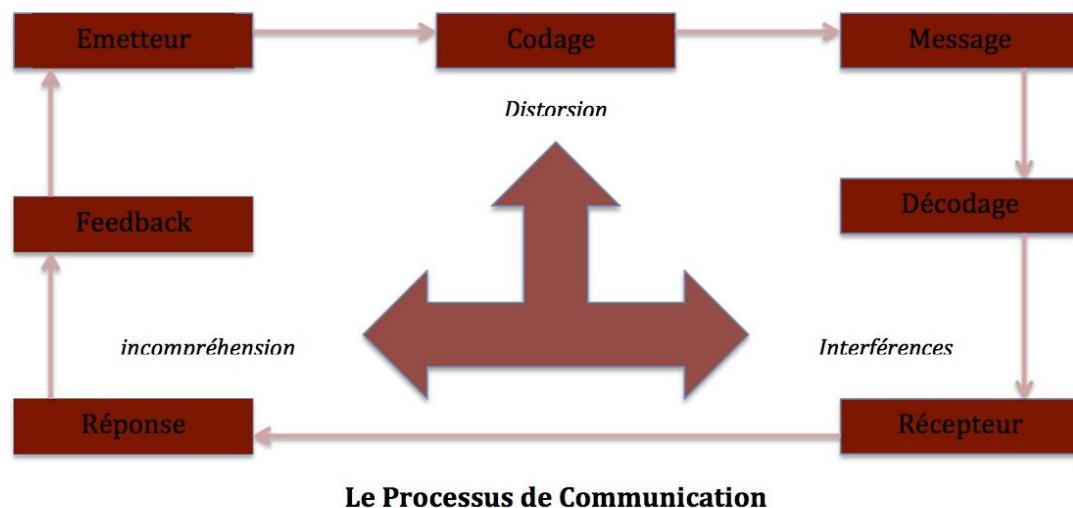
- La **communication interne** a pour objectif de favoriser des relations internes constructives tout en mettant en commun, en échangeant, en partageant différentes informations afin d'améliorer la **compréhension des différents acteurs** qui composent l'organisation. Elle joue un rôle essentiel **d'intégration** puisqu'elle aspire à créer des synergies et un véritable esprit de coopération entre les acteurs.
- La **communication externe** tient un rôle tout aussi important puisqu'elle vise à accroître la notoriété et à **renvoyer une image positive**, valorisante et cohérente de l'organisation. Cela représente une véritable stratégie face à la multiplication des médias et du rôle de la confiance (renvoyée par l'image) dans la sélection des investisseurs financiers. Le but d'une telle communication est de rendre la structure attractive, notamment pour la rendre attirante auprès de hauts potentiels qui pourraient vouloir venir y travailler mais aussi pour renvoyer une image positive aux différentes parties prenantes de l'entreprise.

La communication peut être envisagée comme un **flux**, un processus. En effet, toute communication repose sur un échange de signaux entre une source (**l'émetteur**) et un **récepteur**, ainsi que le recours à un **système de codage et de décodage** qui permet

aux deux personnes en interaction d'exprimer et d'interpréter le message. Cette relation a été théorisée en 1998 par **Lambin**.

Selon **Kotler** (1997), la communication peut être comprise comme un processus comprenant huit différentes étapes :

1. **L'émetteur va envoyer un message** destiné à un récepteur, c'est lui qui est à l'origine de la communication.
2. **Le codage** : il représente la conversion d'une pensée en un message. L'émetteur va utiliser des images, des formes, du langage verbal ou non verbal afin de structurer son message. Quatre conditions vont affecter le message codé à savoir *la compétence de l'auteur, son attitude, son savoir et son système socioculturel*. Les valeurs, le niveau de connaissances et les convictions de l'individu vont exercer une action non négligeable sur la forme que va prendre son message.
3. **Le message** : c'est l'ensemble des informations transmises par l'émetteur à destination du récepteur, elles peuvent passer au travers de différents médias (notes écrites, mouvements, expressions, dessin,...).
4. **Le décodage** : il compose en quelque sorte le processus par lequel le récepteur va attribuer une signification au message de l'émetteur. Les modes de compréhension et de décodage portent sur la forme (clarté de l'expression, ambiguïté du message et interprétations possibles) et sur le fond, à savoir le discours (figures rhétoriques, signes).
5. **Le récepteur** : c'est la ou les personnes à qui le message s'adresse.
6. **La réponse** : elle comporte l'ensemble des réactions du récepteur, une fois le message décodé.
7. **Le feedback**, autrement appelé la rétroaction : cela permet à l'émetteur d'obtenir une clarification immédiate sur l'efficacité de son message, une réaction à son message. On peut noter deux types de réactions : *les réactions négatives et les réactions positives*. Elles ont un impact sur les liens entre les différents acteurs du processus.
8. Enfin, la **nature du contexte** qui a un impact certain sur le processus de communication (climat d'entreprise, culture) qui ajoute une autre dimension à la signification du message. Un même message diffusé à un nouvel employé ou à des équipes présentes depuis longtemps n'aura par exemple pas le même impact.



Plusieurs méthodes de communications peuvent être mises en place afin de favoriser une bonne communication, nous allons les détailler afin de juger de leur utilité.

La **communication écrite** peut s'effectuer par le biais de mémos, de notes ou de publications internes. En d'autres termes, tout dispositif qui permet de transmettre un message sous forme graphique. La communication écrite est souvent privilégiée parce qu'elle a le mérite de laisser une trace écrite, plus durable et vérifiable qu'une information qui aura été transmise de manière orale. L'émetteur et le récepteur gardent en général chacun une trace écrite de l'information qu'ils peuvent **conserver**. Cette caractéristique se révèle tout à fait pertinente lorsqu'il s'agit de données longues et complexes qu'il est difficile de mémoriser sans support. Cela permet lors de la **planification** d'un projet de long terme de prévoir à l'avance des tâches et les personnes qui seront en charge de leur exécution. La communication écrite présente un dernier avantage majeur : il découle du processus en lui-même. En effet, par exemple lors d'un discours ou d'une réunion où il faut nécessairement prendre des notes, il est avéré que l'on porte en général plus d'attention à ce que l'on écrit qu'à ce qui est dit oralement. La rédaction oblige l'individu à structurer sa pensée, l'information écrite est donc plus souvent mieux construite, claire et organisée.

Bien évidemment, les messages écrits présentent aussi des inconvénients : si la rédaction apporte de la précision c'est malgré tout un **processus plus lent**. Sur une même période de temps, il est possible de faire passer beaucoup plus d'informations à l'oral qu'à l'écrit. L'inconvénient majeur de l'information écrite est qu'elle est caractérisée par une absence quasi-systématique de feed-back. Lors d'un échange d'information à

l'oral, le récepteur peut ainsi réagir très vite à ce qu'il croit comprendre, alors que la communication écrite n'engendre aucun mécanisme de la sorte. Il est très difficile lorsqu'on envoie une note à quelqu'un d'être certain que le message est interprété de la bonne manière alors qu'à l'oral un feed-back positif pourra assurer à l'émetteur que l'information est bien passée.

Concernant la **communication par oral**, sa maîtrise peut parfois échapper aux managers et prendre la forme d'une rumeur. Généralement, si les bonnes informations circulent très vite les mauvaises sont divulguées encore plus vite par le biais du bouche-à-oreille pour par les moyens électroniques. Or la remise va poser un certain nombre de problèmes, notamment celui de l'inexactitude des informations transmises. Si dans une entreprise réputée « *ouverte* » la fiabilité des rumeurs est souvent très bonne, ce n'est en général pas le cas dans les institutions plus autoritaires. Malgré tout, il y a toujours une part de vérité à l'origine de toute rumeur.

Il apparaît toutefois nécessaire d'encadrer le plus possible la transmission d'informations de peur de devoir affronter des dérives de ce genre, qui font souvent plus de dégâts que des nouvelles annoncées par une communication bien encadrée.

La manière dont l'information est transmise va aussi beaucoup affecter la compréhension du message par le récepteur. Il existe de nombreux signes non verbaux qui permettent de faire passer des messages de manière parfois plus significative que des paroles. Il peut s'agir par exemple d'un regard, d'un geste ou d'une posture qui traduit l'ennui ou le vif intérêt de quelqu'un. De plus la manière dont les mots sont accentués, les intonations et le ton peuvent être des indicateurs d'agressivité ou d'agacement. Des études ont prouvé que lors d'une communication orale en tête à tête, **65% à 90% des messages échangés passent par le langage corporel**. Dans le cas où le discours prononcé ne serait pas en adéquation avec ces « signaux » envoyés au récepteur, celui-ci pourraient alors s'en servir pour décoder le sens caché du message.

- **Les obstacles à la communication**

Nous allons voir qu'il existe plusieurs obstacles à une bonne communication, qui permettraient d'expliquer pourquoi le message décodé par le récepteur peut être perçu de manière différente de celui que l'émetteur avait souhaité faire passer à l'origine.

Tout d'abord, **le filtrage**. Ce terme désigne le fait que l'émetteur manipule le message qu'il souhaite faire passer de manière à assurer un accueil plus favorable de l'information auprès de son récepteur. L'intensité du filtrage est **liée à la culture et au nombre d'échelon hiérarchiques de la structure**. Une hiérarchie très complexe va favoriser un filtrage d'autant plus fort. A l'inverse, plus la hiérarchie est faible, moins le filtrage sera grand.

De plus, l'utilisation des courriers électroniques va permettre de contourner les intermédiaires et de communiquer directement aux personnes concernées. Enfin, la culture d'entreprise ou de métier aura aussi un impact sur l'utilisation ou non du filtrage, cela dépendra du type de comportement qu'elle privilégie.

Le second obstacle à une bonne communication découle de la **perception sélective**. Cette notion se réfère au fait que les personnes intégrées au processus de production perçoivent ce qu'ils veulent entendre en fonction de leurs besoins, de leurs motivations, origines et autres caractéristiques personnelles. C'est notamment lors de l'étape du décodage qu'ils **projetent leur perception personnelle** sur le message reçu. On peut ainsi prendre pour exemple un recruteur qui aurait tendance à voir en chaque femme un désir de faire passer sa vie familiale avant sa carrière seulement parce que son avis personnel le pousse à percevoir ce type d'informations et à interpréter leurs propos.

Le troisième obstacle majeur est la **surcharge d'information**. En effet, chaque individu a une capacité à intégrer les informations qui est limitée. Une surcharge de mails qui s'accumule lors d'une absence professionnelle, trop de dossiers à traiter et qui s'entassent sur le bureau, toute personne a ses limites et ne peut encaisser les informations aussi vite qu'elles ne s'accumulent. C'est un syndrome dont la plupart des cadres se plaignent aujourd'hui. Les e-mails, les conférences, les réunions et les dossiers se succèdent à un rythme effréné que favorise l'ère de l'informatique. Or lorsqu'un individu reçoit trop d'informations il peut être tenté d'en mettre certaines de côté ou d'en éliminer, ou bien de laisser passer le flot de données pour en reprendre le fil à un moment plus calme. Le résultat sera le même : **il y a un risque très important de pertes de données et donc une communication moins efficace**.

Les émotions peuvent aussi à leur tour entraver une bonne communication puisqu'elles influencent sur la manière dont le message va être perçu. En effet, en fonction de l'état d'esprit et l'humeur dans laquelle une personne est au moment de recevoir l'information, la personne ne va pas interpréter les informations de la même manière. Les émotions les plus fortes ont tendance à affecter la rationalité et ainsi

peuvent compromettre l'efficacité de la communication. Un manager contrarié va être plus dur dans les messages qu'il va envoyer, il convient donc d'essayer de maîtriser ses émotions au possible et de les mettre de côté afin de ne pas brouiller le message et fausser la communication.

Le langage a lui aussi un rôle à jouer dans la communication. Dans une organisation, les employés sont souvent d'origines variées et ont chacun un vécu qui leur est propre, ils ne s'expriment pas tous de la même manière. La répartition entre différents services et entre différents corps de métier donne naissance à du jargon ou à des abréviations techniques que seules les personnes concernées vont être amenées à comprendre.

De même, au sein de la hiérarchie les langages peuvent différer et les expressions des cadres peuvent mystifier les employés peu familiers du vocabulaire managérial. Il ne faut surtout pas oublier le fait que la pratique d'une langue commune n'induit pas forcément le fait de parler le même langage : les émetteurs ont souvent tendance à se persuader que le récepteur entendra les mots utilisés avec la même signification qu'il a souhaité leur donner. C'est une erreur courante qui peut perturber la communication.

Face à tous ces obstacles quelles solutions les managers peuvent-ils envisager afin de pallier aux perturbations auxquelles se heurtent les messages ?

Tout d'abord ceux-ci peuvent se servir du feed-back : en effet une bonne partie des difficultés de communication proviennent d'une méprise ou d'un malentendu. Le manager peut alors mettre à profit le feed-back, qu'il soit positif ou négatif afin de favoriser le processus de communication. Il peut ainsi questionner ses émetteurs afin de s'assurer qu'il s'est bien fait comprendre ou demander à son interlocuteur de lui faire un résumé de ses propos. Mais il est possible d'utiliser des procédés plus subtils qui permettront d'obtenir un feed-back. Il n'est pas nécessaire de passer par la parole, un acte peut parfois être plus utile qu'un mot : il est possible de faire passer le message en captant le regard de l'interlocuteur ou en demandant d'effectuer une tâche bien précise qui permettra de rendre compte de la compréhension de la personne face au message.

Il est aussi possible de jouer sur le langage en le simplifiant le plus possible. Sachant que celui-ci peut constituer une entrave à la communication, il est important que les managers s'efforcent de simplifier le vocabulaire de leur message le plus possible afin de le rendre clair et synthétique pour qu'il soit compris par le plus grand nombre. Une communication n'est efficace que quand le message est à la fois reçu et compris : il faut donc toujours tenter de simplifier le plus possible les messages. Il faut aussi savoir

adapter son discours en fonction de la population à laquelle il est adressé : un style plus administratif pour du personnel de bureau, ou plus technique pour des personnes travaillant sur des points précis. L'utilisation du jargon facilite ainsi la compréhension dans le cas d'une discussion ayant des connaissances techniques mais la rendra plus difficile si elle s'adresse à un public plus large n'ayant pas ces codes.

De plus, pratiquer une écoute active peut renforcer la compréhension lors d'une transmission d'information. Il faut faire une distinction entre écouter et entendre. Entendre ne veut pas dire comprendre, il faut donc être à même d'écouter avec attention pour saisir tous les enjeux d'une discussion et ainsi maximiser les chances que le message passe. Des études ont montré que notre cerveau a la capacité de traiter plus de 450 mots en une minute alors qu'en moyenne nous ne sommes capables que d'en prononcer que 150 sur un même laps de temps. Une partie du cerveau n'étant pas mobilisée pour traiter cet écart il est facile de se déconcentrer pour penser à autre chose. Il faut alors s'efforcer de mobiliser toutes nos capacités de traitement auditif afin de maximiser ce temps d'écoute et tenter de retenir le plus d'informations possible. Le sentiment d'empathie est un facteur favorable à une écoute attentive puisque le récepteur se met à la place de celui qui parle et cela facilite la compréhension du message. Il faut donc s'efforcer d'adopter une telle attitude afin de capter le sens réel de l'échange et ainsi favoriser la communication, tout en s'abstenant de porter un quelconque jugement de valeur ou des interprétations.

Enfin, il faut s'assurer que les signaux non verbaux que l'on émet soient en adéquation avec le discours que l'on tient puisque cela contribuera à renforcer la signification du message.

- **Les enjeux de la communication face aux nouvelles technologies**

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication ont radicalement bouleversé les méthodes de la communication dans les organisations.

L'objet de l'informatique est de centraliser les données afin de pouvoir les traiter de manière optimale. Ces outils informatiques demandent une formalisation et une structuration des données ainsi qu'une certaine homogénéité des formats des données. Il faut de plus normaliser les différentes procédures en créant des interfaces et des outils informatiques qui seront mis en commun dans l'organisation et serviront de référence.

Cela a notamment permis une amélioration significative du suivi des performances, de rationaliser les décisions et favorisent la collaboration et l'échange d'informations au sein des employés. Cela permet aussi de contacter n'importe qui à n'importe quelle heure sans que la personne ne soit sur son lieu de travail où devant son ordinateur de bureau.

- **La communication en réseaux**

La mise en place d'un réseau dans les entreprises permet de relier les ordinateurs entre eux par le biais d'une plateforme logicielle et matérielle compatible. Cela permet aux différents agents de l'organisation de communiquer entre eux et de pouvoir avoir accès aux informations liées à leur travail de n'importe quel poste d'ordinateur.

L'informatique a aussi permis l'explosion des réseaux intranet des entreprises, ce sont des réseaux internes privés fondés sur la technologie d'internet, seuls les membres de l'entreprise y ont accès.

L'établissement du système de messageries informatiques permet l'envoi instantané d'un message qui pourra être conservé dans la messagerie du récepteur pour une durée indéterminée et qui peut être adressé à plusieurs destinataires. C'est un moyen peu coûteux et efficace de transmettre des informations et de communiquer.

La messagerie instantanée peut aussi être utilisée pour transmettre des informations urgentes et qui ne nécessitent pas d'être conservées. Ce mode de communication est particulièrement interactif et rapide qui s'impose de plus en plus dans les milieux professionnels. L'inconvénient majeur d'un tel système est qu'il oblige les utilisateurs d'être connectés en permanence et donc disponibles à chaque instant.

L'échange de données informatiques est un moyen pour les structures de s'échanger des documents et des informations professionnelles par le biais d'une connexion directe et immédiate. L'ère de l'informatique a ainsi permis de pallier aux barrières de la distance puisque les réunions qui nécessitaient autrefois que tous les membres soient physiquement regroupés dans une pièce peuvent désormais s'organiser sous la forme de visio-conférences ou téléconférences.

