



Rapport de visite

**Unité hospitalière
sécurisée interrégionale
de Lille
(Nord)**

Du 20 au 21 avril 2010

Contrôleurs :

- Martine Clément, chef de mission ;
- Khadoudja Chemlal, contrôleur ;
- Cédric de Torcy, contrôleur ;
- Charlotte Normand, stagiaire.

En application de la loi du 30 octobre 2007 instituant le contrôleur général des lieux de privation de liberté, trois contrôleurs ont effectué une visite de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale de Lille.

1 LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les trois contrôleurs accompagnés d'une stagiaire sont arrivés au sein de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) le mardi 20 avril à 10 heures. Ils en sont repartis le mercredi 21 avril à 17 heures. La visite était inopinée.

L'ensemble des documents demandés a été mis à leur disposition ou envoyé a posteriori. Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitent et en toute confidentialité, tant avec des patients détenus qu'avec des personnels de santé, pénitentiaires, de police et des intervenants présents sur le site.

La qualité de l'accueil et la disponibilité des personnels rencontrés par les contrôleurs et pendant tout le temps de la visite, méritent d'être soulignées.

Plusieurs responsables d'unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et d'établissements pénitentiaires ont été contactés, par téléphone, dès lors qu'ils adressaient des patients à l'UHSI.

Les contrôleurs ont pu assister, le 21 avril, à la commission locale de coordination, présidée par le directeur délégué aux soins aux détenus, représentant le directeur général du centre hospitalier régional universitaire de Lille. Ils ont rencontré à cette réunion le directeur de cabinet du préfet du Nord.

Un rapport de constat a été transmis au chef d'établissement de l'établissement pénitentiaire de Lille et au chef de service de l'UHSI en date du 15 septembre 2010. Seul, le directeur du centre pénitentiaire de Lille a fait connaître ses observations qui ont été intégrées dans le présent rapport.

2 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

L'UHSI a été ouverte le 25 octobre 2004. Elle ne prend pas en charge les patients dont l'hospitalisation ne relèverait que d'un motif exclusivement psychiatrique.

Le protocole¹ relatif à l'hospitalisation des patients détenus en établissements pénitentiaires dans l'UHSI a été signé le 28 février 2006 par le directeur du CHU de Lille, le directeur interrégional des services pénitentiaires, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et des soins et le préfet de la région Nord-Pas-de-Calais.

Le règlement intérieur du centre pénitentiaire de Lille-Loos-Sequedin, datant du 17 septembre 2007, intègre dans une annexe² la partie relative à l'UHSI.

¹ Convention UHSI Nord-Pas-de-Calais du 15 juin 2005

² Fiche technique n° 14

Une note d'organisation de l'UHSI, destinée au personnel pénitentiaire, datée du 10 février 2008, actualisée le 24 septembre 2009, a été présentée aux contrôleurs ; elle n'est pas signée.

La charte du patient hospitalisé s'applique aux patients détenus.

2.1 Implantation

L'UHSI est implantée dans le centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille, rattachée au pôle « médecine légale et médecine en milieu pénitentiaire ». Elle se situe dans un bâtiment spécifique, rue Paul-Nayrac au cœur du complexe hospitalier lillois, composé de douze établissements, se situant à une dizaine de minutes à pied des stations d'autobus et de métro. Contrairement aux onze hôpitaux et services de santé environnants, elle n'est signalée sur aucun panneau indicateur à l'intérieur du CHRU. Elle est cependant présentée sur le site internet du CHRU.

2.2 Description

Le bâtiment est constitué d'un rez-de-chaussée et d'un étage dépassant de part et d'autre du rez-de-chaussée, sur pilotis.

L'accès se fait par un sas pour véhicule placé devant la porte d'entrée ; les piétons accèdent au sas par un passage distinct des deux portes permettant à un véhicule d'entrer par une extrémité et de ressortir par l'autre.

Le hall d'accueil comporte une large façade vitrée avec guichet, qui le sépare du poste de contrôle. Il est équipé d'un tunnel et d'un portique de contrôle par rayons X ; ces deux appareils ont été placés dans l'axe de la porte d'entrée avec un passage particulièrement réduit pour le contrôle du visiteur, entre le tunnel et le portique. Ce positionnement dans l'axe de la porte rend malaisée la manœuvre d'une civière. Selon les indications données aux contrôleurs, il serait possible de décaler la porte afin de la positionner face au passage libre situé devant la façade vitrée du poste de contrôle.

Une fois franchi le hall d'accueil, l'ensemble du rez-de-chaussée est en forme de « T ». Au centre du « T », un sas d'environ 40 m² permet d'accéder aux trois ailes. Une aile comporte les bureaux de la police, les vestiaires des différents personnels – policiers, pénitentiaires et médicaux – et une salle de détente commune aux trois services ; une aile comporte des locaux techniques et la troisième des bureaux et locaux destinés au seul personnel médical, dont une chambre pour l'interne de garde. Lors de la visite, après 19h, la porte du local des archives des dossiers médicaux n'est pas fermée à clef, ce qui en permet l'accès aux personnels pénitentiaires lors de leurs rondes de nuit³.

Depuis le sas central on peut accéder à un local de 7 m² à double usage, fermé par une porte pleine : salle d'attente pour les visiteurs et local permettant de réaliser des fouilles intégrales. Cette pièce est équipée d'une table basse et de chaises pliantes. Il n'y a pas de point d'eau ni de penderie. La charte du patient hospitalisé est apposée au mur. Une partie du mur supportant la porte est vitrée, munie d'un store à commande extérieure. Une caméra de

³ Le chef d'établissement pénitentiaire précise que les personnels pénitentiaires ne possèdent pas la clef et que sera rappelée aux personnels médicaux la nécessité de fermer le local d'archives dès lors qu'ils s'absentent

vidéosurveillance fixée en hauteur, dispose d'un volet qui a été « bricolé » et dissimule l'objectif durant les fouilles.

Les locaux de l'étage sont accessibles par un ascenseur dont la dimension permet l'entrée d'un brancard. Ils sont disposés le long de deux couloirs : un couloir périphérique formant un carré, et un couloir central formant une médiane du carré. Le couloir central donne accès à tous les bureaux et locaux de service. Il sépare en deux parties égales le couloir périphérique, le long duquel dix-neuf chambres de malades sont disposées, vers l'intérieur ; ce couloir forme donc deux ailes, de part et d'autre du couloir central : « l'aile bleue » et « l'aile verte ». Etant placées à l'intérieur du carré, les chambres ont vue sur une sorte de patio qui les sépare des locaux desservis par le couloir central.

Les locaux desservis par le couloir central sont :

- le « PC pénitentiaire » ;
- un « fumoir » de 7 m² ;
- une salle de kinésithérapie ;
- un office alimentaire ;
- une salle de radio et une pièce de lecture des radios ;
- un bureau pour les médecins ;
- une salle de fibroscopie ;
- une salle d'échographie et d'électro-encéphalogramme ;
- une salle de décontamination du matériel ;
- le poste de soins infirmiers, dénommé « PC soins » ;
- une lingerie ;
- une salle de détente destinée au personnel soignant ;
- le bureau du chef du service pénitentiaire ;
- le bureau du cadre de santé ;
- les parloirs ;
- deux WC pour le personnel.