Malgré toutes les possibilités qu'internet semble offrir aux managers de la communication, son véritable potentiel et ses limites n'ont pas encore été dévoilées. Une nouvelle technologie du sans fil est en train de voir le jour ce qui risque de faciliter encore plus la transmission des informations et par cela augmenter encore plus la charge communicationnelle.

Nous avons tenté, au cours de cette partie de dresser un bilan de la littérature concernant les UHSA. Le **caractère inédit** de ces structures n'a pas facilité nos recherches : en effet peu d'ouvrages traitent de cette question d'un point de vue managérial. Nous avons uniquement eu à disposition des ouvrages commentant de la décision de création des UHSA par les ministères de l'Intérieur, de la Santé et de la Justice. En effet, depuis l'inauguration des premiers UHSA, aucune littérature n'est venue expliciter ou illustrer leur fonctionnement interne, ni la manière dont les équipes de soignants et le personnel de l'Administration Pénitentiaire cohabitent.

Nous nous sommes donc penchées sur des ouvrages historiques et sociologiques afin de **contextualiser l'environnement de la structure** avant de conclure par un résumé des publications juridiques exposant les différentes étapes menant à la création des UHSA. **Notre travail s'inscrit donc dans une démarche pionnière puisqu'il est à l'heure actuelle l'unique publication qui s'inscrit dans une démarche visant à étudier le fonctionnement interne de l'UHSA de Rennes.**

Au cours de notre étude, nous avons constaté que la dichotomie entre l'univers carcéral et psychiatrique soulevait différentes problématiques informationnelles. A cet effet, nous avons décidé de focaliser notre recherche en littérature de gestion sur les théories du management de la communication et de la circulation de l'information. Cette partie permet d'inscrire notre étude dans un cadre théorique de management.

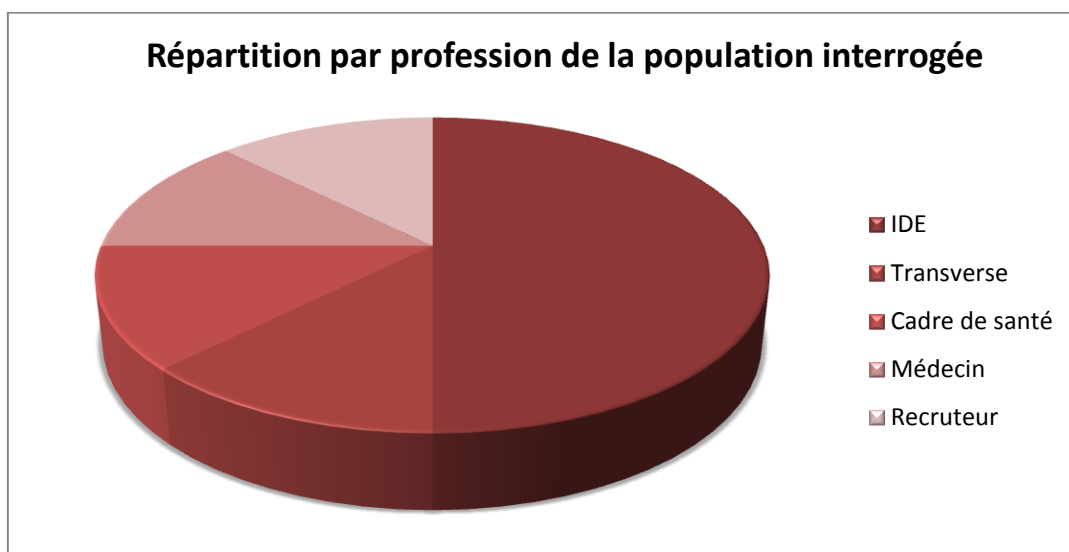
Partie II - Méthodologie

Notre mémoire est avant tout un travail de terrain, d'autant plus que l'UHSA de Rennes est une structure très récente et qu'aucun contenu littéraire n'a été produit sur cette unité précisément.

Nous avons choisi dès le début de travailler sur un **mono-cas** ; cela nous paraissait plus pertinent que de traiter une question transversale dans différentes structures. Une fois l'accord de l'UHSA obtenu et face à la complexité de la structure, nous avons pris le parti de travailler **uniquement sur les unités de soin**. En effet, étudier en parallèle l'aspect carcéral auprès de l'administration pénitentiaire aurait permis une vision plus globale mais ce n'était pas réalisable au vu des délais.

Par ailleurs, notre travail s'est inscrit rapidement dans notre volonté commune de **produire une étude utile** pour la structure d'accueil : nous souhaitons travailler en réel partenariat avec les agents de l'UHSA plutôt que de produire un travail universitaire où le rapport final n'aurait pas vocation à être transmis.

Nous avons choisi de réaliser une **étude qualitative** grâce à des entretiens individuels. Nous disposions d'une vingtaine de volontaires mais face à la contrainte de temps il a fallu choisir un échantillon de ce qui nous paraissait le plus représentatif. Huit entretiens ont été réalisés au total.



Nous avons donc mené des entretiens avec :

- **4 infirmiers (ou IDE)** – C'est le corps de métier le plus important. Nous avons fait une sélection genrée égalitaire puisque le nombre d'hommes et femmes est relativement équilibré dans les unités. De plus, nous avons également effectué une répartition égalitaire entre Molène et Menez-Hom, les deux unités de l'UHSA.
- **1 psychologue** appartenant à la catégorie des « transverses » car à l'image du psychomotricien ou de l'assistant social, le transverse travaille sur les deux unités.
- **1 cadre de santé**, il y en a un par unité.
- **1 médecin psychiatre**, idem, un par unité.
- **1 recruteur**, externe à l'UHSA et responsable d'un autre pôle du Centre Hospitalier Guillaume Régnier ; il a réalisé presque en totalité les recrutements pour l'ouverture de l'UHSA et son point de vue externe nous a paru intéressant pour prendre de la hauteur et aborder une question majeure de management des ressources humaines.

La sélection de cet échantillon a été compliquée à réaliser mais nous avons dû composer avec la contrainte de temps et les volontaires disponibles puisque certaines personnes ne souhaitaient pas participer à cette étude bien que leur témoignage aurait été intéressant.

Ces entretiens d'environ **une heure** – pour ne pas pénaliser le fonctionnement d'équipe dans une unité - ont souvent pris place au sein de l'UHSA. Les entretiens ont pris une forme **semi-directive** grâce à une grille d'entretien qui s'adaptait en fonction de nos besoins mais aussi du profil interrogé. Le milieu carcéral a imposé de fait des contraintes : nécessaire obtention d'une dérogation pour apporter un dictaphone, l'entretien pouvait être coupé en cas d'urgence dans une unité...

Ainsi, les premiers entretiens comportaient des questions de compréhension plus générales (type de patient accueilli, organisation d'une journée-type...). Une fois les premiers éléments de compréhension réunis, nous avons pu adapter notre grille avant chaque entretien afin d'obtenir les éléments les plus pertinents possibles (a-t-il fait partie de l'équipe de préfiguration ? que signifie être « transverse » ? quel rôle a le cadre dans une unité vis-à-vis des équipes ?). Nous avons cependant gardé dès le début 3 grands thèmes de réflexion :

1. **Le fonctionnement d'une structure innovante**
2. **La dualité médico-carcérale et les relations avec l'administration pénitentiaire**
3. **Le travail de soignant** : c'est cette partie qui a peu à peu évolué vers notre thème de propositions et perspectives. Nous avons remarqué que la **circulation de l'information**, interne et externe, était l'élément organisationnel et managérial qui posait le plus de problèmes dans leur pratique professionnelle au quotidien. Nous avons alors, dès le 3ème entretien, orienté nos questions vers le thème de la circulation de l'information.

Notre question de recherche n'a absolument pas été fixe : étant donné la jeunesse et la complexité de la structure nous n'avions pas d'hypothèses prédéfinies. Notre questionnement a donc évolué tout au long de l'avancement de ce mémoire en fonction des éléments que nous fournissaient les agents interrogés. La question de la circulation de l'information en est l'illustration. Les entretiens étaient pratiquement les seuls éléments que nous allions pouvoir exploiter et c'est pour cela que notre travail est basé sur le témoignage des personnes travaillant à l'UHSA et n'a pas vocation à être transposable à tous les UHSA de France.

La partie « **analyse** » a été plus complexe à mener puisque nous travaillions en binôme. Lorsque toutes les retranscriptions ont été terminées nous avons établi une grille d'analyse que nous avons complétée avec les données recueillies. Cet outil nous a permis d'élaborer étape par étape notre plan en étant certaines de n'omettre aucun élément utile à notre mémoire.

NB : Pour des raisons de confidentialité nous ne citerons dans ce mémoire que la profession et le sexe des personnes interrogée

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGE

Bonjour, je m'appelle _____, et voici _____, nous allons procéder à l'entretien nécessaire à notre travail de recherche sur l'UHSA de Rennes.

Au cours de l'entretien, j'aimerais que nous abordions les thèmes suivants : le **fonctionnement d'une structure innovante, la dualité médico-carcérale et enfin votre pratique professionnelle de soignant au sein de l'UHSA**. En ayant ces thèmes en tête, sentez-vous libre de digresser pour nous apporter des éléments qui vous sembleraient importants.

L'entretien est enregistré afin de permettre la retranscription de ce qui sera dit. Enfin avant de commencer : souhaitez-vous rester anonyme?

QUESTIONS PRÉLIMINAIRES

Quel est votre âge?

Très rapidement, pouvez-vous nous résumer votre parcours professionnel?

Depuis combien de temps êtes-vous à l'UHSA?

THÈME 1 : LE FONCTIONNEMENT D'UNE STRUCTURE INNOVANTE

Questions principales	Questions complémentaires	Questions de clarification
Pouvez-vous nous décrire une journée type à l'UHSA? (Rythme de travail, réunions, soin/surveillance?)	Quel genre de maladie? Quel genre de délit? Quelle durée de peine? En moyenne combien de temps passent-ils à l'UHSA?	Pouvez-vous m'en dire un peu plus ? Pouvez-vous m'en dire davantage ? Pouvez-vous me donner des exemples ?

Qu'est-ce qui différencie le travail à l'UHSA d'une structure psychiatrique plus classique? (Dans le cas où la personne a déjà travaillé dans un service de psychiatrie classique)	Mesures de sécurité, recrutement, gestion des cantines, de la dangerosité des patients, admission des nouveaux patients...	

THÈME 2 : LA DUALITÉ MÉDICO-CARCÉRALE

Questions principales	Questions complémentaires	Questions de clarification
Pouvez-vous nous parler de vos relations avec l'Administration Pénitentiaire? Quand êtes-vous en contact avec eux?	Faites-vous souvent appel à eux? Nécessité de passer les contrôles, se sent-on « fliqué »? Comprenez-vous leur travail? Et eux le vôtre?	Pouvez-vous m'en dire un peu plus ?
Quel est, selon vous, l'impact concret et quotidien que cette dualité impose? Impact sur éventuel management de l'équipe? Pensez-vous que l'UHSA est la structure optimale pour soigner les patients purgeant une peine de prison?	Vous sentez vous assez libre dans l'exercice de votre travail médical? Quelles sont les actions médicales/les aspects de votre métier les plus touchées/impactées par cette dualité?	Pouvez-vous m'en dire davantage ? Pouvez-vous me donner des exemples ?

THÈME 3 : LE TRAVAIL DE SOIGNANT ET LA CIRCULATION DE L'INFORMATION

Questions principales	Questions complémentaires	Questions de clarification
Pouvez-vous nous exposer rapidement votre vision/mission de votre métier? Quel est votre objectif au sein de l'UHSA?	Pensez-vous avoir les conditions optimales pour exercer votre profession? Avez-vous remarqué depuis la création de l'UHSA une amélioration, un meilleur rodage?	Pouvez-vous m'en dire un peu plus ? Pouvez-vous m'en dire davantage ? Pouvez-vous me donner des exemples ?
Pouvez-vous nous parler de la communication avec l'AP? Et au sein des deux unités? Comment l'information pourrait-elle être mieux être apportée et diffusée pour garantir un soin de qualité?	Question du suivi pour « l'après UHSA »? CIMAISE, fiches patients, documents avec l'AP Quelles améliorations seraient nécessaires selon vous?	

Grille d'analyse des données des entretiens semi-directifs								
Question de recherche : l'hôpital-prison de Rennes : quels enjeux organisationnels et informationnels pour la dualité psychiatrique et carcérale								
	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	Transverse	Recruteur	MEDECIN	CADRE DE SANTE
THEME 1 : Le fonctionnement d'une structure innovante								
L'équipe de préfiguration								
Le recrutement								
La formation								
THEME 2 : La dualité médico-carcérale : travailler avec l'Administration Pénitentiaire								
Travailler en autarcie								
Cultures de métier différentes								
La coopération entre les 2								
UHSA : structure optimale?								
THEME 3 : La circulation de l'information								
Perte d'infos avec AP								
Communication entre les unités								
Intranet CIMAISE								
Gérer l'avant/après UHSA								

Partie III - Cas d'étude : l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée : comment organiser la dualité psychiatrique et carcérale

La structure sur laquelle nous avons basé notre travail de recherche est tout à fait singulière puisqu'elle est à la croisée des chemins entre les **univers carcéral et psychiatrique**. C'est une décision conjointe des ministères de la Justice, de la Santé et de l'Intérieur qui est à l'origine de la création des UHSA. Cela a nécessité un réel travail de **compromis** afin de créer une structure qui permettrait de répondre aux enjeux liés aux missions de ces trois entités.

Dans cette partie, nous tâcherons de retracer leur création et nous nous pencherons tout particulièrement sur les spécificités de l'UHSA de Rennes : l'élaboration de son projet de construction, le recrutement du personnel et enfin son fonctionnement. En effet, cette structure répond à des règles bien particulières qu'il convient d'analyser afin d'en comprendre totalement les **enjeux managériaux et organisationnels**.

I. Genèse et lancement du projet de l'hôpital-prison de Rennes

L'UHSA de Rennes est une **structure unique**. Nous verrons que son projet de construction s'est basé sur l'expérience et le témoignage du personnel des UHSA préexistants qui ont permis de prévoir des mesures adaptées aux contraintes locale. Nous détaillerons par la suite le processus de recrutement et de formation du personnel soignant.

A. De l'idée nationale à l'adaptation locale

1. Répondre à un besoin : la création des premiers UHSA

- **Le constat d'un besoin dans la population carcérale**

Avant la création des UHSA, la prise en charge psychiatrique des détenus, dont la pathologie nécessitait une hospitalisation de jour, était assurée exclusivement par les **Services Médicaux Psychologiques Régionaux** (SMPR) pour les personnes consentantes. Dans le cas où les personnes ne l'étaient pas et que leur état nécessitait une hospitalisation à temps complet, c'était aux hôpitaux psychiatriques de s'occuper de leur prise en charge à temps plein.

Or le SMPR de la région Bretagne, situé à Rennes, ne dispose que de 20 places d'hôpital de jour pour une population carcérale de 2 233 détenus, celui de Nantes de seulement 19 places pour une population de 2 383 personnes sous écrou et la région de Basse Normandie qui regroupe 1 679 détenus ne possède pas de SMPR.

Sachant que la population carcérale française compte une moyenne de 30% de personnes incarcérées qui nécessitent des soins psychiatriques, le constat est rapidement apparu que les SMPR n'offraient pas assez de places pour répondre correctement aux besoins de soins.

De plus, il faut considérer que les services d'hospitalisation en psychiatrie générale ne sont pas adaptés à une surveillance pénitentiaire, les risques d'évasion y sont donc accrus. Par ailleurs, les places dans ces services sont souvent limitées, l'enfermement en chambre d'isolement était devenu une pratique systématique et cela au détriment des soins de ces patients-détenus.

Depuis l'ouverture du Centre Pénitentiaire de Vezin, les demandes de placement en soins psychiatriques ont fortement augmenté. La hausse du nombre de détenus présentant des troubles psychiatriques sévères en est l'une des raisons principales. Ce constat est difficile à chiffrer en termes de statistiques pénitentiaires mais il est perçu de manière très nette par l'ensemble des professionnels pénitentiaires et de santé et ce dans

les trois régions précitées. On peut imaginer que les récentes modifications législatives concernant la prévention de la récidive et sur l'identification d'une éventuelle « *dangerosité* » puissent expliquer ces constats. De plus, il semblerait que les magistrats privilégient une orientation des détenus au moment de leur condamnation en fonction de leur profil psychologique vers les centres pénitentiaires disposant d'un SMPR. C'est en tout cas l'avis de plusieurs spécialistes et du cadre que nous avons interrogé.

Face à une telle **hausse de demandes de placement en soins psychiatriques**, on dresse le constat que les SMPR ne pourront pas assumer la totalité des prises en charge sans que cela ne se fasse au détriment de la qualité des soins. Il faut donc trouver une solution pour absorber cette demande grandissante et qui pourrait concilier une qualité de soins tout en répondant aux exigences de sécurité carcérale.

Ainsi, afin d'organiser la prise en charge des détenus atteints de troubles psychologiques, **la loi de programmation et d'orientation de la justice de septembre 2002** instaure les Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) qui auront vocation à accueillir les personnes incarcérées nécessitant des soins psychiatriques en hospitalisation complète. Ce programme sera dirigé conjointement par les ministères de la Justice, de la Santé et de l'Intérieur.

- **Du SMPR aux premiers UHSA**

Après plusieurs réunions regroupant les ministères concernés, la création de plusieurs UHSA d'une capacité totale de 705 lits est alors retenue, pour un total de 17 UHSA. Les implantations sont décidées par les ministères de la Santé et de la Justice après concertation avec les Agences Régionales de Santé et couvrent l'ensemble des directions régionales des services pénitentiaires de la métropole.

Afin de déterminer la limitation des rôles entre les UHSA et les SMPR, il est décidé que l'articulation s'effectuerait de cette manière : les hospitalisations à temps plein seraient réservées pour les premières, et les hospitalisations de jour uniquement pour les seconds. De plus, des réunions annuelles à l'initiative des UHSA et regroupant l'ensemble des médecins psychiatres intervenant en milieu hospitalier sont prévues.

C'est en 2004 que le Centre Hospitalier Guillaume Régnier de Rennes se porte volontaire pour s'inscrire dans le projet national de création des UHSA. Mais il faudra attendre 2006 que la liste des régions pénitentiaires concernées par la première tranche de création de 450 lits soit repr cis e pour que la programmation du projet soit véritablement act e. C'est un arrêté du 20 juillet 2010 qui établira la liste et le ressort des UHSA. Le site de Rennes a été retenu pour l'implantation d'une UHSA de 40 lits disponibles pour des détenus nécessitant des soins psychiatrique pour **les trois régions de Bretagne, Pays de Loire et de Basse Normandie**.



Plan du CHGR   Rennes, en orange le futur emplacement de l'UHSA

Si le site de Rennes est retenu, c'est parce qu'il répond à des critères favorables à l'implantation d'une telle structure, à savoir :

- Une **accessibilité** favorisée par sa situation au cœur de la ville de Rennes,
- La **proximité** d'une UHSA, équivalant d'une UHSA mais destinée aux soins somatiques, au CHU de Rennes,
- La **disponibilité** de terrains sur l'Etablissement du CH « Guillaume Régnier »,
- Le **volontariat** du CH « Guillaume Régnier ».

Le 21 juin 2006, l'implantation d'une UHSA est confirmée par le Conseil d'Administration du CHGR. Il est alors décidé qu'elle sera rattachée au Pôle de Psychiatrie en milieu pénitentiaire. Cette décision a ensuite été validée successivement par la Direction Régionale des Services Pénitentiaires, la Commission Régionale de

2. Travailler à l'implantation dans le CHGR de Rennes : l'équipe de préfiguration

- **Rassembler des corps de métier pour créer une commission compétente**

Au cours des entretiens que nous avons menés, nous avons eu l'occasion d'échanger avec différents protagonistes qui ont participé à la création de l'UHSA de Rennes. Les personnes appelées à participer à ce projet ont été très nombreuses, cette équipe dite de **préfiguration** était en effet composée de membres provenant de corps de métier très différents. Un groupe de travail a ainsi été mis en place, avec la représentation de la Direction Pénitentiaire Régionale, des médecins responsables de SMPR, d'UMD, de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), sous l'égide de Madame le Docteur Marquis, Médecin Inspecteur de Santé Publique à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) de Rennes et de Monsieur le Directeur Régional de l'Administration Pénitentiaire.

Ainsi, nous avons pu échanger autour de cette question de l'équipe de préfiguration et recueillir les témoignages d'un médecin psychiatre, de deux infirmiers, d'un cadre de santé assistante du pôle psychiatrie en milieu pénitentiaire et enfin d'une personne chargée du recrutement qui ont participé à ce projet.

Il est important de noter que l'équipe de préfiguration de l'UHSA de Rennes a appuyé ses travaux préliminaires sur plusieurs documents qui ont permis d'orienter les tâches à effectuer. L'objectif de cette équipe a surtout été d'adapter les cahiers des charges interministériels aux modalités de fonctionnement qui avaient été retenues pour le site de Rennes et de planifier les articulations avec les UMD, les UCSA et les SMPR des trois régions concernées par sa création.

Ces cahiers des charges ont été établis par le ministère de la Santé et le ministère de la Justice en lien avec un groupe de travail national regroupant les différents professionnels concernés. Ils décrivent l'aménagement technique et architectural, ainsi que le fonctionnement des UHSA de manière précise, fixent les conditions d'hospitalisation de la personne incarcérée, la prise en charge du patient ainsi que les

différentes missions du personnel. Ils ont aussi pour but de préciser les différentes préconisations techniques, les détails liés au transport et l'aménagement global de la superficie des bâtiments.

Si ces cahiers des charges servent de guide et de support à l'élaboration d'une UHSA, ils nécessitent toutefois des adaptations selon l'organisation médicale retenue pour chaque site d'implantation.

Le travail de préfiguration n'a réellement commencé qu'en septembre 2012.

Avant cela, de nombreuses visites au ministère de la Santé ont été nécessaires aux cadres chargés de ce projet afin de définir les lignes directrices du travail à réaliser.

Afin d'organiser leur réflexion de la manière la plus efficace possible, les représentants du personnel médical se sont organisés en trois groupes chargés d'une expertise spécifique :

1. Un premier groupe chargé des questions de **logistique** : leur rôle a été de se pencher sur les appareillages, les bâtiments, en d'autres termes sur tous les supports matériels qui nécessitaient une adaptation spéciale face à la double contrainte psychiatrique et carcérale. Ils devaient alors réfléchir à la nécessité de sceller les lits et le mobilier des chambres au sol, aux moyens d'assurer du confort tout en restant **le plus sécuritaire possible** (se parer contre les évasions, les dommages corporels auto-infligés et les suicides).
2. Un second groupe qui avait pour mission de réfléchir aux enjeux liés aux **ressources humaines** : comment effectuer le recrutement ? Sur quels critères baser ce recrutement ? Au même titre que de réfléchir à l'organisation d'une journée type, à la mise en place d'activités pédagogiques, à l'accueil des patients et leur prise en charge etc...
3. Et enfin un troisième groupe se focalisant sur **la formalisation des protocoles**. Quel format adopter pour les protocoles d'admission et de sortie ? De quelle manière de se comporter au téléphone ou dans les interfaces sanitaires et pénitentiaires ? En d'autres termes, comment créer et appliquer une réglementation dans un espace où deux cultures de travail opposées doivent cohabiter.

De leur côté, les membres délégués par l'administration pénitentiaire devaient se pencher sur les mêmes problèmes et une mise en commun avait lieu régulièrement afin que tout soit validé par les deux corps de métier. Nous préciserons ainsi que ce projet a été mené conjointement du début à la fin au regard de la double contrainte psychiatrique

et carcérale, et que des compromis ont dû être trouvés à chaque étape afin de satisfaire les exigences de travail de chaque partie.

A la fin de chaque mois avaient lieu des réunions de « *co-pilotage* » où toutes les équipes venaient présenter l'avancée de leurs travaux. C'est à l'occasion de ces réunions que le règlement intérieur a été rédigé en présence des « gradés », cadres de l'administration pénitentiaire, et des membres du comité de direction pénitentiaire et sanitaire. Ces réunions regroupaient aussi des représentants de toutes les instances concernées, à savoir le chef du cabinet de préfecture, le président du Tribunal de Grande Instance de Rennes, des professionnels de terrain, des cadres de santé et des responsables administratifs.

- **Visites et bilans d'UHSA déjà ouvertes : adapter l'existant aux contraintes locales**

Pour s'assurer de prendre les bonnes décisions face aux contraintes imposées par l'Administration pénitentiaire et afin de cerner les enjeux d'un lieu tel qu'une UHSA, le personnel médical qui participait au travail de préfiguration est allé prendre des conseils auprès des unités de soin des UHSA déjà existantes. Des visites en groupe ont été organisées en juin et en octobre 2011 dans les UHSA de Lyon et de Toulouse. Au cours de ces rencontres, les infirmiers et cadres de santé ont pu discuter de l'intérêt de changer telle ou telle mesure par rapport au fonctionnement initial des UHSA prévu dans la loi. Il est important de noter que les choix d'organisation et de fonctionnement de chaque UHSA ont été décidés en fonction de raisons historiques propres à chacun.

Les infirmiers des deux UHSA visités qui jouaient le rôle de conseillers ont alors préconisé de laisser la **gestion des cantines**, à savoir tout ce qui relève de l'argent personnel des détenus et de la gestion de leur utilisation, à l'administration pénitentiaire car c'était une source de conflit dans leur propre unité.

C'est aussi grâce à ces visites préliminaires que les membres du personnel soignant ont pris la décision de ne pas laisser leurs patients **enfermés dans leurs chambres** la plus grosse partie de la journée mais bien de les laisser participer à une vie collective qui selon eux aurait des vertus thérapeutiques. En effet, le choix de laisser les « détenus » enfermés a été fait à l'UHSA de Lyon pour se prémunir d'une agressivité ou d'une dangerosité des patients. Les soignants de Rennes ont tenu à prendre le pari inverse et

de les laisser en liberté sans aucune période d'enfermement. L'UHSA de Toulouse qui avait fait le choix de laisser les patients en liberté tout au long de la journée sans aucun temps de fermeture a toutefois mis en garde les équipes rennaises de la difficulté d'un tel choix. Certes, laisser les chambres ouvertes sans restriction est absolument bénéfique à l'état de santé mentale des patients mais cela demande aussi beaucoup plus de travail, travail qui mobilise plus d'énergie et de vigilance que dans un service psychiatrique classique.

Grâce aux conseils prodigués par les infirmiers des autres UHSA, la décision a été prise à Rennes de réduire la liberté des patients en début d'après-midi, permettant ainsi aux équipes d'organiser des réunions et de bénéficier de leur pause déjeuner sans craindre une crise ou une évasion durant leur absence.

Ainsi le nombre d'heures de service a été adapté à l'intensité du travail, là où les équipes de Lyon travaillent douze heures d'affilé pour une ouverture des chambres des patients de une heure par demi-journée, le personnel soignant de Rennes n'est mobilisé que sept heures quarante par jour. Si ces ajustements ont ainsi pu être faits, c'est notamment parce que plusieurs mois de pratique ont permis aux UHSA interrogées de prendre du recul sur leur fonctionnement et de pouvoir donner des conseils pertinents.

Le médecin qui faisait partie de l'équipe de préfiguration de Rennes nous a confié qu'il était possible de négocier des mesures avec l'administration pénitentiaire dans la mesure où une **relation de confiance** s'instaurait, relation qui n'était possible que si les gradés avaient une certaine ouverture d'esprit ce qui était le cas à Rennes mais pas forcément à Toulouse au moment des travaux préliminaires à la construction.

Des modifications et des tentatives de rationalisation du fonctionnement du site de Rennes ont ainsi été permises afin d'adapter les règles nationales à la contrainte locale.

- « **Accepter des compromis sans faire de compromission** »

Au cours des différentes réunions de préfiguration, les cadres de santé ont dû s'opposer à maintes reprises aux cadres de l'administration pénitentiaire afin d'empêcher des débordements ou des décisions qui allaient à l'encontre de leurs intérêts et notamment à l'encontre du **principe de secret médical**.

Plusieurs points ont ainsi été âprement négociés afin que chacune des parties y trouve son intérêt. Le médecin que nous avons interviewé et qui faisait partie de cette équipe de préfiguration a tenu à nous rappeler à quel point ce travail préliminaire a été un moment de négociations complexes.

Le premier sujet d'affrontement a été celui de la **formation des équipes** qui allaient intégrer l'UHSA à son ouverture. Evidemment chacun des corps de métier était désireux d'apprendre davantage des méthodes et de la culture de travail de l'autre. Une période de formation mixte a donc été prévue. Nous développerons le contenu de cette formation dans un autre point de notre cas d'étude. A cet effet, les membres de l'administration pénitentiaire ont insisté pour obtenir une **période d'observation** au sein d'un service psychiatrique de Guillaume Régnier pour en apprendre davantage sur les méthodes de prise en charge des patients en psychiatrie. Le problème est qu'ils souhaitaient venir faire cette observation en uniforme et en groupe, ce qui n'était absolument pas compatible avec la notion de secret médical. En effet, dans le milieu sanitaire il faut toujours se prémunir du risque qu'une personne que l'on peut connaître soit concernée par des soins, et c'est dans le but de respecter l'intimité de chacun que l'on empêche des personnes extérieures au service de rentrer dans une unité. Cette notion a été très difficile à accepter par l'administration pénitentiaire et les cadres de santé ont dû fortement négocier pour que la période de formation ne soit pas annulée à cause de ce différend.

Le second point de tension a concerné la mise en place de **caméras de surveillance** au sein même des unités de soin. En effet, la question d'une telle installation n'avait jamais été abordée pendant les travaux de programmation de l'UHSA et pourtant une notification de l'architecte a permis aux soignants de découvrir que l'Administration pénitentiaire avait programmé leur mise en place dans la partie destinée aux soins sans les avoir consulté auparavant. La présence de tels outils de surveillance était selon les gradés nécessaires dans un établissement pénitentiaire, afin d'assurer la sécurité et de prévenir des risques d'évasion. Pourtant, d'un point de vue médical une telle installation va à l'encontre du principe de discrétion et les cadres de santé se sont farouchement opposés à cette mesure drastique. Mais l'administration pénitentiaire est restée très ferme lors des tentatives de négociation : soit les soignants refusaient de coopérer et les caméras seraient utilisées unilatéralement par le personnel de la partie prison, soit ils acceptaient leur présence et avaient un droit de regard sur leur utilisation mais leur présence ne pourrait en aucun cas être renégociée. Un compromis a finalement été trouvé : les caméras resteraient dans les unités de soin mais elles n'enregistreraient qu'en cas **d'appel à renfort de niveau trois**, c'est à dire uniquement dans les cas où une crise

avec un patient nécessiterait l'intervention de l'administration pénitentiaire pour rétablir la sécurité. De plus, la mise en place de caméras extérieures a nécessité une recherche juridique préliminaire pour savoir quels filtres ou quels angles étaient autorisés afin de respecter la vie privée du voisinage.

Ce point représente toutefois encore un facteur de tensions et de méfiance que nous développerons dans une autre partie de notre travail.

La dernière question qui a posé problème au moment des travaux de préfiguration a été la mise en place d'une **porte blindée** qui sépare les deux unités. A la base, la Pénitenciaire souhaitait que les deux unités soient entièrement séparées de peur que si elles communiquaient l'une avec l'autre, les détenus organisent une **mutinerie** et s'évadent. Or dans les services psychiatriques classiques il est commun de pouvoir faire des appels à renfort dans les unités voisines dans le cas où un patient serait difficile à maîtriser pour les infirmiers sur place. Un bras de fer s'est engagé et les soignants ont obtenu la mise en place d'une porte blindée qui ne s'ouvrirait que lorsque l'arrivée de renforts supplémentaires de soignants serait nécessaire. D'après les témoignages que nous avons récoltés, cette porte reste encore une source de conflits. En effet, lors des dernières interventions, la porte ne s'est pas ouverte suite à un problème technique ce qui a posé problèmes dans la gestion de la crise.

B. Constitution et formation des équipes sanitaires

1. Le recrutement: la recherche d'un profil particulier

L'ouverture d'une structure telle que l'UHSA nécessite un recrutement assez conséquent puisque les plannings prévoient environ **70 Equivalent Temps Plein (ETP)**. Les métiers des unités d'hospitalisation sont assez variés avec des temps de travail hétérogènes (une majorité de temps plein mais également des 80% ou mi-temps). Le recrutement a été assuré par la Directrice des Ressources Humaines du CHGR mais

également par un cadre supérieur de santé d'un autre pôle, certains cadres et médecins suivant les vagues de recrutement.

HOSPITALISATION

Poste	ETP
Praticien Hospitalier Psychiatre	2,0
Praticien Hospitalier Généraliste	0,5
<i>Astreinte médicale</i>	
Psychologue	1,0
Superviseur Clinique	0,2
Cadre Supérieur de Santé	0,5
Cadres de Santé	2,0
Secrétaires	2,0
Infirmiers	41,5
Aides Soignants	14,8
A S H	6,0
Psychomotricien	0,8
Assistant socio Educatif	1,0
Ouvriers Professionnels Qualifiés	2,0

- **Les différentes vagues du recrutement**

Le recrutement des agents de l'UHSA a été effectué en plusieurs temps. En effet, les recruteurs ont tout d'abord réalisé un **pré-recrutement** avec le personnel du CHGR intéressé par l'UHSA. Il s'agissait de personnes séduites par le projet et dont le profil pouvait convenir puisque ayant déjà été en poste dans des Unités pour Malades Difficiles (UMD) ou au Service Médico-Psychiatrique Régional (SMPR). Selon l'un des recruteurs « *98% des présélectionnés ont été retenus pour l'UHSA* ». Suite à cette première vague, le recrutement s'est opéré en externe du CHGR. Les demandes étaient bien supérieures au nombre de postes à pouvoir : ainsi pour le poste de psychologue, l'UHSA a reçu environ 150 candidatures. Enfin, dans la mesure où certaines personnes ont quitté la structure depuis l'ouverture en septembre 2013, de nouveaux agents (infirmiers, cadre, médecins) ont été recrutés selon les besoins.

- **Des profils spécifiques**

Les postes nécessitant le plus de personnel, à savoir infirmiers, Agents des Services Hospitaliers (ASH) et aides-soignants - avaient une fiche de poste définie par le CHGR et similaire à d'autres fiches de poste d'autres centres hospitaliers. Si aucune spécificité n'était mentionnée sur la fiche de poste, les recruteurs ont orienté leurs questions sur les thèmes propres à l'UHSA. En effet, selon l'un d'entre eux il fallait recruter à la fois un infirmier ordinaire et à la fois un infirmier avec des particularités. *« L'esprit UHSA c'est prendre en charge un patient qui a une particularité pénale »* : les agents soignants souhaitant intégrer la structure devaient donc être capables de s'adapter aux spécificités de l'organisation. Pour cela, différents points semblent importants :

Tout d'abord, leur **conception de la pratique professionnelle** était au cœur des entretiens : *« Quel est votre conception de la psychopathie ? » « Pensez-vous que tous les patients doivent être traités de la même façon ? »*. Cette dernière question est primordiale à l'UHSA. En effet, la capacité à prendre de la distance sur ce qui peut révolter est indispensable. Les patients de l'UHSA sont sous main de justice, certains ont été condamnés pour de graves crimes et délits (meurtres, viols) mais le ressenti personnel, qui existe, ne doit pas entrer en ligne de compte dans le soin. Tous les agents que nous avons interrogés nous ont par ailleurs fait part de cet aspect de leur travail : ils estiment tous qu'ils sont là pour soigner le patient et non le juger sur ce qu'il a fait, selon eux la peine et ses raisons ne les regardent pas. Un infirmier a développé l'exemple donné lors de son cursus infirmier : si Hitler était en face de lui, il faudrait le soigner du mieux possible. Un soignant est là pour soigner avant tout.