Outre les chambres des patients, une aile dessert deux locaux techniques et l'autre aile un bureau pour les médecins. Des WC accessibles à une personne à mobilité réduite sont situés aux quatre angles du couloir périphérique.

Un réseau de vidéosurveillance, centralisé au niveau du PC pénitentiaire, est relié à des caméras implantées notamment aux extrémités du couloir central et à chaque angle du couloir périphérique.

L'UHSI a une capacité de vingt-et-un lits répartis ainsi : deux chambres doubles – une par aile – et dix-sept chambres individuelles – huit d'un côté et neuf de l'autre.

Les chambres doubles ont une superficie de 12 m² et les chambres individuelles 9 m². Chaque chambre est équipée d'un lit médicalisé, d'une table de nuit, d'une tablette sur roulettes et d'un fauteuil ; tout le mobilier est doublé dans les chambres à deux places. Deux étagères superposées, de 80 cm de côté, sont situées dans un renforcement de la pièce. Il n'y a pas de penderie, ni patère, ni porte manteaux. Une télévision est mise à disposition gratuitement dans chaque chambre, par les services pénitentiaires.

Une large fenêtre barreaudée, non verrouillée, donne sur le patio intérieur ; un volet peut être actionné par une commande électrique. La porte est pleine ; elle ne comporte pas

de poignée à l'intérieur et peut s'ouvrir d'une simple poussée lorsqu'elle n'est pas fermée à clé ; un système de rappel la referme automatiquement. Le mur séparant la chambre du couloir comporte deux vitres superposées et décalées, de 20 cm de haut sur 80 cm de long, occultables depuis le couloir par des panneaux coulissants ; l'une est située à 1,7 m de hauteur, l'autre à 1,5 m.

A portée de main du lit, se trouve un interphone avec deux boutons d'appel : un pour le PC pénitentiaire et un pour le PC soins. Dans le couloir, un interphone permet de converser avec le patient.

Chaque chambre dispose d'une salle d'eau, de 2 m² pour les chambres individuelles et 4 m² pour les chambres doubles, isolée par une porte pleine non condamnable par l'utilisateur. Les sanitaires comprennent un WC à l'anglaise, une douche à l'italienne et un lavabo comportant un robinet mitigeur et un miroir.

Cette disposition fait que le patient a vue, par la fenêtre, sur le patio intérieur et, par les vitres de contrôle – si le panneau est ouvert –, sur le couloir. De fait, il bénéficie d'ouvertures vers l'extérieur de sa chambre, mais dans des espaces où il ne se passe quasiment rien : personne n'a accès aux patios, et les couloirs ne sont utilisés que par le surveillant de service et par le personnel soignant au moment des soins. Cette situation est différemment vécue par les patients : certains apprécient le calme, d'autres se disent très angoissés par cette solitude tellement différente de l'ambiance bruyante et de promiscuité qu'ils connaissent en prison.

L'ensemble des locaux est très propre, très clair et dans un excellent état.

2.3 Le personnel

Le fonctionnement de l'UHSI est assuré par trois administrations différentes : la police, l'administration pénitentiaire et le personnel de santé.

2.3.1 La police

La surveillance périmétrique, le contrôle des entrées et des sorties, les escortes et les gardes statiques sont assurées par une équipe de fonctionnaires de police, dépendant du commissariat central de Lille, ainsi composée :

- un major ;
- un brigadier chef ;
- trois brigades de jour composées de trois policiers chacune ;
- trois brigades de nuit composées de deux policiers chacune ;
- une brigade hebdomadaire composée de sept policiers.

Les brigades de jour et de nuit fonctionnent sur un régime cyclique de quatre jours/nuits de travail suivis de deux jours/nuits de repos. Elles assurent la surveillance périmétrique et le contrôle de la porte d'entrée. Le service de jour est partagé en deux : de 5h à 13h et de 13h à 21h ; le service de nuit est de 21h à 5h.

La brigade hebdomadaire assure les escortes vers les plateaux techniques du CHRU et les gardes statiques du lundi au vendredi, entre 7h30 et 17h30.

Les gendarmes interviennent ponctuellement lors d'extractions hors agglomération lilloise.

2.3.2 Le personnel pénitentiaire

Tous les personnels de surveillance font partie de l'effectif du CP de Lille. Ils ont postulé volontairement pour venir prendre un poste à l'UHSI. C'est le chef d'établissement qui a fait le choix de retenir leur candidature. Il est indiqué aux contrôleurs le peu d'absentéisme constaté à l'UHSI.

L'équipe pénitentiaire est ainsi composée :

- un lieutenant femme ;
- un premier surveillant, adjoint ;
- cinq premiers surveillants de roulement dont une femme ;
- quinze surveillants dont un poste fixe dédié obligatoirement à une femme ; en effet, une présence féminine s'impose pour les fouilles des patientes.

Les personnels pénitentiaires assurent une permanence au poste de contrôle (PC) pénitentiaire 24h/24h, ainsi qu'une présence dans les différents couloirs assurée par quatre surveillants le matin (entre 6h45 et 13h), trois l'après-midi (entre 13h et 18h45) et deux la nuit (entre 18h45 et 6h45).

2.3.3 Le personnel de santé

Placée sous l'autorité d'un directeur délégué, chargé de la médecine en milieu pénitentiaire et de la psychiatrie, et d'un chef de pôle, l'équipe médicale et paramédicale est ainsi composée (ETP moyens en 2009):

- *équipe médicale* :
 - o un praticien hospitalier responsable du service (0,6 ETP) ;
 - o un praticien hospitalier, régulateur (1 ETP) ;
 - o un praticien hospitalier (1 ETP) ;
 - o deux internes (2x1 ETP) ;
 - o deux étudiants hospitaliers (2x0,5 ETP) ;
- *équipe paramédicale* :
 - o une cadre supérieure de santé (0,5 ETP) ;
 - o une cadre de santé (1 ETP) ;
 - o quatorze infirmier(e)s (13,4 ETP) ;
 - o quinze aides soignant(e)s (15 ETP) ;
 - o deux secrétaires médicales (1,8 ETP) ;
 - o six agents des services hospitaliers (5,8 ETP) ;
 - o une diététicienne (0,2 ETP) ;
 - o deux manipulateurs radio (0,6 ETP) ;
 - o un masseur kinésithérapeute (0,5 ETP) ;
 - o un pharmacien (0,1 ETP) ;
 - o un cadre gestionnaire (0,2 ETP).

En cas de besoin, il est fait appel à des équipes mobiles provenant d'autres services du CHRU :

- soins palliatifs ;
- périnatalité ;
- psychiatrie adulte ;

- psycho-oncologie⁴ ;
- équipe de psychiatrie et psychologie de liaison.

2.4 Les patients

Au moment de la visite des contrôleurs, onze patients étaient hospitalisés.

L'UHSI accueille :

- les hospitalisations programmées des établissements pénitentiaires de la région Nord-Pas-de-Calais ;
- les suites d'hospitalisation urgente lorsqu'elles dépassent 48 h ;
- les hospitalisations consécutives à une décision médicale de transfèrement d'un établissement public de santé vers l'UHSI ;
- les personnes détenues incarcérées au centre pénitentiaire de Lille et nécessitant une hospitalisation en soins de très courte durée, urgente ou programmée.