Par ailleurs, parmi les questions-clés du recrutement, celle sur la **restriction de la liberté** est également fondamentale. Travailler à l'UHSA c'est être prêt à travailler dans un univers contraignant ; ainsi la question, qui peut sembler de l'ordre du détail, de l'interdiction du téléphone portable lorsqu'on travaille est un point important. *« Il faut accepter de dépendre de quelqu'un d'autre »* pour entrer, sortir du bâtiment, accepter de voir ses affaires contrôlées pour les mesures de sécurité et c'est ce qui différencie le travail d'un soignant dans un hôpital psychiatrique classique d'un soignant à l'UHSA.

Enfin, la **capacité à travailler en équipe** a été également très importante dans le recrutement des agents soignants. « *J'ai vu des gens très bien avec un bon profil mais pas recruté parce que je ne les sentais pas. Je sentais qu'elles n'étaient pas capable de se projeter, de gérer un conflit, de le verbaliser, pas d'ouverture aux autres* » nous a confié un des recruteurs. Selon lui, tout recrutement est nécessairement « *du feeling* ».

Cependant, malgré un recrutement soigné, « *certaines personnes ont déchanté* » après quelques semaines ou mois de travail dans l'UHSA. Travailler avec un type de patients si spécifique ou dans un univers en autarcie où l'enfermement est palpable dès l'entrée n'est pas facile. Les personnes qui ne se sentaient pas à l'aise sont donc parties et depuis l'ouverture il a fallu faire quelques recrutements individuels pour les remplacer au cas par cas.

- **Les différentes motivations des candidats**

Les motivations des candidats sont bien entendues très diverses et surtout liées au parcours personnel et professionnel de chacun. Beaucoup d'agents soignants ont postulé pour un poste à l'UHSA car ils étaient très intéressés par le projet. Le mot « **aventure** » est revenu de nombreuses fois dans les entretiens ; pour une grande partie des soignants, c'est le fait de se lancer dans un projet innovant qui les a motivés. Ainsi, deux infirmiers interrogés se sont définis comme « *ouverts* » et qui « *aiment la nouveauté et le changement* ».

D'autres nous ont fait clairement part de leur intérêt pour le type de patients accueillis à l'UHSA : « *Je sais que le carcéral c'est mon truc* », « *j'étais très curieuse de travailler avec des détenus-patients* »... Une infirmière par exemple était très attirée par l'univers carcéral et souhaitait donc travailler au SMPR mais du fait de son nombre de places très limité, le service ne recrutait pas des personnes extérieures au CHGR. Elle a donc attendu le début de la vague de recrutement externe pour déposer sa candidature puis rejoindre l'UHSA. Un infirmier a souhaité prendre part à « *l'aventure UHSA* » car le fait qu'à la différence des services classiques, les patients ne sont pas placés en isolement d'office à leur arrivée ce qui est une approche qui correspond à sa vision du métier de soignant.

Pour certains, l'arrivée à l'UHSA est liée à un changement contraint puisque sur le CHGR, les postes doivent tourner. Un infirmier par exemple a entendu parler du projet et a postulé puisqu'il devait quitter sa structure précédente.

Nous avons observé lors de nos visites à l'UHSA que les soignants (infirmiers, aides-soignants et ASH) étaient souvent jeunes, la trentaine pour la moitié d'entre eux. Pour expliquer cela, un soignant a exposé l'argument pragmatique de la création de poste. En effet, toutes les places disponibles à l'UHSA ont été créées pour l'ouverture et une création de poste donnera le droit dans quelques temps à une titularisation donc à la sécurité de l'emploi.

2. Apprendre à travailler dans un cadre contraignant

- **15 jours de formation avant l'ouverture**

Suite au recrutement, une session de formation a eu lieu quelques temps avant l'ouverture aux patients de la structure. L'ensemble des personnes recrutées pour l'ouverture de l'UHSA – personnels soignants et agents pénitentiaires – a été regroupé pour **deux semaines de présentations et formations diverses**. L'idée générale était de *« permettre et aux équipes pénitentiaires et aux équipes sanitaires de savoir où ils mettaient les pieds et de connaître les contraintes de l'autre, les obligations de l'autre, les missions. »* Des présentations ont été réalisées par des membres de l'équipe de préfiguration mais aussi par des gradés en charge de la partie pénitentiaire de l'UHSA.

Le programme était divisé entre des formations dans des salles de cours et des interventions sur site. En amphithéâtre, des gradés faisaient la présentation de leur métier, de leurs missions et leur méthode d'intervention dans les unités de soins tandis que les différentes maladies psychiatriques étaient présentées. Les formations en prévention incendie ne pouvaient avoir lieu que dans les locaux de l'UHSA : il a fallu former les équipes sanitaires et pénitentiaires en cas d'évacuation des patients si un feu se déclarait. Par exemple, une formation a également été donnée sur l'ambulance dédiée à l'UHSA avec des questions techniques comme la mise en marche de l'oxygène.

Pour les responsables, cette session de formation mixte (agents sanitaires et pénitentiaires) a été complexe à mettre en place car « *il fallait vraiment broser tous les champs de conséquences pour que tous les gens arrivent pour les premiers patients totalement prêts* ».

- **Une formation insuffisante selon certains**

Pour les soignants interrogés, cette formation a surtout permis de se connaître avant de travailler de manière opérationnelle avec les patients. Ils ont pu nouer des relations avec leurs collègues soignants mais également commencer à identifier les agents pénitentiaires et leur futur rôle dans l'UHSA.

Cependant, certains ont oublié de mentionner cette formation et c'est souvent en cours d'entretien qu'ils faisaient référence aux deux semaines dédiées à la formation. « *C'était pas hyper intéressant* » selon un des soignants et il ajoute que l'intérêt principal de cette période de formation était avant tout de « *prendre contact* ».

Certains soignants ont fait remonter leur manque de connaissance du système carcéral et judiciaire ; c'est un point qui manque selon eux. Certains pensent qu'il serait inutile d'y consacrer une formation à part entière tandis que d'autres le regrettent. Un cadre nous a fait part de son envie de peut-être s'engager sur un master « *qui irait du côté juridique* » car selon lui « *c'est indispensable car ça nous manque sur les RPS [risques psycho-sociaux], organisation système judiciaire...* ».

- **L'apprentissage progressif des codes de la prison**

La session de formation mixte a permis aux différents agents de **mieux appréhender leurs univers respectifs** très différents – cela fera l'objet d'un développement plus précis.

Lors des échanges avec les agents pénitentiaires, des soignants ont pu prendre peur puisque les gardiens leur ont dit « *vous allez voir les détenus ils vont faire ça, ils vont faire ci.* ». C'est réellement sur le terrain, lors de l'exercice de leurs fonctions que

l'apprentissage du fonctionnement et les codes du monde carcéral s'est réalisé. « *C'est quand même une population à part* » selon un des soignants : le vocabulaire, la « hiérarchie » entre les patients (selon les actes commis), les techniques...

Par exemple, les patients savent comment cacher des comprimés ou des produits stupéfiants sous leurs ongles, dans leur bouche ou divers orifices corporels. Ce sont des choses dont les soignants n'avaient pas nécessairement conscience avant d'y être confrontés.

Enfin, bien que pour beaucoup les patients reçus ne sont pas plus dangereux que dans un service psychiatrique classique, la **notion de dangerosité** ne doit pas être occultée. En effet, l'implication, voire le dévouement des soignants au patient peut faire oublier une vigilance particulière et malheureusement quelques épisodes de violence envers les soignants ont eu lieu depuis l'ouverture.

II. Le métier de soignant à l'UHSA : travailler avec la contrainte carcérale

Ni prison ordinaire, ni service psychiatrique classique, l'UHSA est une structure au fonctionnement bien particulier. Nous détaillerons dans un premier temps **comment s'organisent quotidiennement les équipes de soignants** et les particularités de leur métier liées à l'environnement carcéral. Dans un second temps, nous nous intéresserons aux **relations avec l'Administration Pénitentiaire**, à l'adaptation mutuelle de deux corps de métiers dont le fonctionnement originaire est foncièrement différent.

A. Comment fonctionne une UHSA : l'organisation des équipes soignantes au quotidien

1. Un service similaire à la psychiatrie classique mais dans un espace contraint

D'après les témoignages que nous avons pu récolter, la plupart des soignants interrogés avaient déjà pour la plupart déjà travaillé en psychiatrie classique avant d'intégrer l'UHSA.

Pour une majorité d'entre eux, **le fonctionnement d'un service de psychiatrie classique ne diffère pas tant que cela de celui d'une UHSA**. En effet, à part les contraintes liées à la cohabitation avec l'Administration Pénitentiaire, l'organisation interne et les méthodes de fonctionnement sont semblables. A l'instar des unités classiques, leur but est d'assurer aux patients une qualité de soins et d'écoute, peu importe leur statut de détenu.

Nous allons donc voir comment s'organise au quotidien le travail de ces soignants et quelles sont les contraintes apportées par le fonctionnement en autarcie qui, malgré tout, font de l'UHSA un environnement de travail particulier.

- **Deux unités parfaitement similaires**

L'UHSA ayant le statut d'établissement pénitentiaire, pour des raisons sécuritaires et de confidentialité, il nous a été impossible d'obtenir un plan détaillant son organisation spatiale. C'est pourquoi nous tâcherons dans cette partie de décrire le mieux possible les différents lieux qui la composent, tout en y ajoutant nos impressions personnelles afin de retracer le plus fidèlement possible son atmosphère si particulière.

La partie médicale de l'UHSA est organisée en **deux unités de soins**, qui regroupent chacune vingt lits, une chambre de soins en isolement (CSI) et une chambre de soins d'apaisement (CSA). De plus, chaque service compte des infrastructures complémentaires aux soins tels qu'un salon comprenant une télévision et quelques canapés, une salle de bain avec baignoire destinée aux patientes féminines et aux personnes à mobilité réduite, une salle à manger où tous les repas sont pris.

Il y a une **cour** pour chaque unité, qui est entourée de hauts grillages d'un côté, sensés prévenir les évasions ou l'envoi de matériel par des complices au-dessus de

l'enceinte du bâtiment. L'autre côté de la cour, on aperçoit les fenêtres d'une partie des chambres. En son centre, se trouvent une table de ping-pong en béton et quelques bancs de la même matière, un panier de basket et une bande d'herbe qui longe le grillage.

Les deux unités de soins sont absolument **symétriques** l'une à l'autre, de manière à ce qu'en cas de demande de renfort auprès des membres de l'autre unité, les infirmiers de cette équipe puissent se repérer et se déplacer rapidement. Une lourde porte blindée sépare les deux unités et ne s'ouvre qu'en cas de crise pour permettre aux équipes de passer d'un service à l'autre.

A Menez-Hom et à Molène, on retrouve une salle de surveillance placée au milieu de l'unité destinée aux soignants, pour que les patients puissent solliciter les soignants. De plus, un peu à l'écart de la partie soin, il y a des salles de réunions et des bureaux.

Entre les deux unités, des infrastructures mixtes sont utilisées pour les activités thérapeutiques et de logistique (salle de culinothérapie, la cuisine commune aux deux réfectoires, une lingerie ainsi qu'une salle de sport).

Nous avons eu l'occasion de visiter les locaux d'une des deux unités avec un infirmier lors de notre première venue à l'UHSA en profitant du fait que les patients étaient « en chambre » pour le temps destiné à la sieste. Nous avons ainsi eu l'occasion de pénétrer dans la CSI et dans la CSA, et de visiter une chambre inhabitée. Le mobilier est moderne, très sobre. Tous les meubles sont soudés au sol et conçus de manière à ce qu'un patient ne puisse se mutiler ou blesser autrui. A chaque fenêtre, on retrouve des barreaux qui rappellent l'environnement carcéral mais l'aménagement général parvient globalement à faire oublier cet aspect. Les chambres comportent chacune un lit, une table fixée au mur ainsi qu'une télé, dans une petite pièce annexe on retrouve une salle de bain privative, ainsi que des W.C. Toute l'organisation de la pièce est pensée de manière sécuritaire, et pour prévenir tout risque de suicide.

- **Pathologies prises en charge**

Aucune des unités n'est spécialisée dans le traitement de pathologies particulières, les patients sont affectés indifféremment en fonction des places disponibles.

Les pathologies les plus fréquentes sont les suivantes :

- **Dépression** : perte ou manque d'élan vital.
- **Schizophrénie** : trouble mental sévère dont la personne n'a pas forcément conscience.
- **Psychopathie** : trouble de la personnalité et comportement asocial.
- **Paranoïa, mégalomanie, délires de persécution**

Les équipes des deux unités sont composées exactement de la même manière, avec le même nombre d'infirmiers, d'ASH et d'un cadre de santé. Des équipes de jour et de nuit se succèdent, mais les soignants sont toujours affectés à la même unité. Les médecins généralistes, le psychologue, la psychomotricienne et l'assistante sociale passent quant à eux d'une unité à l'autre en fonction des besoins : on les appelle « transverse ».

- **Un fonctionnement routinier**

Les journées à l'UHSA sont organisées de manière assez similaire à celle d'un service psychiatrique classique, même s'il arrive que le planning soit bouleversé de manière imprévisible si un patient entre en crise.

Tous les matins, en arrivant, les soignants de chaque unité se regroupent pour faire une **réunion de transmission** : ils se réunissent afin de faire un bilan de la veille et de la nuit, et faire remonter les informations importantes concernant chaque patient (les progrès effectués mais surtout les difficultés rencontrées). Si le temps le permet, les infirmiers prennent alors une courte pause avant d'ouvrir les chambres des patients pour la première fois depuis la nuit. C'est à ce moment que les médicaments sont distribués, que les soins d'hygiène sont prodigués si cela est nécessaire.

Une fois ces étapes passées, la cour est ouverte pour que les patients puissent prendre l'air et fumer une cigarette s'ils en ressentent l'envie. En effet, l'UHSA ayant le statut de milieu hospitalier, il n'est pas possible pour les patients de fumer dans leur chambre, à la différence de la prison.

La cour est ensuite refermée pour inciter les patients à venir prendre leur petit déjeuner dans la salle à manger. Une seconde réunion, le « flash », regroupant cette fois des membres des deux unités (un infirmier de chaque service, les deux cadres, les deux

médecins, la secrétaire) a lieu. Nous détaillerons le déroulement de ces réunions dans une autre partie.

Il faut ensuite s'occuper des soins des patients (pansements etc) avant la mise en place d'une activité thérapeutique. La cour qui a été ré-ouverte dans la matinée est fermée de nouveau pour pouvoir organiser le déjeuner et la distribution des médicaments du midi. Elle est ensuite ouverte de nouveau entre 12h45 à 13h15 puis les patients sont enfermés dans leurs chambres respectives pour la sieste, ce qui laisse le temps aux soignants de faire leurs transmissions par écrit et leur pause-déjeuner. Ils profitent aussi de ce temps calme pour faire la deuxième réunion de transmission de la journée. Le programme du matin est ensuite répété sur la deuxième partie de la journée (soins, activités), jusqu'au dîner.

Si cette routine établie a lieu tous les jours à l'UHSA, il faut toutefois noter que des évènements particuliers prennent place tous les jours. Par exemple tous les mardis, les médecins consultent chaque patient dans leur chambre. De plus, il existe des missions particulières liées au statut de chaque soignant.

2. Les difficultés professionnelles liées à l'autarcie

La plupart des soignants interrogés nous ont fait part des difficultés supplémentaires que l'environnement carcéral impose. Nous allons voir que les mesures de sécurité localisées dans la partie pénitentiaire de l'UHSA peuvent représenter une contrainte au quotidien, mais que cela peut aussi limiter indirectement les capacités de soins de l'équipe sanitaire.

- **Un système oppressant**

Contrairement à un service psychiatrique classique, l'enceinte de l'UHSA est surveillée en permanence par des agents de l'Administration Pénitentiaire. Si cette surveillance est destinée à empêcher tout risque d'évasion et à contrôler l'entrée et la sortie des visiteurs et des détenus, elle **s'impose aussi au quotidien** au personnel médical qui travaille dans la partie psychiatrique de la structure.

Pour la plupart des soignants interrogés à ce propos, cette spécificité liée à la coopération avec le monde carcéral est une contrainte à laquelle ils se sont habitués. L'un des membres du personnel soignant interrogé nous a confié en riant qu'il « *a l'impression de prendre l'avion tous les jours* » et que même si, à terme, on s'habitue à cette procédure inévitable « *on n'est pas détendu, c'est impressionnant quand même* ».

En effet, nous avons pu nous même, prendre conscience de la lourdeur d'un tel système au cours de nos différentes visites à l'UHSA. Tout d'abord, il faut passer la porte blindée de l'entrée du bâtiment. Pour cela, il faut faire passer ses papiers d'identité au personnel de l'Administration pénitentiaire au travers d'une vitre sans tain, et ensuite attendre que ceux-ci vérifient les papiers d'habilitation qui nous autorisent à pénétrer dans le bâtiment. Le temps d'attente est relativement long, d'après certains soignants « *cela fait partie de leur formation de laisser les personnes attendre pour entrer, pour montrer qu'elles ne sont pas les bienvenues* ».

Une fois la porte blindée déverrouillée, il faut laisser tous ses biens personnels dans un casier, et ne garder que le minimum sur soi et surtout pas d'objets électroniques. On passe ensuite un portique qui s'apparente à ceux que l'on peut trouver à la douane des aéroports. Comme le résume un membre du personnel, on arrive à se sentir coupable de faire rentrer des choses illégalement alors que l'on a rien à se reprocher. Le contrôle bien que rapide donne l'impression que l'on est soupçonné de faire de la contrebande alors qu'il ne sert qu'à assurer la sécurité du bâtiment et de son personnel. De plus, la plupart du temps il faut enlever ses chaussures, ce qui rend l'exercice encore plus fastidieux.

Une de nos interlocutrices nous a raconté qu'il lui était arrivé depuis peu une anecdote illustrant ce sentiment de culpabilité: « *Je vapote depuis plus d'un an, et je passe le portique avec ma vapoteuse tous les jours sans aucune remarque de la part de la Pénitenciaire. Mais l'autre jour ils m'ont interpellée en me demandant ce que je transportais dans mon sac, je me suis sentie coupable immédiatement puis après j'ai trouvé ça injuste qu'on me soupçonne comme ça. Finalement ils ont vu que ce n'était qu'une vapoteuse et ils m'ont laissé rentrer avec* ».

Une fois ce portique passé, il faut traverser la zone appartenant à l'Administration Pénitenciaire et pour cela passer par plusieurs sas, constitués de deux portes blindées qui sont ouvertes sur demande par un poste de contrôle situé à l'extrémité de la partie pénitenciaire. Le temps d'attente dans chaque sas est plutôt long puisque pour qu'une porte s'ouvre il faut attendre que l'autre soit fermée. Plus l'on passe de portes, plus il est difficile de garder ses repères, l'impression de s'enfoncer au cœur du bâtiment est très présente et rend la traversée plus pesante.

De plus, de nombreux soignants nous ont confié que même s'ils étaient habitués à cette routine de contrôle, le fait d'attendre à chaque étape n'en restait pas moins **pesant au quotidien** et surtout très long lorsqu'ils étaient pressés de rentrer chez eux après une journée de travail. Le cadre pénitentiaire est donc une contrainte imposée aux soignants quotidiennement. Si la majorité d'entre eux précise qu'ils étaient conscients de ces procédures au moment de leur prise de fonction et l'acceptaient, beaucoup regrettent toutefois que ce cadre contraignant limite leur manière d'exercer leur rôle de soignant.

- **Des activités thérapeutiques limitées**

Contrairement à des services de psychiatrie classique où les soignants ont une relative liberté pour mettre en place des activités thérapeutiques, il est plus difficile à l'UHSA de mettre en place des activités qui nécessitent une **interaction avec le monde extérieur**. En effet, les patients de l'UHSA ont avant tout le statut de détenu, leur liberté est donc limitée puisqu'ils ne peuvent pas sortir de leur lieu de détention sans autorisation. Il est donc parfois très difficile, voire impossible pour eux d'organiser des visites d'intervenants extérieurs ou de faire sortir les patients hors de l'enceinte du bâtiment.

Or dans la psychiatrie classique, il est considéré que les activités de groupes et dans des lieux extérieurs sont bénéfiques pour faire progresser les patients. Des sorties au cinéma ou à la piscine sont organisées par exemple, or dans le cas de l'UHSA ce n'est pas possible au regard du statut carcéral des patients.

Pour certains de nos interlocuteurs, cette contrainte est un **frein à l'exercice de leur métier**, pour d'autre c'est un élément à prendre en compte mais qui ne constitue pas une réelle limite. Le premier soignant interrogé à ce sujet estime que la plus grosse partie du travail pour les soignants en psychiatrie passe par le contact humain, l'accompagnement et la relation de confiance, comme par exemple aller voir un film au cinéma. Cette personne regrette de ne pas pouvoir faire la même chose au sein de l'UHSA et se trouve réellement frustrée et contrainte dans son travail. Pour elle, les activités organisées à l'UHSA, des jeux de société par exemple, sont du « *bricolage* ». Elles ne représentent pas une alternative suffisante à ce qu'il est possible de faire à l'extérieur.

Pour la seconde personne interrogée à ce sujet, les obligations liées à l'univers carcéral limitent certes les activités possibles, mais **ne représentent pas une barrière**

insurmontable. Par exemple à l'UHSA, sont déjà organisés des cours de culinothérapie où les patients doivent réaliser des recettes. Habituellement, lorsque cette activité est réalisée au sein d'un service psychiatrique classique, les patients doivent en plus de cuisiner, aller chercher eux même les ingrédients dans des supermarchés et veiller à respecter leur budget ; ce qui n'est pas compatible avec le mode de fonctionnement de l'UHSA. Pour ce soignant, la véritable limite aux activités originales et thérapeutiques provient des soignants eux-mêmes qui n'essayent pas d'outrepasser la contrainte carcérale pour innover en créant des formes inédites d'ateliers.

Selon cette interlocutrice, il faudrait se dépasser et inventer de nouveaux concepts, « *faire venir l'extérieur à l'intérieur si l'intérieur ne peut pas aller à l'extérieur* ».

Les cadres incitent fortement à dépasser cette contrainte carcérale : trois groupes de travail ont été créés afin de trouver des solutions face aux activités limitées. Un premier groupe concernant la formation en addictologie (organisée en partenariat avec un membre du pôle addictologie du CHGR), un second axé sur le génogramme (activité qui vise à faire réfléchir les patients sur leurs dynamiques familiales afin de chercher les causes de leur mal-être) et un troisième intitulé « psycho éducation ». Une réunion a été prévue avec le médecin et le cadre afin de tirer un bilan de ces réflexions, ce sera ensuite aux cadres de santé de faire en sorte que ces activités soient possibles en négociant les admissions pour des intervenants avec l'Administration pénitentiaire.

Selon le médecin que nous avons rencontré et qui a participé à l'équipe de préfiguration, toutes les activités sont envisageables dans la mesure où elles sont **négociées avec la Pénitentiaire**. En effet, aucune loi n'interdit des activités en plein air aux détenus puisque les personnes en fin de peine à la prison de Vezin bénéficient de promenades en vélo et certains détenus travaillent même en dehors de l'enceinte de la prison. Il est donc question d'établir une relation de confiance avec les gradés travaillant à l'UHSA afin qu'ils reconnaissent que les activités proposées seront organisées en toute sécurité et dans un but totalement thérapeutique.

« Il est possible de dépasser le fait que l'on soit enfermé et c'est à nous de trouver les solutions (...) il n'y a aucune loi qui interdit ce genre d'activités à l'UHSA, à Vezin il y a même des graffeurs qui sont venus faire des fresques, il n'y a pas tant de limites que ça, ce sont uniquement nos propres limites. »

B. Travailler avec un corps de métier différent : les relations avec l'Administration Pénitentiaire

1. Une nécessaire coopération entre soignants et agents pénitentiaires

- L'arrivée et le départ des patients détenus

L'UHSA fait exception au principe pénitentiaire de séparation des détenus majeurs et mineurs ainsi qu'à celui de séparation des hommes et des femmes puisqu'elle doit accueillir toute personne sous écrou qui nécessite une hospitalisation à temps complet.

L'admission à l'UHSA, comme expliqué précédemment se fait avec ou sans l'accord du détenu et nécessite une **bonne articulation** entre équipe soignante et équipe pénitentiaire. Détaillées dans la circulaire interministérielle de 2011, nous allons exposer de manière simplifiée les procédures d'admission et de sortie pour un détenu-patient :

- Avec consentement : Un médecin intervenant dans le milieu carcéral (souvent au SMPR), constate la nécessité d'un séjour à l'UHSA et contacte un médecin de l'UHSA qui valide ou non l'admission. L'Administration pénitentiaire est prévenue et doit organiser le transfert de la personne dans les meilleurs délais.
Lors de la sortie, le médecin de l'UHSA doit prévenir 48h à l'avance le responsable pénitentiaire de l'UHSA afin de préparer le transfert du patient détenu.
- Sans consentement : dans ce cas, le médecin présent en prison fait le constat du besoin impérieux de l'entrée à l'UHSA et considère que ses troubles mentaux empêchent le consentement du détenu. Le directeur du centre pénitentiaire d'origine transmet alors les informations nécessaires au préfet qui prend l'arrêté d'hospitalisation sans consentement d'une personne détenue en UHSA. L'administration pénitentiaire est ensuite chargée en partenariat du transfert.
Suite à un avis ou certificat médical, la levée d'hospitalisation sans son consentement est prise par arrêté et le transport organisé par l'administration pénitentiaire.

Lors des phases d'admissions et de sortie, une articulation optimale des deux équipes est nécessaire.

- **La gestion des cantines**

Dans les centres pénitentiaires français, la cantine pour les détenus est un **moyen d'acheter des produits de la vie courante** telle que des encas, des cigarettes, des produits d'hygiène, des journaux. Lorsqu'un détenu possède suffisamment d'argent sur son compte – grâce à son travail en prison ou en recevant des mandats de l'extérieur – il remplit un bon de commande qu'il remet à un surveillant pénitentiaire. Environ une semaine après, les produits commandés lui sont livrés. Ainsi à l'UHSA, le jour des cantines est le mardi ; si un patient souhaite des cigarettes il faut qu'il remplisse une feuille de requête pour en recevoir le mardi suivant.

Comme exposé précédemment, l'équipe de l'UHSA de Toulouse a mis en garde l'équipe de préfiguration de l'UHSA de Rennes sur ce sujet précis. En effet, selon Toulouse, *« il ne faut pas se mettre là-dedans car c'est compliqué de gérer la frustration des patients »*. Rennes a donc réussi à laisser cette responsabilité à l'équipe carcérale.

Cependant, le problème de la gestion des cantines n'est pas sans difficulté pour les soignants et reste un point de tension majeur. En effet, si les soignants ne s'occupent pas directement de la préparation de la commande, de la gestion financière et de l'acheminement, ils sont en contact avec les patients et doivent les aider à remplir leurs feuilles de requête pour une cantine. Le processus est encore plus laborieux lors d'une arrivée de patient : si les patients veulent déplacer de l'argent parce qu'ils ont un compte à la prison de Vezin, ils doivent faire une requête, puis une autre pour savoir combien ils ont sur leur compte, puis une autre encore pour faire le transfert... Les patients bénéficient tout de même d'une cantine exceptionnelle d'arrivant mais pour des demandes spécifiques le processus est long. *« C'est très compliqué. Ça prend un temps fou... »* et *« on se retrouve nous en tant que soignants à gérer des choses de la pénitentiaire »* résumant des membres de l'équipe sanitaire.

Ce problème des cantines a un impact direct sur le travail des soignants. En effet, c'est à eux que les patients se réfèrent en priorité si la cantine tarde à arriver par exemple ; ils sont en première ligne. L'univers carcéral additionné à une frustration difficilement gérable par des personnes atteintes de troubles mentaux engendre des situations délicates. *« Du coup, on fait face à pas mal de clashes de patients qui ne sont pas de notre ressort »* témoigne un infirmier.

L'équipe soignante est cependant consciente que l'organisation actuelle des cantines pourrait être améliorée mais reste meilleure que s'ils devaient s'en charger

entièrement. Un transverse pense que si c'est eux qui devaient s'en occuper, ils seraient harcelés continuellement : « *Pourquoi ma cantine est pas arrivée, vous pouvez pas faire plus vite ?* ».

- **L'assistance en cas de violence**

La coopération entre les deux corps de métier est particulièrement nécessaire lors des **interventions de niveau III** de sécurité. Les agents pénitentiaires n'ont pas le droit d'entrer dans les unités de soin sans le déclenchement de ce niveau grâce aux DATI (talkie walkies sécurisés des soignants).

Lors du déclenchement du niveau III, les agents pénitentiaires doivent tout d'abord confirmer qu'ils ont reçu la demande d'intervention en appelant le service concerné. Après l'appel, ils doivent s'équiper avec une tenue assez conséquente (bouclier, casque...) et pénétrer dans la zone de crise. Entre le moment où est déclenché l'alarme et le moment où les agents sont opérationnels pour prendre en charge le patient, il s'écoule environ sept minutes, voire plus. Ce temps peut être très long pour les soignants confrontés à une personne en état de crise qui nécessite une mise en Chambre de Soins d'Isolement (CSI). Face à cette contrainte de délai, parfois les soignants appellent le poste de la pénitentiaire en prévention. « *On leur dit 'là le monsieur va être énervé, préparez-vous'* », si la situation se règle rapidement, les gardiens n'ont pas besoin d'entrer dans l'unité de soin.

En effet, les soignants essaient au maximum de limiter l'intervention des agents pénitentiaires jugée traumatisante pour les patients et excessive parfois par les soignants. L'intervention est perçue par certains comme intrusive : « *C'est là où notre place de soignant est bizarre quand on les voit rentrer dans l'unité comme ça* ».

D'une manière générale, les soignants estiment que la possibilité de passer le relais à une équipe pénitentiaire est un avantage s'ils sont débordés par la situation et celle-ci risque de dégénérer. « *Pour certaines situations il ne faut pas hésiter. Pour d'autres on les appelle trop facilement* » selon un infirmier.

Nous pouvons donc conclure que l'UHSA ne fait pas seulement cohabiter les univers sanitaire et pénitentiaire, elle les fait **coopérer** pour divers événements et activités nécessaires au bon fonctionnement de la structure.

2. Des codes et une culture professionnelle sensiblement opposés

- **Répression ou accompagnement : des logiques de travail différentes**

Les relations entre agents pénitentiaires et personnel soignant sont généralement perçues comme bonnes. Cependant, même si la coopération est indispensable, cela n'occulte pas le fait que l'UHSA combine deux mondes professionnels opposés.

En effet, en se référant à des théories juridiques, on peut voir que deux caractéristiques de l'Etat de droit se font face au sein de l'UHSA. Il y a tout d'abord, le droit de punir de l'Etat si le citoyen ne respecte pas la loi. L'administration pénitentiaire incarne ce droit de punir : les agents doivent surveiller et garantir que la privation de liberté soit respectée. Enfin, on retrouve également le devoir étatique d'assister les personnes malades ce qui incombe au personnel soignant.

Garder versus soigner : ce sont des objectifs professionnels différents : « *au niveau travail ils n'ont pas la même logique* ». Cela s'illustre de nombreuses manières au sein de l'UHSA, ce qui peut mener à des tensions. Liées aux cultures professionnelles, nous pouvons par exemple exposer les différences sémantiques. D'un côté on parle de « détenus » et de l'autre côté c'est le mot « patient ». Par exemple, le personnel pénitentiaire tutoie systématiquement les détenus et les appelle souvent par leur matricule, leur nom de famille ou même « voyou ». « *Y'a des trucs qui nous choquent : pas dire bonjour, Madame, Monsieur.* » En effet, les soignants dans la logique de ne pas juger le patient utilisent la même sémantique que dans un service classique à savoir « Madame Untel » ou « Monsieur Untel ». Tous nous ont confirmé que « *c'est un monde très particulier* ».

- **Des relations cordiales mais très compliquées**

Les relations sont cordiales malgré des cultures de métiers différentes mais demeurent compliquées. Bien entendu, comme pour les soignants, les agents pénitentiaires ne forment pas un groupe homogène du fait de leurs parcours et tempéraments respectifs.

Une partie des personnes interrogées pense que les gardiens sont trop stricts, procéduriers et pas assez coopératifs – tout en étant conscients que ce n'est pas dans leur culture professionnelle. On peut également noter un **manque de confiance** parfois de la part des soignants vers l'administration pénitentiaire.

Par ailleurs, l'unité de soin, tout comme le reste des bâtiments est équipé de caméras qui n'enregistrent pas. Les gardiens n'ont accès aux caméras côté hôpital que lorsque l'alerte de niveau III est déclenchée afin d'évaluer la situation et se préparer pour l'intervention. *« On est vigilant à ce qu'ils enlèvent cet accès là – des fois ils ne remettent pas, ils n'arrêtent pas le processus »* nous a dit un infirmier, confirmé par d'autres personnes. Cela leur donne l'impression d'être surveillés voire « fliqués » pendant l'exercice de leur travail ce qui les dérange et met mal à l'aise. *« Après on voit le mal partout avec eux... »* conclut un infirmier. De nouvelles négociations ont récemment été entamées concernant le fait que les enregistrements des caméras pourraient débiter cinq minutes avant le déclenchement d'un appel à renfort de niveau III afin que l'administration pénitentiaire puisse déterminer si la crise a été déclenchée par la faute d'un soignant mais une fois encore ceux-ci défendent leur autonomie et refusent une telle pratique.

La méfiance est donc mutuelle mais selon le médecin interrogé *« je pense qu'ils ont suffisamment vu qu'on était attentif sur plein de choses, ils ont appris à faire confiance quand même : ils ont vu qu'on les interpellait pour des fouilles quand on soupçonnait un objet contenant, de la drogue... »*. La prévention contre la drogue est particulièrement cruciale pour les soignants dans la mesure où une prise de stupéfiants aggrave les maladies mentales.

Les soignants tentent de comprendre le métier des surveillants pénitentiaires bien que ce soit à l'opposé de leurs missions. Ils sont d'accord sur le fait que lors de 8 mois de formation à l'Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire (ENAP), accessible avec le Diplôme National du Brevet ou un niveau CAP, leurs exercices et cours sont orientés vers la sécurité avant tout. L'accent est mis sur le devoir de surveiller des détenus dangereux qui doivent impérativement purger leur peine ce qui ne correspond absolument pas à la vision des soignants bien sûr.

Le cadre de santé est également plutôt d'accord avec ce constat mais en étant l'interlocuteur privilégié, le **« tampon » entre les deux équipes**, il pense qu'essayer de comprendre leur place est indispensable : *« Vous pouvez travailler avec eux que quand vous avez compris comment ils travaillent. »*. Il donne ainsi l'exemple où suite à un

différend finalement réglé avec le gradé, ce dernier a quand même réprimandé le cadre devant l'équipe carcérale car il souhaitait que ses hommes l'entendent. C'est une logique déroutante pour les soignants et qui leur échappe totalement.