L'UHSI n'a jamais reçu de mineurs. Ceux-ci, venant de l'établissement pour mineurs (EPM) de Quiévrechain, sont hospitalisés à Valenciennes alors qu'ils pourraient être hospitalisés à l'UHSI comme le prévoient le protocole ainsi que l'arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des UHSI.

En 2009, la provenance des patients a été la suivante :

⁴ La psycho-oncologie a pour objet la prise en compte des dimensions psychologiques, psychiatriques, comportementales, familiales et sociales dans les pathologies cancéreuses

Etablissements	Nombre d'entrées	Durée cumulée d'hospitalisation (en jours) ⁵
MA de Lille-Sequedin	177 (31,3%)	1 231 (27,9%)
MA de Lille-Loos	117 (20,7%)	593 (13,4 %)
CD de Loos	100 (17,6%)	467 (10,6 %)
CP de Bapaume	43 (7,6%)	547 (12,4 %)
CP de Longuenesse	32 (5,6%)	540 (12,2 %)
CP de Maubeuge	27 (4,8%)	211 (4,8 %)
MA de Béthune	23 (4,1%)	370 (8,4 %)
MA de Douai	21 (3,7%)	193 (4,4 %)
MA de Valenciennes	18 (3,2%)	201 (4,6 %)
MA d'Arras	6 (1,0%)	55 (1,2 %)
MA d'Amiens ⁶	1 (0,1%)	6 (0,14 %)
MA de Dunkerque	0 (0%)	0 (0 %)
TOTAL	565	4 414 (100 %)

Il résulte de ce tableau que, la maison d'arrêt de Sequedin, celle de Loos et le centre de détention de Loos étant regroupés au sein d'un seul établissement (le centre pénitentiaire de Lille), ce dernier envoie à l'UHSI près de 70% de ses patients⁷. Les envois des neuf autres établissements (MA d'Amiens exclue) sont donc faibles (même si ces données doivent être naturellement rapprochées de la population pénale respective de ces établissements). La durée moyenne de séjour a été de sept jours. Une centaine de patients sont restés moins d'une journée, orientés vers le plateau technique pour des examens médicaux. 5 % des séjours ont eu une durée supérieure à vingt-et-un jours. Deux patients sont restés, l'un plus de cinq mois et demi (175 jours), l'autre près de six mois et demi (196 jours).

Les annulations d'hospitalisation à l'UHSI ont été de 145 (soit 20,4 % des hospitalisations envisagées), dont 105 au motif de « problèmes / détenus », c'est-à-dire de refus de la part des personnes détenues.

Selon les interlocuteurs des contrôleurs, la moitié de ces refus viendrait du fait que les patients ne sont prévenus qu'au dernier moment de leur départ vers l'UHSI. (cf. 3.1.2)

Le taux d'occupation des lits a été de 56 %. Selon un interlocuteur, si tous les détenus avaient accepté leur hospitalisation à l'UHSI, le taux d'occupation aurait été d'environ 67 %⁸.

⁵ Le pourcentage permet de comparer les établissements en termes d'occupation des lits de l'UHSI

⁶ La MA d'Amiens dépend de l'UHSI Pôle Parisien

⁷ Le chef d'établissement pénitentiaire précise que contrairement aux autres établissements pénitentiaires, le CP de Lille intègre dans le nombre d'hospitalisations celles de courte durée.

⁸ Calcul approximatif, prenant en compte la durée moyenne d'hospitalisation.

Les catégories majeures de diagnostic les plus fréquentes sont les suivantes :

Pathologies les plus fréquentes	Part de séjour qu'elles représentent
Affections de l'appareil circulatoire : Troubles vasculaires périphérique, hypertension artérielle	17 %
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles : Diabète, âge supérieur à 35 ans	11,5 %
Affections du tube digestif : Séjours comprenant une endoscopie digestive haute diagnostique sous anesthésie locale, en ambulatoire	11 %
Affections et traumatisme de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif : Fractures, entorses, luxations et dislocations de la jambe à l'exception de l'avant-pied, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	9 %
Affection de l'appareil respiratoire : Tuberculoses, bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans	8 %

Durant l'année 2009, neuf patients sont décédés à l'UHSI, dont un suicide, événement particulièrement dramatique.

3 L'ADMISSION ET L'ACCUEIL

3.1 L'admission

Plusieurs voies d'admission vers l'UHSI sont possibles : soit directement via les UCSA des établissements pénitentiaires de rattachement, soit à partir des urgences du CHRU de Lille, soit par transfert d'un autre établissement hospitalier. Les admissions déclenchées par les UCSA sont les plus fréquentes.

Les admissions ont lieu préférentiellement pendant la semaine. Il peut arriver qu'un patient soit admis le week-end, voire la nuit. Dans ce cas, il s'agit d'admissions via le service des urgences du CHRU.

La fiche technique 3 du protocole précise le rôle des différents professionnels au regard d'une admission à l'UHSI.

3.1.1. Procédure sanitaire

Lorsqu'une hospitalisation à l'UHSI est envisagée par le médecin d'une UCSA, ce dernier fait une demande d'admission. Il adresse alors un courrier au secrétariat de l'UHSI expliquant le contexte médical et/ou les examens souhaités. Il a également la possibilité de téléphoner directement au médecin chargé de la régulation des hospitalisations de l'UHSI.

Aucun formulaire de demande d'admission standardisée n'est connu des différents interlocuteurs contactés par les contrôleurs, y compris du secrétariat de l'UHSI⁹. Une UCSA a fourni aux contrôleurs une fiche de demande d'admission qui comprend le motif de la demande, le type de prise en charge souhaitée, les examens paracliniques demandés et une première proposition de date : mais ce document, signé du régulateur, n'est pas daté et n'a pas d'en-tête.

La demande d'hospitalisation est examinée par le médecin régulateur et la date d'hospitalisation est fixée en fonction de la planification des examens. Le secrétariat adresse alors au demandeur une convocation sous la forme d'une lettre type qui contient les coordonnées du patient (nom, prénom, date de naissance), l'UCSA destinataire, les types d'examens pratiqués et la date proposée. Il est demandé à l'UCSA d'en informer la direction de l'établissement pénitentiaire et de confirmer que la date proposée convient.

Cette procédure a été confirmée aux contrôleurs par les UCSA de Loos (centre de détention et maison d'arrêt), Bapaume et Longuenesse.

L'information du patient

Il n'existe pas de lettre ou de plaquette d'information type à remettre au patient¹⁰. Certaines UCSA jointes par les contrôleurs ont cité l'affichette plastifiée en format A3, élaborée en 2005, qui est affichée dans leurs locaux. Les explications données par le médecin de l'UCSA aux personnes détenues sont donc orales. Il est indiqué qu'au cours de cette information sont citées en priorité la restriction de l'usage du tabac et l'absence de promenade. Les équipes soignantes insistent sur la poursuite des visites des familles au sein de l'UHSI.

Le consentement aux soins des personnes détenues lors d'une hospitalisation ne fait pas l'objet d'une procédure standardisée. L'UCSA de Longuenesse a fait parvenir aux contrôleurs un formulaire de consentement aux soins, dans lequel la personne déclare accepter les soins qui lui seront dispensés (formulaire à compléter en fonction du type de soins).