Les soignants pensent également que s'ils tentent de comprendre la position des agents pénitentiaires, de l'autre côté, très peu de gardiens font l'effort d'apprendre les codes du métier de soignant. Cependant, certains interrogés ont noté un changement d'attitude progressif d'une partie des agents pénitentiaires avec des efforts sur la politesse et le respect des patients détenus. Cependant, le tutoiement reste de vigueur.

La coopération entre administration pénitentiaire et corps sanitaire est donc indispensable pour assurer un fonctionnement opérationnel pour l'UHSA de Rennes. Les deux corps de métier se doivent de collaborer pour les interventions de niveau III, les cantines, les entrées et sorties... « *Beaucoup d'énergie, de sourires et de coups de gueule. La négociation c'est tout le temps* » selon un cadre de santé. Il faut toujours privilégier les bonnes relations avec l'administration pénitentiaire puisque les soignants ne peuvent pas assurer une qualité de soins optimale sans eux. On voit ainsi que de nombreux ajustements se font au quotidien et que certains restent encore à faire pour que le fonctionnement de l'UHSA de Rennes soit définitivement rodé.

L'UHSA de Rennes, notre cas d'étude, est une structure organisationnelle inédite qui nous a passionnées par sa complexité, mêlant les univers à la fois carcéral et psychiatrique. En effet, destinée à l'hospitalisation des détenus souffrant de troubles psychiatriques, elle a ouvert en septembre 2013. Nous sommes donc les premières à y réaliser une étude de management ce qui nous a motivées tout au long de « **l'aventure UHSA** ».

Avant l'inauguration des bâtiments et leur mise en fonctionnement, une équipe de préfiguration a été créée afin d'anticiper l'implantation sur le site du CHGR. Cette équipe composée de soignants (cadres de santé, médecins, infirmiers...) et de membres de l'équipe pénitentiaire a effectué plusieurs visites dans des UHSA existantes en France et a ainsi permis les ajustements nécessaires du projet avant l'ouverture. L'équipe de préfiguration a été perçue comme **indispensable** par les soignants entretenus. Pour motiver leur recrutement, beaucoup de soignants ont mis en avant le fait que c'était un projet innovant et attractif bien que d'autres facteurs soient entrés en ligne de compte (mutation, titularisation de poste...). Par ailleurs, peu avant l'ouverture une **formation de deux semaines** a été dispensée mais jugée **peu pertinente**, elle n'a pas répondu aux attentes des soignants, notamment sur les apports juridiques.

Travailler en tant que soignant à l'UHSA, auprès des patients, présente énormément de similarités par rapport à une unité psychiatrique classique. La plupart des agents sanitaires ne pensent pas que la population carcérale est plus violente par exemple. Cependant, **la différence tient dans l'environnement** ; c'est un espace contraint qui impose des mesures de sécurité importantes. Cet univers carcéral a un **impact sur les pratiques professionnelles** car le fait de travailler en autarcie impose des restrictions aux activités thérapeutiques. Par ailleurs, la vraie particularité de l'UHSA est de faire **cohabiter deux corps de métier totalement opposés** : l'équipe sanitaire pour soigner et les agents pénitentiaires pour surveiller. Plus que de les faire cohabiter, il s'agit également à l'UHSA de les faire coopérer pour en assurer le fonctionnement (via l'arrivée/départ des détenus, la gestion des cantines, les interventions de niveau III...). Si les relations sont cordiales entre la Pénitentiaire et les unités psychiatriques, elles restent néanmoins compliquées à gérer.

Partie IV - Analyse et propositions : focus sur la circulation de l'information

Très rapidement, au début de nos entretiens semi-dirigés, nous avons constaté que des tensions se formaient sur un point particulier de gestion : la circulation de l'information.

En effet, nous aborderons dans cette partie tant la communication interne (au sein des unités et avec la Pénitenciaire) qu'externe. Divers éléments seront abordés et analysés tels que les réunions de transmissions ou le système d'information en se basant sur le témoignage des agents sanitaires rencontrés. Nous terminerons enfin ce mémoire par des propositions et perspectives de recherche.

I. Améliorer la circulation de l'information au sein de l'UHSA

Nous avons constaté des difficultés de communication et de transmission de l'information au sein de l'UHSA. Des situations compliquées de communication interne concernent tant le passage d'information avec l'Administration Pénitenciaire, l'étape supplémentaire et caractéristique de la structure, que la communication entre les deux unités Molène et Menez-Hom.

A. L'enceinte pénitenciaire: une barrière contraignante

Nous aborderons ici le sens de l'enceinte pénitenciaire à la fois comme barrière physique à la communication avec le monde extérieur mais également comme obstacle à la circulation de l'information dans certains cas : « *c'est compliqué parce que l'on a plein*

d'intermédiaires et que l'info circule mal mais aussi parce que par rapport à un service lambda où il y a que le côté soin là il y a le côté pénitentiaire qui vient s'ajouter ».

1. Un facteur de perte d'information

L'enceinte pénitentiaire est considérée par beaucoup de personnes interrogées comme une source de perte d'information. En effet, elle est perçue comme un **intermédiaire obligatoire et supplémentaire** qui parfois ralentit le travail des soignants. L'illustration des problèmes des cantines ou des demandes de parloir est particulièrement pertinente pour illustrer le manque de fluidité de l'information, quand ce n'est pas sa perte pure et simple.

Plusieurs soignants nous ont fait part de la pesanteur de l'attitude procédurière de l'équipe pénitentiaire car *« tout fonctionne par requête ou par écrit, ils ne peuvent jamais avoir une réponse claire nette et précise en 2 secondes, il faut tout écrire, c'est souvent posté que le lendemain, tu ne recevras ta réponse que quand le mec en face aura pris sa décision, c'est très très compliqué. En tout cas nous ça nous pèse beaucoup »*. Malheureusement, cette obligation de l'écrit entraîne nécessairement une grande quantité de documents administratifs, de « paperasse » qu'il est difficile de traiter. Pour une infirmière *« il y a un paquet de papiers qu'ils perdent, de trucs qu'ils remplissent mal ou qui traînent et c'est pas des choses qu'ils vont dire aux patients et après c'est à nous derrière d'assurer, de trouver une excuse alors que ça serait tellement plus simple s'ils faisaient venir le patient à côté pour lui dire 'Je suis désolé Monsieur mais on a perdu votre papier' »*. Pour beaucoup de soignants que nous avons interrogés, il y a une certaine mauvaise foi de la part de l'AP, un refus de leurs responsabilités lorsque face à la masse d'informations, certaines sont perdues. Il semblerait néanmoins, selon une personne présente dès l'inauguration, que la situation se soit un peu améliorée malgré la perte occasionnelle des documents des patients détenus (demande de cantines, de parloir).

Le refus d'assumer sa part de responsabilité dans la gestion des demandes entraîne une remise en cause du sérieux du travail des soignants : *« Ils peuvent mettre en doute nos pratiques parce qu'ils ont gardé plein de documents »*. On peut faire ici un rapprochement avec une partie développée plus haut dans le cas d'étude ; c'est un aspect de leur culture de métier que de se remettre rarement en cause et de signifier que dans tous les cas ils ont le dessus : *« Ils nous mettent dans la même posture que les détenus et nous font attendre. Même nous professionnels de santé on attend sans*

distinction, ils appliquent les mêmes techniques et on a intérêt à se la fermer. Ça on s'en rend compte de manière évidente, c'est une forme d'intimidation ».

2. La difficulté de communiquer avec l'extérieur

L'UHSA est un hôpital-prison, la barrière pénitentiaire est donc indispensable pour prévenir à la fois toute évasion mais aussi empêcher toute entrée non autorisée.

Le processus physique d'entrée, avec toutes les étapes de portique métallisé et porte blindée, a été décrit précédemment mais nous souhaitons aborder ici un tout autre aspect dans le cas de la circulation de l'information. En effet, lors de nos nombreuses visites à l'UHSA nous avons constaté des **difficultés de communication pour les visiteurs extérieurs** ce qui a été illustré par plusieurs témoignages lors des entretiens.

Par exemple, une fois la date et l'heure de l'entretien fixées nous devons prévenir à l'avance les secrétaires de l'UHSA, qui travaillent du côté médical. Le secrétariat devait ensuite prévenir le poste pénitentiaire de notre venue. Par ailleurs, la personne interrogée devait de son côté prévenir le cadre de son unité de l'heure du rendez-vous qui devait faire remonter l'information de son côté. Par exemple, lorsque le « transverse » nous a reçues il avait oublié notre venue la veille et a dû envoyer un e-mail le matin pour être certain qu'on nous ouvrirait.

Les attentats de janvier 2015 et le renforcement au niveau Ecarlate du plan Vigipirate dans les jours qui ont suivi, ont modifié le processus d'annonce de notre arrivée ; nous devons prévenir au minimum 24h à l'avance de notre venue et reconfirmer par sécurité quelques heures avant l'entretien afin d'assurer que nous ne resterions pas à l'entrée du bâtiment.

Un soignant que nous avons rencontré nous a illustré cette difficulté de faire remonter l'information jusqu'à l'équipe carcérale avec l'exemple du psychologue extérieur en charge de l'analyse des pratiques professionnelles qui est resté à l'entrée de l'UHSA : « *Lundi dernier le type est arrivé et personne de l'entrée ne savait qu'il était là. A Molène tout le monde était au courant mais à l'entrée personne n'était au courant* » car les cadres ne s'étaient pas mis d'accord sur la date précise pour chaque unité à cause d'un jour

férié, des congés ont été pris et l'information de la venue du psychologue ce lundi-ci n'était pas remontée au niveau de la pénitentiaire.

L'Administration pénitentiaire est réellement un émetteur, récepteur ou rouage supplémentaire dans la communication de la structure. De fait, parfois **cette entité additionnelle occasionne des interférences dans la circulation de l'information** ce qui nuit au bon fonctionnement de l'UHSA.

B. L'information au sein des unités

1. Des réunions de transmission nécessaires et efficaces

Plusieurs fois par jour, les équipes de soignants se réunissent afin de faire le point sur les avancées thérapeutiques ou les difficultés rencontrées avec chaque patient. Ces réunions appelées **transmissions** ont pour but, au moment de la relève des équipes de faire passer les informations nécessaires à la continuité des soins. La première de ces réunions de transmissions a lieu le matin, pour que les équipes de nuit fassent un bilan aux équipes de jour.

C'est à ce moment que les décisions concernant chaque patient sont prises, les cas sont discutés, chacun apporte ses arguments et le médecin prend ensuite une décision éclairée par l'avis de tous.

Le médecin que nous avons interrogé nous précise que *« cette réunion du matin n'existe pas dans tous les UHSA, c'est une particularité que nous avons à Rennes et qui est très utile »*. Une seconde réunion, est organisée plus tard dans la matinée. Durant cette réunion appelée *« le flash »*, la secrétaire fait le point sur les entrées et les sorties prévues pour la journée pour que les cadres et le médecin puissent arranger ces déplacements avec l'Administration Pénitentiaire et que les infirmiers transmettent ces informations au reste des équipes. Selon l'infirmier qui nous a détaillé le programme des journées à l'UHSA *« le flash dure en moyenne quarante-cinq minutes contre les vingt minutes prévues initialement pendant le travail de préfiguration »*.

Une fois le temps de réunion passé, les infirmiers retournent auprès des patients et ce n'est qu'après le déjeuner, lorsque ceux-ci sont « en chambre » pour le temps de la sieste, qu'ils peuvent **mettre par écrit** toutes les informations abordées pendant la

transmission du matin. Une seconde transmission a alors lieu afin de discuter de ce qui a été fait le matin.

Ces moments d'échange sont importants puisqu'ils permettent aux membres des équipes de se concerter et de se coordonner pour trouver une ligne de conduite dans leurs actions auprès des patients. Cela permet aussi aux soignants d'obtenir des informations sur des patients qu'ils ne suivent pas personnellement au cas où une crise surviendrait, et d'échanger sur les actions de leurs collègues. Le médecin et les cadres trouvent aussi dans cet échange l'occasion de mieux connaître les problèmes des personnes soignées qu'ils n'ont pas forcément le temps de côtoyer aussi longtemps.

Si l'on se réfère aux théories du management de la communication, ces réunions ont pour but de faire circuler les informations en interne. Chaque soignant peut ainsi se mettre au courant et comprendre le travail qui a été effectué par les autres mais aussi informer ses supérieurs des tâches qu'il a accomplies. D'un point de vue médical, ces réunions sont nécessaires puisqu'elles permettent de prendre les décisions nécessaires afin de maximiser les soins apportés aux patients. On observe toutefois que les modes de transmissions de l'information sont multiples : puisqu'il y a à la fois un échange oral lors de ces réunions puis une mise à l'écrit de ce qui a été dit afin d'archiver et de classer les détails concernant chaque patient.

De plus, avec le flash, les deux équipes se tiennent au courant de ce qui a été fait. Une coordination peut être mise en place grâce aux travaux de la secrétaire qui est en charge de prévoir les transports et au relai assuré par les cadres qui se chargent d'organiser les déplacements avec l'Administration Pénitentiaire.

2. « Trop d'information, tue l'information » : une prolifération nuisible au traitement des données

Le médecin que nous avons interrogé nous a confié que selon elle, les missions du métier d'infirmier avaient particulièrement évolué durant les vingt-cinq dernières années et que la **transmission des informations avait pris une place de plus en plus grande** dans leur quotidien.

En effet, les missions des soignants se sont de plus en plus diversifiées et densifiées avec le temps ; à l'époque l'essentiel des tâches à réaliser était en relation directe avec le patient (organiser des sorties, rencontrer la famille, soins de base). Les seules informations transmises étaient annotées sur une feuille et concernaient la tension, le pouls et la liste des médicaments à donner au patient.

Peu à peu, l'obligation de réaliser des **comptes rendus** est apparue mais cela n'était nécessaire qu'une seule fois par jour et par nuit dans un dossier dédié à cet effet au format papier. De nos jours, les soignants ont l'obligation d'annoter de plus en plus d'informations concernant le patient tout au long de la journée afin de favoriser un suivi optimal de ceux-ci. Mais selon ce médecin interrogé, l'ère de l'internet et des nouvelles technologies n'a pas facilité la transmission de l'information autant que cela était annoncé. En effet, selon elle la multiplication des données concernant les patients tend à devenir « **un mille-feuille médical et para-médical** », des informations telles que la tension et le poids sont systématiquement annotées sur des fiches informatiques propres à chaque patient alors qu'elles ne sont utiles que dans certains cas. Selon elle, les soignants se retrouvent « **étouffés sous les informations** », face à l'obligation d'annoter toutes les données concernant les patients puisque leur dossier médical doit être régulièrement mis à jour mais surtout que l'Administration Pénitentiaire exige que certains papiers soient encore remplis à la main ce qui nécessite de dégager du temps pour une opération qui pourrait être réalisée informatiquement au moment où le reste des données est entré sur la fiche patient. Selon elle, le fait que les informations soient si complètes est à la fois très intéressant (en quelques clics on peut accéder à l'historique médical du patient grâce aux informations répertoriés dans **l'intranet CIMAISE** – pierre angulaire de la circulation de l'information sur laquelle nous reviendrons) mais **l'accumulation d'informations**, si riches soient-elles, laisse peu de temps à une consultation approfondie et finalement cela revient à une **perte d'information**.

Le médecin résume ce constat en disant que « **trop d'information tue l'information**, on est arrivé à un summum de l'information écrite ce qui nous laisse beaucoup moins de temps pour voir les patients».

Force est de constater que malgré des outils de gestion et de tri des informations (l'intranet CIMAISE, des fiches patients informatisées, ramifiées de manière à ce que les informations se dégagent simplement) la circulation de l'information est **limitée** face au nombre démesuré de données à prendre en compte. Le médecin nous a précisé qu'un

onglet nommé « *observation de tous les intervenants* » permettait même de relire les informations majeures concernant le patient mais celles-ci étant organisées de manière chronologique, il fallait parfois beaucoup de temps et d'attention avant de retrouver l'information que l'on souhaitait obtenir au départ. « *Le mieux tue le bien* », à force de trop vouloir en faire, les infirmiers prennent le risque de **manquer des informations cruciales** ou de tout simplement de réduire leur présence auprès des patients. Finalement, ce surplus d'information favorise une superposition des tâches, qui à terme risque de devenir ingérable pour le personnel soignant. Comme nous l'avons constaté dans la partie sur le management de l'information, les surplus informationnels sont sources de perte d'information et sont à éviter à tout prix. Nous verrons dans la partie suivante, quelles ont été les solutions et les tentatives d'amélioration proposées par les équipes pour permettre une rationalisation de l'outil informatique, en faveur d'une meilleure circulation de l'information.

3. Deux services ne travaillant pas toujours en interaction

- **Une séparation spatiale préjudiciable à la communication**

Lorsque nous avons décrit l'organisation spatiale des UHSA, nous avons constaté que les deux unités de soin, Molène et Menez Hom, étaient séparées en deux ailes comprenant chacune vingt lits différents. Pour des raisons de sécurité et la crainte d'un « *risque de mutinerie conduisant à une évasion* », l'Administration Pénitentiaire avait fortement insisté pendant le projet de préfiguration pour que la circulation entre les deux unités ne soit pas directe. Il est ainsi possible de passer de l'une à l'autre par un couloir situé à l'entrée de la zone de soin mais d'accès n'est pas direct et accessible facilement. Le seul passage immédiat qui existe est une **porte blindée** qui est situé à l'extrémité de chacune des ailes et qui relie les deux unités entre elles. Celle-ci ne s'ouvre qu'en cas d'appel à renfort de niveau III dans le but de permettre aux équipes de l'unité en crise de se faire porter assistance par le personnel de l'autre unité. Or cette porte, dont l'ouverture est capricieuse, a manqué de s'ouvrir plusieurs fois lors des derniers appels à renfort, ce qui a posé des problèmes en terme de logistique et de sécurité. **Selon le médecin que nous avons interrogé, cette porte nuit considérablement à la communication entre les deux unités puisqu'elle s'érige comme une frontière entre les deux.**

Elle déplore le fait que les équipes séparées n'aient pas l'occasion d'échanger puisque les soignants ne tournent pas d'une équipe à l'autre, sauf parfois en cas d'arrêt maladie ou pour des remplacements ponctuels. Selon elle, *« le seul moment où les équipes sont mélangées c'est pour les transports où là ça fonctionne bien, les gens échangent entre eux »*.