Les refus d'hospitalisations

Les refus d'hospitalisation sont nombreux et surviennent soit en cours de consultation à l'UCSA lorsque la proposition en est faite au patient, soit au moment du départ de l'établissement pénitentiaire, soit à l'arrivée à l'UHSI.

Il n'y a pas de registre permettant la traçabilité des refus d'hospitalisation tenu par les UCSA et l'UHSI. Les motifs de refus ne sont donc pas référencés. Tous les intervenants interrogés s'accordent à dire qu'ils sont d'origine multifactorielle et citent le plus fréquemment : l'impossibilité de fumer, l'absence de promenade, pas de cantine alimentaire, pas de téléphone¹¹, la peur de l'hospitalisation et la peur de ne pas pouvoir recevoir de visites.

⁹ Le chef d'établissement précise qu'un formulaire de demande d'admission sera proposé au service médical local.

¹⁰ Egalement précisé par le chef d'établissement qu'un livret d'accueil à remettre au patient est en cours de finalisation.

¹¹ Le chef d'établissement indique que la société SAGI en relation avec les services techniques de l'hôpital est en phase de procéder à l'installation.

Certaines personnes seraient par ailleurs opposantes à toute proposition quelle qu'en soit la nature.

En principe, dans le cas d'un refus d'être hospitalisé, l'UCSA doit faire signer une déclaration de refus de soins au détenu puis l'adresser au médecin de l'UHSI. Il a été dit aux contrôleurs que l'UHSI ne recevait pratiquement jamais ces déclarations.

Lors de la commission locale de coordination du 21 avril, les participants ont évoqué la possibilité que l'annonce d'un départ vers l'UHSI puisse être faite au détenu en présence d'un personnel infirmier, celui-ci étant mieux à même de convaincre le détenu de l'intérêt de son hospitalisation. Cette pratique serait en usage à l'UHSI de Toulouse. En revanche, les représentants de l'administration pénitentiaire ont expliqué que des raisons de sécurité interdisaient d'annoncer au détenu son hospitalisation avant le jour même de l'extraction.

C'est donc, le plus souvent, à son arrivée que le patient prend connaissance des conditions de son hospitalisation. Il arrive qu'alors des détenus demandent à retourner en prison.

Deux motifs de refus ont fait l'objet de mesures correctrices initiées par l'UHSI de Lille. La première concerne l'interdiction de fumer qui a été levée en Janvier 2010 par dérogation. Un fumoir a été aménagé et il est possible de fumer quatre cigarettes par jour. De l'avis du chef de service médical, cette dérogation a sans doute amélioré la qualité de vie ressentie des patients dans le service mais en termes de nombre n'a apporté aucune augmentation des admissions. La deuxième mesure concerne la sensibilisation des UCSA sur la poursuite des visites des proches dans l'UHSI, souvent même, de l'avis du personnel pénitentiaire, dans des conditions plus souples qu'en établissement pénitentiaire.

La liaison UCSA- service pénitentiaire

Lorsque la convocation est transmise au secrétariat de l'UCSA, celui-ci en informe les services pénitentiaires par télécopie ou par téléphone ou encore par transmission du planning des mouvements prévus. Selon les UCSA contactées par les contrôleurs, un planning hebdomadaire des sorties prévues la semaine suivante est transmis selon un jour fixe (variable en fonction de l'UCSA) aux destinataires pénitentiaires. Il sera ensuite toujours transmis au chef de détention et/ou au secrétariat de direction, au greffe ainsi qu'au service des escortes. Certains services soignants peuvent également être destinataires comme le SMPR et ceux chargés des traitements de substitution.

Les services pénitentiaires organisent l'escorte et confirment ou infirment à l'UCSA le transfert du détenu vers l'UHSI, à la date programmée d'hospitalisation.

3.1.2 Procédure pénitentiaire

Les escortes depuis le CP de Lille¹² vers l'UHSI ou de retour de l'UHSI sont assurées par l'administration pénitentiaire. Il existe en effet un service d'escorte composé de personnels de l'administration affectés spécifiquement à cette mission. Pour les extractions d'ordre judiciaire, ce sont les forces de police et/ou de gendarmerie qui effectuent cette mission.

¹² Le centre pénitentiaire de Lille regroupe, outre la maison d'arrêt de Sequedin, le centre de détention de Loos, la maison d'arrêt de Loos comme indiqué supra, et le centre de semi liberté de Haubourdin.

Pour les autres établissements pénitentiaires du territoire de ressort de l'UHSI, les escortes sont assurées par les forces de police ou de gendarmerie.

Les procédures sont sensiblement identiques mais apparaissent plus souples pour les patients détenus au CP de Lille.

Certains patients ont dit aux contrôleurs qu'après avoir été informés, un temps de préparation d'une dizaine de minutes leur avait été consenti ; ils n'avaient eu le temps ni de ranger leurs effets personnels ni même de prendre une douche. Dans ces conditions, leurs affaires sont rangées par leur codétenu ou par des auxiliaires, et il n'est pas rare qu'à leur retour des effets aient disparu.¹³

En ce qui concerne le CP de Lille : Lorsque l'UCSA fait parvenir le planning de mouvements au service pénitentiaire, celui-ci le planifie en l'intégrant dans les mouvements déjà prévus. En effet, l'équipe d'escorte du CP de Lille accompagne les patients vers l'UHSI mais également tous ceux orientés vers les plateaux techniques et de consultations externes au CHRU. Aucun interlocuteur interrogé (secrétariat médical de l'UHSI, secrétariat de la maison d'arrêt et du centre de détention de Loos, personnel pénitentiaire de l'UHSI) n'a fait état d'annulation ou de déprogrammation d'une hospitalisation pour des problèmes de disponibilité d'escorte. Par ailleurs, le délai réglementaire de 48h nécessaire aux formalités de transferts peut être raccourci pour le CP de Lille, et certaines admissions et sorties peuvent être réalisées en 24h.

En ce qui concerne les autres UCSA, la procédure apparaît moins souple. Lorsque l'UCSA fait parvenir le planning de mouvements au service pénitentiaire, celui-ci contacte les forces de police ou de gendarmerie. Ces dernières doivent alors programmer le transfèrement. Il a été précisé aux contrôleurs que certaines hospitalisations prévues avaient été décalées faute de disponibilité d'escortes de police le jour prévu. L'organisation des escortes des services de police se serait dégradée depuis l'été 2009 selon certaines indications fournies aux contrôleurs.

Les personnels de santé n'interviennent pas dans les contacts entre les services pénitentiaires et les forces de police ou de gendarmerie. Il a été précisé aux contrôleurs que le délai de 48h nécessaire à l'organisation des transferts n'était pas compressible. Si l'absence de souplesse induite par le délai nécessaire aux transferts pour les patients détenus hors du CP de Lille n'entraîne pas de dysfonctionnement majeur - les hospitalisations dans l'UHSI étant par nature non urgentes et programmées -, il peut en revanche poser des difficultés lors de la sortie du patient (voir *infra*).

Le devenir du paquetage et de la cellule est un point important et variable selon l'établissement.

Le personnel pénitentiaire de l'UHSI interrogé ne sait pas ce qu'il advient du paquetage resté en détention et si le détenu retrouve la même cellule.

¹³ Le chef d'établissement indique que pour des raisons de sécurité, les détenus sont informés de leur départ à l'UHSI dès l'ouverture des portes des cellules à 7 heures pour un départ à 8 heures ; que ce délai est de nature à réunir les effets personnels nécessaires au séjour ; que pour le reste d'affaires, autant qu'elles puissent être distinguées de celles du co-détenu, sont mises en carton et déposées au vestiaire ; les denrées périssables sont laissées en cellule ou distribuées aux détenus indigents.

Ainsi, au centre de détention de Loos, la cellule peut être conservée au détenu si le service fournit un certificat médical attestant que l'hospitalisation durera moins de 48h. Dans ce cas, le patient retrouvera la cellule avec ses affaires personnelles. Ce cas de figure est cependant assez rare, les hospitalisations pour l'UHSI étant par définition supérieure à 48h. Si l'hospitalisation dure plus de 48h, le paquetage est réalisé par le service lingerie et entreposé dans celle-ci.

Au niveau de la maison d'arrêt de Loos, il a été précisé que le délai au delà duquel la cellule n'était plus réattribuée était d'une semaine. En l'absence de la personne détenue, le paquetage est effectué en cellule puis inventorié plus formellement au niveau du vestiaire par les personnels de surveillance. Il a été précisé aux contrôleurs que la situation était compliquée pour les personnes en cellule partagée. En effet, le ou les codétenus contribuent au paquetage et peuvent s'attribuer des effets et objets présents dans la cellule. Lors du retour de la personne hospitalisée, il est fréquent que la personne ne retrouve pas une partie de ses affaires. Aucun recours pour elle n'est possible en l'absence d'inventaire préalable de ses effets personnels. Il est indiqué que les produits frais sont, soit donnés au codétenu, soit jetés à la poubelle.

Lors de la réunion locale de coordination du 21 avril, la direction du centre pénitentiaire de Lille-Loos-Sequedin, a déclaré en présence du directeur de cabinet du préfet : « *les détenus sont informés dès la ronde d'ouverture du matin ; il leur est demandé s'ils souhaitent qu'on leur apporte des cartons pour emballer leurs effets, et on leur laisse tout le temps nécessaire pour faire leur toilette et emballer leurs affaires avant de les emmener à l'UHSI* ». Cette procédure n'est apparemment pas appliquée en l'absence d'instructions précises de la direction aux surveillants.

Il a été demandé à la direction du CP de fournir aux contrôleurs la ou les notes de service cadrant ce qui avait été déclaré en réunion de coordination. Celle-ci a transmis deux notes de l'administration pénitentiaire : « Harmonisation des procédures de surveillance des détenus hospitalisés en UHSI », en date du 5 août 2009, et « Fonctionnement des UHSI », en date du 3 mars 2010 ; aucune ne précisait la pratique professionnelle à adopter en cas de départ du détenu vers l'UHSI, en particulier concernant la protection de ses effets personnels¹⁴.

Les familles seraient informées de l'hospitalisation par les services des SPIP ou par les personnels pénitentiaires soit au départ de l'établissement, soit à l'arrivée à l'UHSI. Dans les courriers reçus par le CGLPL, beaucoup de familles témoignent du contraire.

3.2 L'accueil

3.2.1 Accueil par les services pénitentiaires

Le planning des arrivants est transmis par le secrétariat médical des UCSA, quotidiennement voire plusieurs fois par jour pour la semaine suivante.

¹⁴ Le chef d'établissement précise qu'une procédure de mise en sécurité des biens personnels des détenus avant leur départ en UHSI fera très prochainement l'objet d'une note d'information de la population pénale ; autant que de possible, il pourra être procédé à un inventaire des effets personnels du détenu hospitalisé.

Pour la semaine du 26 avril au 2 mai 2010 ; six personnes étaient attendues à 9h (une de la maison d'arrêt de Loos, cinq de la maison d'arrêt de Sequedin), le 27 avril trois (une de Sequedin, une de la MA de Loos, une du centre pénitentiaire de Maubeuge) ; le 28 avril, trois (une du CD de Loos, une du CP de Bapaume, un de la MA de Sequedin) ; le 29 avril, trois (deux du CD de Loos, une de la MA de Sequedin) ; et le 30 avril deux (provenant de la MA de Sequedin). Leurs hospitalisations étaient programmées pour une arrivée à l'UHSI à 9h du matin.

L'accueil par les services pénitentiaires se fait au niveau du sas d'entrée, après le franchissement du portique. Les services de police remettent le patient au personnel pénitentiaire contre signature valant prise en charge et repartent aussitôt.

Il a été précisé aux contrôleurs qu'il avait été demandé aux personnels d'escorte d'attendre le temps nécessaire au personnel pénitentiaire de s'assurer de l'accord du patient pour son hospitalisation. Dans le cas d'un refus, le médecin est alerté, se déplace et essaie de convaincre le patient de consentir à l'hospitalisation nécessaire à son état de santé. En effet, en cas de refus de dernière minute, la situation pouvait devenir délicate si les forces de police ou de gendarmerie étaient déjà reparties, la procédure de retour n'étant pas forcément immédiate.

Lorsque le patient est valide, il est introduit dans la salle d'attente du rez-de-chaussée où s'effectue la fouille intégrale. Comme il est indiqué, afin de préserver l'intimité lors de la fouille, un volet « artisanal » de cache de l'objectif de la caméra a été improvisé, afin que les images ne soient pas retransmises au poste de contrôle ; le store de la partie vitrée est descendu. Ce bricolage étant trop précaire, il ne peut garantir à lui seul l'intimité de la fouille des patients.

Le paquetage est vérifié et les objets interdits sont retirés. Le surplus de bagage est placé dans un petit local situé au rez-de-chaussée.

Une liste relative aux effets autorisés dans l'UHSI, élaborée par les services pénitentiaires, aurait été distribuée aux établissements mais n'a pu être fournie aux contrôleurs¹⁵. Il est arrivé il y a quelques années qu'un patient arrive avec plusieurs cartons représentant l'ensemble de ces affaires personnelles. Dans ce dernier cas, un local de réserve sanitaire avait été prêté.

La salle d'attente est trop exiguë pour accueillir un brancard. Aussi, les patients alités sont directement dirigés à l'étage des soins, par l'ascenseur.

Les moyens de contention sont enlevés au rez-de-chaussée ou à l'étage. L'officier responsable prend les mesures de sécurité en fonction du « profil pénitentiaire » du patient.

A l'étage, le patient est introduit dans un local aveugle muni d'une glace sans tain donnant sur le poste de contrôle et de sécurité. L'officier présent ou son représentant, procède aux formalités d'écrou (prise des empreintes..). Il fait signer à la personne détenue une feuille de situation dans laquelle figure son nom, son prénom, son numéro d'écrou, son établissement d'origine, l'existence de valeurs (argent, bijoux...), si le dossier pénal est fourni

¹⁵ Le chef d'établissement indique qu'une liste des effets autorisés à l'UHSI sera proposée à l'UCSA qui pourra la remettre au détenu à l'annonce d'une hospitalisation consentie.

et l'identifiant de l'escorte. Cette feuille de situation est également signée par le premier surveillant et le vaguemestre du CP de Lille.