On peut ainsi observer que des barrières empêchent que la communication en interne ne puisse se faire pleinement puisque le personnel des deux unités n'est que très rarement réuni. De plus, chaque membre du personnel travaille sept heures et quarante minutes par jour, ce qui fait que les équipes se succèdent tout au long de la journée : cela ne favorise pas non plus une cohésion du personnel au sein de chaque unité.

- **Des équipes aux pratiques hétérogènes**

Comme nous venons de le voir, les deux unités de soin n'entrent que très rarement en interaction et des **pratiques distinctes de travail** ont émergés au sein de chaque équipe. Effectivement, comme les équipes ont été constituées dès l'ouverture de l'UHSA et que le personnel est affecté à une unité de manière définitive, il n'y a pas eu de brassage et d'harmonisation des habitudes entre les deux zones de soin.

Pour citer quelques exemples, les **pratiques diffèrent** sur des points particuliers comme le fait d'accepter de donner un supplément de pain ou de café pendant les repas, ce qui est accepté dans une unité et pas dans l'autre.

Le point de divergence qui est peut-être le plus flagrant et qui oppose les deux unités est l'autorisation de fumer en chambre de contention. Lorsqu'un patient est enfermé en CSI, il est attaché sur un lit de sorte qu'il puisse se calmer sans prendre le risque de se blesser ou de blesser un soignant. Dans l'une des deux unités, lorsque le patient souhaite fumer, on lui détache seulement une main et on lui apporte un cendrier pour qu'il puisse le faire tout en restant maintenu au lit. Dans la seconde unité, lorsque le patient demande à fumer une cigarette les soignants le détachent et profitent de la pause-déjeuner des autres détenus pour l'emmener dans la cour fumer. Une fois cela fait, il retourne en chambre de contention où il est maintenu à nouveau sur son lit. Chaque unité a des raisons et des justifications particulières pour avoir décidé de favoriser une pratique plutôt qu'une autre. Comme le règlement intérieur ne couvre pas tous les cas de figure auxquels ils peuvent être confrontés, les soignants doivent parfois improviser et ils le font

de la manière qui leur semble la plus juste possible. Ces divergences sont une des conséquences du manque d'échange et de communication entre les deux unités, ce qui ne favorise pas une harmonisation des pratiques.

II. Mieux communiquer sur les patients pour fournir un service de soin d'une meilleure qualité

Outre des difficultés de communication interne avec l'Administration Pénitentiaire et même entre Menez-Hom et Molène, nous avons également constaté des éléments qui pourraient être améliorés dans la manière de gérer les informations sur les patients. Nous aborderons ici le système d'information du CHGR, CIMAISE, puis traiterons de l'avant/après UHSA.

A. La gestion du système d'information du CHGR

1. Un Système d'Information jugé performant

Après plusieurs essais, le CHGR a choisi en 2005 le système d'information appelé CIMAISE. Réseau informatique utilisé à l'intérieur d'une entité organisationnelle, **CIMAISE est l'intranet du CHGR**. Il est présent dans tout le site de Rennes mais aussi accessible dans les antennes du département et à la prison de Vezin avec le SMPR. Avant la mise en place de l'intranet, tout était par écrit (dossiers des patients, réunions de transmission...) : « *il fallait relire les collègues. CIMAISE c'est plus pratique, on peut avoir les prescriptions en direct, à distance* ». L'arrivée et la mise en place de CIMAISE a été un grand avantage pour une meilleure information sur les patients et donc pour une prise

en charge plus adaptée. La plupart de soignants pense que c'est un beau logiciel très complet, un outil exhaustif.

Sur CIMAISE, chaque corps de métier a sa partie dédiée : partie infirmière, cadre, médecin. Nous avons eu la possibilité de voir un exemple anonyme d'une fiche patient de CIMAISE : on peut retrouver toutes les informations liées au patient depuis son arrivée à l'UHSA à savoir ses antécédents d'hospitalisation s'ils sont connus, sa participation aux activités proposées, son traitement...

Cependant, si CIMAISE a grandement facilité le travail des soignants, certains aspects de l'intranet et de son utilisation actuelle restent sources de problèmes. En effet, les soignants nous ont plusieurs fois parlé des incidents liés à la **confidentialité** sur l'intranet. Théoriquement, en raison du secret médical, le personnel soignant n'a pas accès aux fiches patients d'un autre service du CHGR. Le service informatique de l'hôpital reçoit des alertes si une personne consulte un fichier qu'il n'est pas sensé voir – toujours au nom du respect du secret médical.

« Je pense que ce n'est pas un bon outil du point de vue de la confidentialité. » nous a dit un médecin. Beaucoup d'informations sensibles sont rentrées dans la fiche patient et l'ensemble du pôle pénitentiaire peut donc y accéder, même après le départ de l'UHSA. *« Nous au niveau UHSA on a des patients médiatiques et je pense que on n'est pas bons sur la confidentialité. »*

2. Améliorer le Système d'Information : l'essai de Menez-Hom

Les soignants sont en général satisfaits du logiciel mais parfois le côté « trop exhaustif » peut gêner le fonctionnement de l'UHSA : c'est encore une fois le trop d'informations, tue l'information ! *« Il y a tellement de chose à remplir, d'infos à transmettre via CIMAISE que dans ces cas-là on ne s'occupe plus des patients »* nous a confié une infirmière. Lors d'un retour de patient à l'UHSA, cela prend du temps d'aller chercher toutes les données intéressantes et surtout d'en faire le tri pour s'occuper rapidement de la personne.

Lors de nos entretiens nous avons appris qu'une unité, Menez-Hom, étudiait en ce moment la possibilité de réduire le temps sur CIMAISE via d'une réflexion sur le système d'information et plus spécifiquement sur les fiches patients. En effet, le cadre de santé et le médecin psychiatre de cette unité ont souhaité travailler sur des pistes d'amélioration pour aller vers davantage **d'individualisation de la prise en charge** et donc à terme une meilleure qualité de soins pour l'ensemble des patients.

Il s'agit de responsabiliser 2-3 agents soignants sur un nouveau patient afin d'assumer le suivi de son dossier. Les agents spécialement mandatés devront renseigner le nom-prénom, sa biographie, ses données judiciaires (numéros d'écrou) et établir une vraie synthèse du projet médical avec le patient. L'idée est d'y trouver ce que des infirmiers et médecins mais aussi transverses vont chercher dans un dossier « *comme ça quand [le patient détenu] reviendra on aura juste à chercher là* ».

Selon le cadre c'est de l'organisation professionnelle: « *qu'est-ce qu'on fait avec [le patient] et qui fait quoi ? Quelle activité lui proposer (addictologie, entretiens infirmiers, groupes de paroles, réhabilitation, génogramme...)* ». Ces tentatives sont encore de l'ordre du projet et n'ont pas encore été validées par le cadre de santé et le médecin de l'unité Menez-Hom. Cette future fiche synthétique n'a pas encore vocation à être transférable. Le cadre pense d'abord à une utilisation en interne dans son unité, puis un éventuel transfert en cas de succès à l'unité Molène – et pourquoi pas à long à terme au CHGR si les résultats sont concluants et que des unités ressentent le besoin de se doter de fiches synthétiques.

B. Enjeux informationnels des arrivées et départs des patients

L'UHSA est une unité d'urgence, les patients y sont envoyés le temps de stabiliser leur situation et de leur faire accepter la nécessité de prendre un traitement. Avec une période de séjour de trois semaines en moyenne, il est nécessaire que les informations les concernant arrivent vite et soient envoyées directement après leur séjour dans l'établissement qu'ils vont alors réintégrer afin **d'assurer le meilleur suivi possible de leur traitement**. Nous allons voir au travers de cette partie le processus de transmission des informations avant et après l'UHSA et les problèmes qui y sont liés.

1. Obtenir les dossiers médicaux des nouveaux arrivants

Lorsqu'un nouveau patient arrive à l'UHSA, il est essentiel pour les soignants de récolter le plus d'informations possible à son sujet afin d'assurer une prise en charge optimale et adaptée à ses besoins. Cela nécessite **d'obtenir son dossier médical** ou toute autre information utile de l'établissement qui l'envoie à l'UHSA (SMPR ou établissement pénitentiaire).

La procédure d'admission permet la transmission de certaines informations à propos des patients : lorsque le médecin du SMPR appelle celui de l'UHSA pour préparer le transfert d'un détenu, il le renseigne sur la raison de sa venue et sur la nature de ses troubles mentaux. Suite à cette conversation téléphonique, un dossier est envoyé à l'UHSA contenant l'ordonnance et les détails sur les conditions en détention (origine de la crise si on la connaît, symptômes), mais pas le dossier médical. Si le détenu vient de Rennes et qu'il a fait un passage au SMPR, il est alors possible d'utiliser le logiciel CIMAISE pour récupérer les transmissions des derniers jours afin de dresser un bilan de son parcours et de son état. Or si le patient vient directement de prison et s'il est incarcéré en Basse Normandie ou dans les Pays de la Loire, il peut être beaucoup plus difficile d'obtenir des informations médicales. L'un des infirmiers que nous avons interrogé nous précise que dans le cas où le patient n'est pas en capacité mentale de donner des informations sur ses séjours hospitaliers ou sur son dossier médical il peut être très difficile d'obtenir les informations souhaitées. Il en est de même si la personne est isolée, ne reçoit pas les visites de sa famille ou de ses amis. C'est alors à la secrétaire médicale de « mener une enquête » en appelant son centre de détention et les hôpitaux de sa région pour essayer de reconstituer les bribes de son histoire.

Il est très important pour les soignants de **savoir pourquoi les patients sont chez eux**. L'UHSA est une unité d'urgence, les patients y sont envoyés au moment où ils sont en période de crise et ces informations peuvent se révéler précieuses. Parfois, les informations judiciaires peuvent apporter des indices. Selon une de nos interlocutrices « *il est possible de demander le casier judiciaire des détenus au moment de leur arrivée pour connaître les peines mais la plupart du temps les patients nous en parlent d'eux même, et de manière assez libérée* ».

L'un des infirmiers nous confirme cette difficulté à obtenir des informations, selon lui il est plus facile pour les médecins de s'en charger car les services extérieurs leur sont plus accessible.

Nous constatons donc à quel point l'information externe peut se révéler cruciale lorsque les patients arrivent. On observe que la condition de détenu des patients pose une double contrainte à la réception de ces informations. D'une part, parce que les centres pénitentiaires ne sont pas en possession des dossiers médicaux qui sont tenus secrets et ne peuvent donc pas les transmettre. D'autre part, parce que lorsque les détenus transitent par le SMPR avant d'être envoyé par l'UHSA, cela représente un interlocuteur indirect de plus et donc une étape de plus à la circulation de l'information. Enfin, les dossiers médicaux étant placés sous le secret médical, la transmission par email est proscrite puisque peu sécurisée, et le transfert de données sécurisées ne peut être effectué que par une personne habilitée.

2. Transmettre le dossier médical à leur sortie et assurer leur suivi

Comme précisé précédemment, la durée de séjour moyenne à l'UHSA est de trois semaines : les patients arrivent en période de crise et sont ensuite pris en charge afin de les aider à se stabiliser. Pour certains patients réticents, il est parfois difficile de les convaincre de la nécessité de prendre un traitement. S'ils refusent de le suivre, les soignants peuvent les forcer à le prendre. Or une fois que les patients repartent de l'UHSA pour retourner en centre pénitentiaire, personne ne peut sur place les forcer à suivre le traitement, ce qui est souvent un grand facteur de frustration pour les infirmiers. En effet, selon plusieurs témoignages que nous avons recueillis, les soignants ont parfois le sentiment d'impuissance, voire de frustration. Ils savent que leur temps d'action sur les patients est limité et que rien ne garantit qu'il y aura un suivi psychologique derrière pour assurer le relai.

Au moment de leur départ, soit les patients retournent en centre pénitentiaire, soit sont en fin de peine et retrouvent leur liberté. Dans ce cas, si la personne nécessite encore des soins, elle va être transférée à l'hôpital psychiatrique de sa ville. Dans le cas contraire, elle retourne à une vie « normale » où il ne bénéficiera d'un suivi psychologique aléatoire.

Lorsque le patient retourne en prison, aucune instance n'est compétente pour l'obliger à prendre son traitement et cela est souvent à l'origine d'une rechute des patients qui reviennent à l'UHSA. Il est possible que le médecin de l'UHSA appelle la prison pour organiser le transfert du futur patient et prenne de leurs nouvelles à cette occasion mais cela n'est pas suffisant pour parvenir à établir un bilan. Le jour du départ des patients un courrier de sortie est faxé le jour même à l'établissement pénitentiaire où ils retournent. Or les informations écrites sur ce courrier sont souvent limitées pour des mesures de **sécurité et de confidentialité** puisqu'il y a un risque que le papier en question ne soit pas archivé correctement.

Toutefois, la loi stipule que les patients ont le droit de repartir avec leur dossier médical. Celui-ci est constitué des observations réalisées pendant son temps de séjour et des transmissions le concernant. Selon le médecin que nous avons interrogé, il est nécessaire que ces informations soient les plus neutres possibles puisque le patient aura la possibilité de le lire. Il est donc important de l'écrire dans un vocabulaire qui ne soit pas trop technique et surtout édulcoré (ils ne peuvent pas écrire par exemple : complètement paranoïaque et dangereux, même si c'est le cas).

Les noms des infirmiers et du médecin qui ont écrit des avis sur le patient sont inscrits sur ce dossier médical. Cet élément a été un facteur de stress au sein des soignants d'une des unités puisque certains de nos interlocuteurs ont émis des craintes concernant le fait que leurs noms soient inscrits sur un papier qui risque de circuler au sein de la prison, et donc de ce fait qui risquerait de les mettre en danger. Le médecin est plus tempéré sur ce point puisqu'elle considère que c'est un risque inhérent au métier de soignant que l'on retrouve aussi dans les services de psychiatrie classique. Elle ajoute aussi que les personnes incarcérées qui ont des troubles mentaux se tiennent en général à l'écart des autres détenus et les craignent, ils n'ont donc aucun intérêt à faire circuler leur dossier médical.

Les informations concernant les patients qui repartent de l'UHSA ont donc parfois du mal à circuler, soit parce que la personne retrouve sa liberté soit qu'elle retourne en prison ce qui limite la possibilité d'un suivi psychologique. Dans le cas où les patients sont envoyés en hôpital psychiatrique, les soignants de l'UHSA transmettent le dossier médical à leurs collègues qui vont prendre en charge le patient. Une infirmière nous a toutefois confié que lorsque le patient retournait en SMPR ou en UMD sur la région Bretagne, ils ne prenaient pas toujours la peine de trier les informations concernant le patient et d'en faire une fiche synthétique puisque ceux-ci étant reliés au réseau CIMAISE avaient la possibilité de se renseigner par eux-mêmes via cet outil informatique.

III. Propositions et perspectives

En nous concentrant sur les problématiques informationnelles de l'UHSA, nous avons constaté quelques difficultés auxquelles nous tâcherons, à notre échelle, d'apporter des éléments de réponse.

Notre travail n'a pas pour but de remettre en cause le fonctionnement interne de notre terrain de recherche et encore moins ses résultats. En effet, la plupart des détenus ayant séjourné à l'UHSA ont rendu des fiches d'évaluation post-hospitalisation très positives. Si nous n'avons pas de légitimité pour contester le travail médical des soignants, nous nous contenterons **d'émettre des avis et des propositions** concernant des points de gestion qui nous semblent pouvoir être améliorés.

A. Propositions d'amélioration

Concernant l'annonce de visites provenant de personnes extérieures, nous avons constaté un processus laborieux et un peu « **opaque** ». En effet, le processus et les démarches à suivre ne semblent pas protocolisées puisque les personnes interrogées n'étaient pas toutes d'accord sur « *qui prévenir ?* », « *dois-je prévenir mon cadre de santé ou est-ce inutile ?* », « *à quel moment prévenir l'Administration Pénitentiaire pour que les agents ne soient pas surpris mais pour qu'ils conservent l'information même en cas de changement d'équipe ?* ». Un processus plus simple et diffusé efficacement au niveau de la Pénitentiaire et des soignants serait bénéfique pour l'ensemble de l'UHSA. Par ailleurs, la mise en place de ce guide permettrait aux soignants d'élargir les partenariats extérieurs pour des activités thérapeutiques. En surmontant la barrière physique mais aussi symbolique de l'enceinte pénitentiaire, une meilleure qualité de soins serait possible. Nous sommes cependant conscientes que n'importe qui ne doit pas rentrer dans l'UHSA ; la sécurité ne doit pas être oubliée au risque de perdre la spécificité carcérale de la structure.

Par ailleurs, nous avons constaté au cours de nos entretiens que les deux unités, pourtant symétriques et au fonctionnement théoriquement similaire, présentent des pratiques parfois différentes. Bien que chaque soignant possède sa propre vision de son

métier, une phase de réflexion sur l'homogénéisation des pratiques professionnelles pourrait être organisée. **Pourquoi vouloir homogénéiser les pratiques ?** Tout d'abord parce que cela peut générer de l'incompréhension chez les patients qui peuvent ne pas comprendre cette différence de règles d'une unité à l'autre. De plus, parce que en cas de turn-over dans les équipes cela permet une adaptation plus rapide des nouveaux arrivants et enfin, cela apporterait une vision commune à moyen et long terme sur les missions de l'UHSA de Rennes et donc la pérennisation d'un objectif de soin de qualité.

Enfin, un des « *chantiers* » envisageable pour l'UHSA concerne le **système d'information** et plus précisément les fiches de patients. En effet, la confidentialité et donc le respect du secret médical paraît perfectible. Il faudrait peut-être penser à l'ajout d'une case à cocher qui effacerait les données quand le détenu quitte l'UHSA. Un accès restrictif pour les quelques personnes travaillant plus spécifiquement sur un patient grâce à des identifiants personnels peut également être envisagé. Cette réflexion autour de l'amélioration du système d'information devrait bien sûr se faire en collaboration avec le service informatique du CHGR. Afin que les changements soient en adéquation avec les besoins sanitaires, une concertation avec les soignants pourra prendre place. Cela permettrait aux équipes de s'approprier les nouveaux outils.

Nous avons découvert au fil des entretiens la tentative de l'équipe de Menez-Hom pour créer un modèle de fiche patient synthétique. Cette fiche permettrait un gain de temps pour les soignants dans de nombreuses situations (cas de retour du patient à l'UHSA, transfert d'une unité à l'autre...) et donc une prise en charge plus personnalisée. Nous espérons que cette tentative sera concluante puisque même si les fiches patients actuelles sont satisfaisantes, elles sont aussi perfectibles. Sortir de sa routine pour réfléchir à sa pratique professionnelle ne peut être que bénéfique pour une équipe et nous saluons la démarche du cadre de santé qui souhaite dépasser le « ronronnement » du fonctionnement actuel pour améliorer son cadre de travail et ainsi fournir un soin de meilleure qualité.

Si l'essai des nouvelles fiches est concluant, elles seront sans doute transférables à l'unité Molène. Une réflexion pourrait également s'étendre sur l'utilisation avec le SMPR et pourquoi pas à long terme sur l'ensemble du CHGR.

B. Perspectives de recherche

Après avoir proposé des pistes d'améliorations adaptables immédiatement à l'échelle de l'UHSA, nous tenterons à présent de donner des perspectives de recherche et d'actions qui pourraient être mises en place avec la collaboration d'acteurs extérieurs et qui permettraient d'améliorer à terme la circulation de l'information.

Tout d'abord, face au différentiel de comportement et de culture de métier entre les agents pénitentiaires et le personnel soignant, il apparaît nécessaire de mettre en place des mesures permettant l'émergence d'une culture de métier propre au personnel de l'UHSA. En d'autres termes, si des efforts ont été faits des deux côtés, les différents entretiens ont confirmé le fait qu'il y avait encore une **dichotomie très nette** entre les deux corps de métier et l'absence d'une culture interne propre à l'UHSA. Afin de limiter les incompréhensions et de faciliter la communication, il pourrait être envisagé de mettre en place des formations supplémentaires, des temps de rencontre institutionnalisés et réguliers afin d'échanger et de créer une unité de groupe. Cela pourrait permettre de « dé-diaboliser » l'attitude de certains agents pénitentiaires qui provient peut être d'un manque de connaissance des exigences hospitalières et réciproquement. Si de telles réunions apparaissent difficiles à mettre en place régulièrement avec l'ensemble du personnel, des délégués de chaque corps de métiers pourraient se rencontrer dans un premier temps afin de faire part des doléances de chaque groupe à l'encontre de l'autre.

La question des cantines et des documents juridiques des patients-détenus reste problématique puisqu'ils sont placés sous la responsabilité des agents pénitentiaires mais impactent au quotidien le travail des soignants. En effet, lorsque des papiers juridiques sont égarés ou que l'argent tarde à arriver sur le compte des patients, ceux-ci questionnent et accusent les soignants de mal défendre leurs intérêts face à l'Administration Pénitentiaire. Même s'il est difficile de donner des préconisations aux agents carcéraux concernant la gestion de leur travail administratif, nous pouvons toutefois envisager la création d'un groupe d'employés qui serait uniquement en charge de la gestion de ces documents. Une équipe mixte, composée d'agents pénitentiaires et de soignants pourrait se réunir une fois par journée ou demi-journée afin de régler la question des cantines et de ces documents judiciaires afin de limiter la perte d'information. Ces personnes joueraient le rôle de référent pour les autres soignants et membres de l'administration pénitentiaire et l'essentiel des informations seraient centralisés vers eux. Si ce travail paraît fastidieux un planning pourrait organiser des

équipes référentes qui se succéderaient plusieurs fois par semaine. Cela permettrait aussi de sensibiliser les différents acteurs de l'UHSA, tant du côté pénitentiaire que psychiatrique à l'importance d'une gestion rapide et efficace de ces documents.

Enfin, concernant la circulation des informations qui permettrait d'améliorer l'accueil et le suivi des patients avant et après leur séjour à l'UHSA nous pouvons envisager plusieurs solutions.

Tout d'abord, la création d'un intranet commun aux établissements de santé et pénitentiaire qui sont du ressort de l'UHSA de Rennes permettrait d'établir des fiches concernant les détenus nécessitant des soins psychiatriques. Tout en prenant en compte l'obligation du respect du secret médical, cela permettrait la transmission de fiches synthétiques qui retraceraient le passage des patients dans les différents établissements de santé, et permettrait l'obtention d'un minimum d'informations le concernant, avec la possibilité de demander un dossier médical plus complet au besoin.

De plus, afin d'assurer un meilleur suivi des patients après leur passage à l'UHSA, il pourrait être judicieux de permettre aux infirmiers d'avoir des contacts facilités et plus fréquents avec les autres infirmiers du SMPR et des UMD. En effet, au cours de nos entretiens nous avons constaté que c'était généralement les médecins qui avaient l'occasion de prendre des nouvelles des anciens patients lorsqu'ils appelaient les responsables médicaux de ces autres unités afin de prévoir le transfert d'un détenu. Afin d'alléger la masse d'information qui transitent par eux, nous proposons que les infirmiers puissent être à même de mieux communiquer avec les infirmiers des autres services et ainsi assurer un relais de soins qui serait profitable aux détenus.

Enfin, même si cela paraît plus difficile à mettre en place, on pourrait imaginer que les infirmiers puissent se déplacer occasionnellement, ou puisse joindre par téléphone, un patient qui est retourné en établissement pénitentiaire afin de s'assurer que celui-ci est stable mentalement et qu'il puisse se confier dans le cas contraire. Cela permettrait aussi de perpétuer le lien de confiance qui est généralement établi avec les soignants qui pourrait inciter le détenu à continuer à prendre son traitement. Nous avons cependant conscience que l'UHSA est une institution de passage réservée aux cas d'urgences, et qu'il n'est donc pas dans les prérogatives des infirmiers d'assurer le post soin. Si nous proposons cette perspective c'est dans l'optique de prévenir le retour d'un patient qui serait susceptible de « *replonger* » et de revenir une semaine après dans le cas où il ne prendrait pas son traitement en prison.

Nous sommes conscientes que ces propositions seront **difficiles à mettre en place** et peuvent paraître **utopiques** pour des personnes qui travaillent au quotidien à l'UHSA : soit parce qu'elles requièrent des moyens financiers importants ou une mobilisation de personnel supplémentaire. Nous espérons toutefois que leur lecture intéressera les acteurs de l'UHSA et donnera éventuellement naissance à des changements, dans une **démarche d'amélioration continue**.

Conclusion

Au travers de cette étude, nous avons tenté de respecter de la manière la plus fidèle possible les informations et le ressenti apportés par chacune des personnes que nous avons interrogées. Notre recherche s'est inscrite dans la volonté commune avec les responsables de la structure de dresser un bilan du fonctionnement interne de l'UHSA un an et demi après son ouverture. Le but de notre démarche n'était pas de porter un jugement sur les capacités des soignants à effectuer leur mission sanitaire mais bien au contraire d'étudier la manière dont ceux-ci avaient réussi, malgré les contraintes carcérales, à établir une prise en charge de qualité.

Nous avons constaté, au fil de nos entretiens que malgré des rapports généralement cordiaux, l'équipe soignante et l'équipe carcérale étaient en désaccord sur de nombreux points. *En effet, comment concilier les intérêts de deux univers que tout oppose ?* C'est ce pari qui a été réalisé en partie par l'UHSA puisque des ajustements et des compromis ont dû être trouvés afin de répondre aux exigences carcérales et sanitaires. Ce travail a notamment été mené par l'équipe de préfiguration puis dans les premiers mois de fonctionnement de la structure. Au-delà de simples divergences entre des personnalités, éléments naturels à chaque organisation, nous avons découvert que si les relations étaient parfois conflictuelles entre les agents pénitentiaires et sanitaires c'est parce qu'ils appartenaient à deux cultures de travail complètement différentes.

Nous avons également souhaité axer notre étude sur un point de gestion qui serait à la fois original - puisqu'inhérent à la structure- et problématique afin d'y apporter des observations et des pistes d'amélioration. La circulation de l'information et plus généralement les enjeux informationnels sont apparus comme un angle d'étude pertinent. En effet, les personnes interrogées nous ont fait remonter des troubles au niveau de la circulation de l'information, tant au niveau de la communication interne, qu'externe. Grâce à ce focus, nous avons pu aborder tous les éléments théoriques du management de l'information (système d'information, réunions...). Nous avons ainsi constaté que l'émergence des nouvelles technologies de l'information et de la communication avait permis une évolution du mode de traitement et de stockage des données. Si la circulation des informations est désormais facilitée, cela a aussi conduit à une augmentation exponentielle de leur nombre, ce qui rend leur traitement de plus en plus compliqué. On

retrouve cette problématique à l'UHSA mais le **développement des nouvelles technologies** est, et sera dans les prochaines années, un élément qui sera à prendre en compte dans l'ensemble des organisations.

Enfin, d'un point de vue personnel, nous avons aimé travailler dans un environnement concret, avec des personnes qui nous ont fait confiance. Nous avons apprécié le fait d'être tout à fait libres dans notre rédaction puisqu'aucun responsable de l'UHSA n'a demandé un droit de regard sur nos analyses. Par ailleurs, cette expérience de travail en binôme nous a permis de gagner en rigueur et en capacité d'organisation, tout en nous forçant à dialoguer sur nos idées afin d'aboutir à un rapport le plus objectif possible. Ce monde de l'UHSA nous a fascinées par la **complexe dichotomie** qu'il fait cohabiter dans un même lieu. L'existence des UHSA en France est très récente et d'ici quelques années, nous espérons que d'autres se pencheront sur le sujet pour donner lieu à une littérature scientifique plus riche que ce qui existe actuellement.

Bibliographie

OUVRAGES

Observatoire International des Prisons (2005). *Les conditions de détention en France*. La Découverte, 285 p.

Observatoire International des Prisons (2011). *Les conditions de détention en France*. La Découverte, 336 p.

Castel, R (1976). *L'ordre psychiatrique : l'âge d'or de l'aliénisme*. Les éditions de minuit, 333 p.

Foucault, M (1975). *Surveiller et punir : naissance de la prison*. Gallimard, 360 p.

Robbins, S ; Decenzo, D ; Coulter, M ; Rüling, C-C (2014). *Management : L'essentiel des concepts et pratiques*. Chapitre 14 : la communication interpersonnelle. Pearson, 9^{ème} édition, 579 p.

Meier, O (2010). *Management interculturel. Stratégie-Organisation-performance*. Dunod, 314 p.

Guyot, B (2012). *Management de l'information dans les organisations : éléments de méthode*. via le site HAL, archives ouvertes. 69p.

ARTICLES EN LIGNE

Litzler Alexandre, « *Soigner et surveiller en unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA)* », Archives de politique criminelle 1/ 2013 (n° 35), p. 277-296
URL : www.cairn.info/revue-archives-de-politique-criminelle-2013-1-page-277.htm.

Service de coordination à l'intelligence économique. Juillet 2010, site du gouvernement.
http://www.economie.gouv.fr/files/directions_services/scie/docs/guide/41valorisation_information.pdf

MEMOIRE

Berchot, S (2013). *Ouverture d'une Unité Spécialement Aménagée au Centre Hospitalier Guillaume Régnier : l'entrée de la prison à l'hôpital*. Mémoire Master 2 : Droit, Santé,

Ethique. Rennes : Université de Rennes 1, Faculté de Droit et de Science Politique, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 61 p.

AUTRES DOCUMENTS

Bossard, Henry (2013). Projet médical de l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée – Pôle Psychiatrie en milieu pénitentiaire – Centre Hospitalier Guillaume Régnier. 22 p.

Berchot, Gaullier, Lemercier (2013). Projet paramédical de l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée – Pôle Psychiatrie en milieu pénitentiaire – Centre Hospitalier Guillaume Régnier. 49 p.

SITE WEB

Fondation Après Tout. Vers 9 UHSA en 2015 [en ligne]. (Consultée le 26/11/2014)
Disponible sur : <http://www.apres-tout.org/spip.php?article142>

Ouest-France. Un hôpital prison ouvrira en septembre à Rennes [en ligne]. (Consultée le 26/01/2015) Disponible sur : <http://www.ouest-france.fr/un-hopital-prison-ouvrira-en-septembre-rennes-1435518>

France Info, Le premier hôpital-prison ouvre ses portes aujourd'hui. Consulté le 26/01/2015. Disponible sur : <http://www.franceinfo.fr/actu/faits-divers/article/le-premier-hopital-prison-de-france-ouvre-ses-portes-aujourd-hui-70577>

VIDEOS

Emission Sept à Huit – 2012. Disponible en ligne sur : http://www.wat.tv/video/hopital-prison-3b5fz_2flv7_.html

Table des matières

INTRODUCTION	6
PARTIE I - REVUE DE LITTERATURE ET DE CONNAISSANCES	10
I. COMPRENDRE LE CONTEXTE HISTORIQUE ET SOCIOLOGIQUE DES PRISONS EN FRANCE.....	11
II. ENCADRE JURIDIQUE : LA CREATION DES UHSA	13
III. LA CIRCULATION DE L'INFORMATION : UN ENJEU MANAGERIAL DES STRUCTURES CONTEMPORAINES	15
PARTIE II - METHODOLOGIE.....	26
PARTIE III - CAS D'ETUDE : L'UNITE HOSPITALIERE SPECIALEMENT AMENAGEE : COMMENT ORGANISER LA DUALITE PSYCHIATRIQUE ET CARCERALE	33
I. GENESE ET LANCEMENT DU PROJET DE L'HOPITAL-PRISON DE RENNES.....	33
A. <i>De l'idée nationale à l'adaptation locale</i>	34
1. <i>Répondre à un besoin : la création des premiers UHSA</i>	34
2. <i>Travailler à l'implantation dans le CHGR de Rennes : l'équipe de préfiguration</i>	37
B. <i>Constitution et formation des équipes sanitaires</i>	42
1. <i>Le recrutement: la recherche d'un profil particulier</i>	42
2. <i>Apprendre à travailler dans un cadre contraignant</i>	46
II. LE METIER DE SOIGNANT A L'UHSA : TRAVAILLER AVEC LA CONTRAINTE CARCERALE	48
A. <i>Comment fonctionne une UHSA : l'organisation des équipes soignantes au quotidien</i>	48
1. <i>Un service similaire à la psychiatrie classique mais dans un espace contraint</i>	49
2. <i>Les difficultés professionnelles liées à l'autarcie</i>	52
B. <i>Travailler avec un corps de métier différent : les relations avec l'Administration Pénitentiaire</i>	56
1. <i>Une nécessaire coopération entre soignants et agents pénitentiaires</i> ..	56
2. <i>Des codes et une culture professionnelle sensiblement opposés</i>	59
PARTIE IV - ANALYSE ET PROPOSITIONS : FOCUS SUR LA CIRCULATION DE L'INFORMATION	63
I. AMELIORER LA CIRCULATION DE L'INFORMATION AU SEIN DE L'UHSA	63
A. <i>L'enceinte pénitentiaire: une barrière contraignante</i>	63
1. <i>Un facteur de perte d'information</i>	64
2. <i>La difficulté de communiquer avec l'extérieur</i>	65
B. <i>L'information au sein des unités</i>	66
1. <i>Des réunions de transmission nécessaires et efficaces</i>	66

2. « Trop d'information, tue l'information » : une prolifération nuisible au traitement des données	67
3. Deux services ne travaillant pas toujours en interaction	69
II. MIEUX COMMUNIQUER SUR LES PATIENTS POUR FOURNIR UN SERVICE DE SOIN D'UNE MEILLEURE QUALITE	71
A. La gestion du système d'information du CHGR	71
1. Un Système d'Information jugé performant.....	71
2. Améliorer le Système d'Information : l'essai de Menez-Hom.....	72
B. Enjeux informationnels des arrivées et départs des patients	73
1. Obtenir les dossiers médicaux des nouveaux arrivants	74
2. Transmettre le dossier médical à leur sortie et assurer leur suivi	75
III. PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES	77
A. Propositions d'amélioration	77
B. Perspectives de recherche.....	79
CONCLUSION	82
BIBLIOGRAPHIE	84
TABLE DES MATIERES	86
SOMMAIRE DES ANNEXES	88

Sommaire des annexes

ANNEXE 1 : Passeport, Pôle Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire du Centre Hospitalier Guillaume Régnier

ANNEXE 2 : Indicateurs populationnels et séjours du patient détenu. Bilan 2014

NB : Les données présentées sont à rapporter au nombre de lits qui ont été ouverts progressivement. De septembre 2013 à mars 2014, une montée en charge a été organisée afin de roder les procédures de transport et de sécurité. Par la suite, un manque de médecins a ralenti le déploiement complet – stabilisé alors à 30 lits. Ce n'est que depuis septembre 2014 que les 40 lits ont été ouverts. Ce bilan a été validé et transmis à l'Agence Régionale de Santé.

Du fait des données sensibles et des mesures de sécurités inhérentes au statut carcéral de l'UHSA, nous ne sommes pas en mesure de diffuser d'autres documents.