L'officier responsable ou son représentant peut à cette occasion expliquer les grandes lignes des règles pénitentiaires qui s'appliquent à l'UHSI. Il n'y a pas de livret d'accueil. Le règlement intérieur n'est pas donné. Les personnels pénitentiaires ont attiré l'attention des contrôleurs sur le fait qu'ils disposaient du temps nécessaire pour accueillir le détenu dans de bonnes conditions et délivrer les informations indispensables.

Les patients du centre pénitentiaire de Loos arrivent tous ensemble dans le même fourgon.

Pour ces patients, les formalités d'écrou sont simplifiées et sont mises à jour via le logiciel GIDE car le numéro d'écrou n'est pas modifié et les patients font toujours partie de l'effectif du centre pénitentiaire de Lille. Le dossier pénal n'est pas systématiquement fourni. Les renseignements relatifs au statut pénal sont directement consultés par voie informatique.

Pour tout patient provenant d'un établissement pénitentiaire hors CP de Lille, l'officier responsable a reçu une décision d'affectation émanant de la direction interrégionale des services pénitentiaires de Lille.

Tous ces patients sont écroués à la MA de Sequedin. Cet écrou s'effectue par une simple opération informatique sur le logiciel GIDE après avoir joint téléphoniquement l'établissement dont les patients dépendent le temps de leur hospitalisation.

Le dossier pénal et les permis de visite sont rangés par l'officier ou son représentant (premier surveillant) dans un coffre-fort situé dans leur bureau. Le dossier pénal et les valeurs sont conservés au niveau de la MA de Sequedin. Ils seront récupérés par le vaguemestre, lors de son passage quotidien, le lendemain contre signature.

Les sommes d'argent peuvent être virées sur le compte bancaire du greffe du CP de Lille pour les patients ne provenant pas de celui-ci. En effet, il est possible de cantiner des objets de toilettes et du tabac.

Il est indiqué aux contrôleurs, qu'en cas d'insuffisance de ressources, l'administration pénitentiaire fournit à la personne, un nécessaire d'hygiène comprenant un tube de dentifrice, une mousse à raser, un gel douche, un shampoing. Le rasoir est systématiquement ôté de la trousse et remis au patient lors de la toilette en présence des infirmiers qui leur retirent après utilisation. Il est également fourni un change complet qui comprend une paire de tennis, un tee-shirt, un sweat-shirt, un jean, un slip, une serviette éponge et un gant de toilette. Il n'y a pas de reçu. Les vêtements sont laissés à la personne à la sortie. Il a été précisé que ce change était disponible en plusieurs tailles.

Le nécessaire d'hygiène que les contrôleurs ont pu voir n'est jamais distribué, selon le personnel de santé. C'est donc le CHRU qui fournit l'ensemble des nécessaires d'hygiène ce qui représente un coût supplémentaire pour l'hôpital. Il a été précisé aux contrôleurs que l'administration pénitentiaire n'avait à ce jour jamais distribué d'élément de trousseau mère-enfant. Le linge nécessaire est fourni par le personnel de santé (bavoires, grenouillères etc.)

Le patient est conduit dans sa chambre, accompagné d'un membre du personnel soignant et du surveillant mobile (voir *infra*). Il est effectué un état des lieux d'entrée par le personnel pénitentiaire. Ce dernier comprend des éléments relatifs à l'équipement de la

chambre (lit, matelas, télévision, télécommande, poste radio, table de nuit, fauteuil, placard), de l'état général des murs, du sol et de la fenêtre, de l'équipement de la salle de bains (brosse, rampe, essuie mains, poubelle, plafonnier, porte serviette, rampe d'appui). Le formulaire de l'état des lieux est émargé par le surveillant et le patient. Cette procédure est répétée à la sortie du patient.

3.2.2 Accueil médical

Le dossier médical fermé est directement confié au personnel de santé. Il a été indiqué aux contrôleurs que les dossiers médicaux des patients étaient tellement peu à jour que le médecin ne pouvait pas les gérer avec le logiciel de gestion administrative des malades (GAM) utilisé pour tout patient hospitalisé ; le numéro d'immatriculation manque et la carte vitale n'est pas jointe ; les droits à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ne sont pas indiqués, ni ceux concernant l'affectation longue durée (ALD).

A l'arrivée du patient, le médecin s'informe d'éléments de sa situation pénale : prévenu ou condamné et date de libération.

C'est le personnel de santé présent qui décide du numéro de la chambre dans laquelle séjournera le patient. Seule dérogation admise par le personnel de santé, s'il s'agit d'un détenu particulièrement signalé, nécessitant la présence d'une garde statique par une équipe régionale d'intervention et de sécurité (ERIS), le patient est installé dans une chambre voisine d'une chambre vide, où les membres de l'ERIS pourront s'installer.

Les chambres doubles ne sont utilisées que pour les femmes accompagnées d'enfants et exceptionnellement si l'effectif de l'UHSI est complet. Des petits lits d'enfants sont entreposés dans la buanderie.

En principe, un livret d'accueil est remis au patient à son arrivée. En réalité, il n'existe plus d'exemplaire, et le livret, qui date de 2005, n'a jamais été validé.

4 LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

4.1 L'organisation pénitentiaire

4.1.1 En journée

La plage horaire de jour s'étend de 7h à 19h. La prise de service des agents s'effectue 15 minutes avant.

Le fonctionnement de l'unité est harmonisé avec les horaires du personnel pénitentiaire.

Un surveillant dit surveillant d'aile est affecté dans chaque aile de l'unité de soins. Celui-ci assure la garde des patients détenus, accompagne les personnels de santé dans leur mission de soins (repas compris) autant de fois que nécessaire, assure la gestion du courrier, les fouilles des chambres, le contrôle du barreaudage des fenêtres. Lorsqu'il n'est pas dans l'aile, il stationne dans le poste de contrôle (PC).

L'appel du surveillant se fait dans la chambre du patient via un interphone directement relié au PC. Il existe également un interphone relié au PC à proximité immédiate de chaque porte dans le couloir de distribution des chambres.

Le système de fermeture des portes des chambres est conçu de manière à permettre à tout visiteur de fermer complètement la porte sans risque d'être enfermé à l'intérieur de la chambre. Le surveillant d'aile se tient à proximité et referme la porte à clef lorsque l'intervention est terminée. Il est indiqué par les soignants que le surveillant n'est jamais présent lors des soins.

Il est possible d'ouvrir jusqu'à trois portes en même temps par aile. En revanche, il est indiqué aux contrôleurs que si la chambre d'un détenu particulièrement signalé est ouverte aucune autre ouverture de porte n'est possible. Cette disposition particulière ne fait pas l'objet d'un écrit.

Un surveillant dit surveillant disponible assure la gestion du couloir central de l'unité. Il accompagne les patients dans les déplacements qui ont lieu dans l'unité.

Une surveillante dite poste fixe assure la fouille des femmes détenues, la prise de rendez-vous des parloirs en coordination avec l'équipe médicale, la surveillance des parloirs et les appels téléphoniques. Elle contrôle également les locaux via le système de vidéo surveillance interne. Lors des visites, elle accompagne et raccompagne les familles en coordination avec les forces de police du rez-de-chaussée. Elle travaille de 9h à 12h et de 13h à 17h10 et est stationnée au PC.

En cas d'évacuation d'urgence, le premier surveillant organise la sortie du patient en coordination avec les forces de l'ordre.

4.1.2 La nuit

L'effectif de nuit comprend deux surveillants et un premier surveillant. Les horaires de poste sont de 19h à 7h mais la prise de service se fait quinze minutes avant. Seul le premier surveillant détient les clefs.

Le dîner est servi à 18h ; tout est débarrassé à 18h30. A partir de 18h45 le régime de nuit est appliqué. Seule l'ouverture d'une porte à la fois est autorisée alors que jusqu'à 20h45 deux infirmières sont présentes pour assurer des soins. Lors des soins, la porte est ouverte par le premier surveillant assisté d'un surveillant. Tous deux se tiennent hors de la chambre, à proximité. Le second surveillant est alors posté au PC.

Il a également été précisé que pour les patients en fin de vie ou lors de la nécessité de soins médicaux permanents, la porte du patient pouvait rester ouverte en permanence.

Le personnel pénitentiaire prend ses repas dans le PC qui fait également office de salle de détente.

4.2 L'intervention de la police

A l'arrivée du patient, le rôle de la police se résume à contrôler l'escorte et ouvrir la porte. Les policiers n'ont pas de contact avec le patient.

Par ailleurs, la police assure les escortes et les gardes statiques.

Selon les termes du protocole, les forces de l'ordre doivent pouvoir assurer trois escortes le matin et trois escortes l'après-midi, chaque jour, du lundi au vendredi, entre 7h30 et 17h30.

A l'origine, l'effectif des forces de police était de quarante personnes pour assurer l'ensemble des missions. Au moment de la visite des contrôleurs, il n'est plus que de vingt-cinq, dont quatre sont absents pour raison de santé. Selon les indications données aux contrôleurs, entre juillet 2008 et juillet 2009, treize départs n'ont pas été remplacés ; il en résulte que l'équipe de police n'est pas en mesure d'assurer plus de deux escortes par jour avec ses propres effectifs ; les escortes supplémentaires se font sous réserve que le commissariat central soit en mesure de fournir des renforts.

Pour la semaine suivant la visite des contrôleurs, des escortes étaient déjà programmées : deux le mardi, trois le lundi et le mercredi et cinq le jeudi.

Lors de la commission locale de coordination du 21 avril 2010, la direction de l'hôpital a manifesté son inquiétude face aux difficultés de mobilisation d'escortes qui risquent de s'aggraver avec l'ouverture prochaine des établissements pénitentiaires d'Annoeullin puis de Vendin-le-Vieil.

Ainsi, il a été cité comme exemple aux contrôleurs les escortes de personnes hémodialysées dont le nombre avait fait obstacle à toute autre sortie de patients vers d'autres plateaux techniques alors que leurs soins avaient été programmés et ont dû être reportées.

Selon les informations données aux contrôleurs, sept sorties sur les plateaux ont été annulées au cours du premier trimestre 2010, aux motifs suivants : six pour « problèmes police et pénitentiaire », et une pour « problèmes / CHRU ».

Il a été expliqué aux contrôleurs que l'hospitalisation récente, à l'UHSI, pendant quelques jours, d'un détenu particulièrement signalé¹⁶ avait entraîné l'annulation de toutes les escortes sur décision unilatérale de la police durant la durée de son séjour, hors deux urgences. Les mouvements vers les plateaux techniques prévus pour les autres patients présents à l'UHSI avaient dû être reportés.

Lorsqu'une extraction d'urgence ne peut être assurée par la police, il est arrivé, exceptionnellement, que l'UHSI fasse appel au SAMU, qui emmène le patient sans escorte vers le service de réanimation. Un tel cas se produit environ une fois par an et doit être signifié par écrit.

Il peut se produire qu'un patient reste plusieurs heures, voire plusieurs jours, dans les services des autres hôpitaux. Il fait alors l'objet d'une garde assurée par la police. Selon sa dangerosité, la garde peut être « statique », c'est-à-dire permanente, ou « dynamique » avec des passages réguliers ; cette dernière méthode est en général appliquée lorsque le patient est une femme condamnée, dès lors qu'elle n'est pas particulièrement signalée. En cas de garde statique, des relèves sont faites toutes les quatre heures.

¹⁶ Le chef d'établissement indique que des dispositions relatives à la gestion des DPS seront de nouveau diffusées à l'UHSI.

En principe, la garde est réalisée dans le couloir, près de la porte du patient. Toutes les fenêtres des chambres du CHRU sont bridées.

Les policiers ont indiqué aux contrôleurs que, selon la dangerosité du patient et son état de santé, il arrivait qu'ils décident de le surveiller en stationnant dans sa chambre. Selon eux, certains patients leur demanderaient pour ne pas rester seul.

Par ailleurs, les contrôleurs ont reçu plusieurs témoignages de patients selon lesquels certains policiers assurant la garde statique de nuit s'installeraient dans le fauteuil de la chambre, regarderaient la télévision, utiliseraient des appareils électroniques – ordinateur, play-station – ou téléphoneraient, sans tenir compte de leur présence. Il a été signalé le cas où un policier s'était étendu sur le lit au côté d'un patient qui venait de subir une intervention chirurgicale.

Durant les escortes, la plupart du temps les patients qui ne sont pas sur un brancard sont menottés, les mains dans le dos. Un patient âgé a demandé qu'on lui passe les menottes devant, le fonctionnaire lui aurait répondu : « *c'est moi qui commande, je te mets les menottes comme je veux* ».

Les fonctionnaires de police ont présenté aux contrôleurs les chiffres suivants :

	Escortes			Gardes statiques		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Janvier		56	45		36	56
Février		30	40		40	49
Mars		37	41		22	32
Avril	44	59		24	64	
Mai	51	48		42	62	
Juin	35	47		37	37	
Juillet	45	55		29	40	

Ces chiffres ne révèlent pas une diminution des activités de la police en termes d'escorte et de garde statique. En revanche, à la lecture du registre de la police, les contrôleurs ont constaté une demande quasi quotidienne de renforts au commissariat central de Lille pour pouvoir assurer les escortes et les gardes statiques.

4.3 L'organisation des soins

Un planning affiché dans la salle des soins permet de programmer les examens à faire sur place en fonction des jours de présence des spécialistes des autres services hospitaliers qui se rendent à l'UHSI.

Les autres examens sont programmés sur l'ensemble des plateaux techniques des hôpitaux situés sur le complexe hospitalier. Implicitement, l'équipe médicale prend en compte les disponibilités de la police pour envisager les accompagnements vers les plateaux

techniques. En 2009, ces sorties ont concerné 483 consultations et 43 hospitalisations. Durant cette même période, 108 consultations ont été annulées (soit 22% du total des consultations).

Un certificat médical est fourni par le médecin lorsqu'un parloir doit se dérouler dans la chambre et lorsque la porte de cette dernière doit rester ouverte pour nécessité de soins.

Avec l'accord de la personne hospitalisée, le médecin peut communiquer à sa famille des éléments sur son état de santé.

Il peut également fournir tout certificat médical à la demande du patient.

Il a été indiqué aux contrôleurs, la préoccupation du médical face à un taux d'occupation faible des chambres, d'où deux projets en cours, l'un concernant la création de lits de soins palliatifs, l'autre, de lits de sevrage, en particulier concernant l'alcool. Indiqué également, le nombre de passages à l'UHSI, de moins d'une journée, uniquement pour faciliter la réalisation d'examens prescrits par les UCSA qui devraient plutôt orienter leurs patients vers les hôpitaux de proximité.

5 LA GESTION DE LA VIE QUOTIDIENNE

5.1 Le maintien des liens familiaux

5.1.1 Les visites

La procédure de contrôle appliquée pour les visites est identique à celle pratiquée dans les établissements pénitentiaires.

Les rendez-vous sont pris par téléphone par la surveillante du PC suivant un planning de créneaux de jour et d'heure : lundi, mardi et vendredi après midi – quatre tours d'une heure, le premier commençant à 14h, le mercredi toute la journée – trois tours le matin, le premier commençant à 9h et quatre tours l'après-midi, le samedi matin – trois tours.

Le nombre admis de visiteurs est de trois, auquel peut s'ajouter la présence d'un enfant en bas âge.

Les familles se présentent au guichet piéton tenu par la police, munies de leurs pièces d'identité. La vérification d'identité est faite par la police qui a reçu préalablement un listing des visiteurs du jour, dressé par la pénitencière.

Huit casiers de 20 cm sur 30 cm et vingt casiers de 10 cm sur 15 cm sont mis à leur disposition pour y placer les objets interdits dans les locaux. Les familles les ferment à clé et la conservent durant la visite.

Après être passées sous le portique de sécurité, les familles sont conduites par la surveillante en poste fixe, dans la salle d'attente du rez-de-chaussée avant d'être menées à l'étage. A l'issue du parloir, les familles seront reconduites dans cette salle jusqu'à ce que les fouilles à corps des patients soient terminées.

Les parloirs sont au nombre de deux, sans fenêtres. Si la dimension de chaque cabine est correcte, un petit muret sépare l'espace en deux parties distinctes. Sur l'un des deux murets est disposé un dispositif « hygiaphone » mobile dont il est indiqué aux contrôleurs qu'il n'a jamais servi.

Après la fouille par palpation effectuée par le surveillant responsable du contrôle de la chambre, le patient est placé d'un côté du muret dans l'attente de l'installation de l'autre côté, de ses visiteurs.

Il est indiqué aux contrôleurs que le temps d'une visite peut dépasser le temps prévu et qu'en cas de retard de la famille, cette dernière est autorisée à rentrer.

La fouille à corps du détenu après la visite s'effectue par le même surveillant, dans un petit local contigu, du côté parloir du patient.

Si le patient détenu est alité et dans l'impossibilité de se mouvoir, les visites peuvent avoir lieu dans les chambres.

Les familles peuvent apporter du linge et des livres brochés.

Lors de la visite des contrôleurs, le médecin a demandé à la surveillante de bien vouloir téléphoner à la famille d'un patient pour organiser une visite ; appelée, l'épouse du patient dit avoir perdu sa carte d'identité nationale ; il lui a été conseillé de se présenter à l'établissement avec le livret de famille et sa déclaration de perte ; la vérification serait complétée au regard du permis de visite sur lequel figure la photo d'identité ;

Lorsque le patient est en fin de vie, sa famille peut-être avec lui en permanence, jour et nuit.

Un visiteur se déplace une fois par semaine pour y rencontrer des patients.

Depuis le début avril, cinq patients ont reçu des visites. En mars, dix patients avaient eu des parloirs, quatre s'étaient déroulés dans leur chambre.

5.1.2 Le téléphone

L'accès au téléphone n'est pas autorisé. Le protocole indique que, dans des circonstances graves, des dérogations peuvent être envisagées par le personnel pénitentiaire.

Il serait prévu de doter à brève échéance chaque UHSI de cabines téléphoniques et d'installer dans chaque chambre une prise téléphonique pour les patients à mobilité réduite.

5.1.3 Le courrier¹⁷

Le vaguemestre de la maison d'arrêt de Sequedin vient récupérer le courrier chaque matin. Il dépose celui qui est arrivé. C'est lui qui assure le contrôle du courrier départ et arrivée.

Il est indiqué aux contrôleurs que les personnels pénitentiaires avertissent les familles par téléphone, aussitôt que le détenu est arrivé à l'UHSI, ce qui limite les réexpéditions de courriers du vaguemestre de leur établissement d'origine vers celui du centre pénitentiaire de Sequedin.

Un des patients présents a toutefois dit que depuis quinze jours qu'il était présent, il était sans nouvelles de sa famille alors qu'elle lui écrivait régulièrement, une fois par semaine, dans l'établissement d'où il venait.

¹⁷ Le chef d'établissement indique qu'aucune plainte, ni aucun incident relatif au courrier n'a été porté à la connaissance de l'administration pénitentiaire

5.2 Les règles de vie

5.2.1 La cantine

Le protocole relatif à l'hospitalisation des patients détenus dans l'UHSI de Lille indique que les personnes hospitalisées peuvent cantiner journaux, périodiques ou des livres, éventuellement du tabac.

La note d'organisation indique qu'il n'est pas possible de cantiner de la nourriture et du tabac.

Le jour de leur visite, il est indiqué aux contrôleurs que la cantine ne concerne que des produits d'hygiène corporelle, du matériel de correspondance et le tabac. Les patients ne peuvent pas cantiner de revues ou de journaux alors que le protocole le prévoit et que la demande des patients dans ce sens est unanime.

Les bons de cantines sont repris et les commandes livrées par le vaguemestre de la maison d'arrêt de Sequedin.

5.2.2 La possibilité de fumer

Le protocole précise l'interdiction de fumer dans les chambres, les salles de soins et les couloirs. Il est indiqué qu'un local « fumeurs » est mis à disposition pour les patients sauf avis médical contraire, que celui-ci est accessible après autorisation du responsable pénitentiaire et sous surveillance pénitentiaire.

La note d'organisation indique qu'il est interdit de fumer, dans une rubrique dénommée « fumoir », placée dans un paragraphe réservé aux activités. Il est également précisé dans la rubrique « accueil » qu'il doit être rappelé au patient l'interdiction de fumer.

Lors de la visite, contrairement aux UHSI visités jusqu'alors par les contrôleurs, celui de Lille autorise le patient à fumer quatre cigarettes par jour, deux le matin et deux l'après midi. Cette dérogation est jugée « *plus vivable* » pour des patients détenus privés déjà de promenade et de possibilité de cantiner la majeure partie des produits autorisés en détention.

Le droit de fumer est accordé dans une pièce dénommée fumoir, visible depuis le poste de contrôle au travers d'une vitre sans tain. Le patient est accompagné et surveillé dans ce dernier par un personnel de surveillance. Lors de la mise en place du fumoir, des tours collectifs étaient organisés par le personnel pénitentiaire, qui venait chercher les patients fumeurs dans leur chambre pour les accompagner dans le fumoir.

Il semble que suite au décret du 15 novembre 2006 où les fumoirs sont strictement définis, le fumoir ait été fermé, il serait à nouveau ouvert depuis trois mois. Lors de leur visite, les contrôleurs n'ont pas observé de patients en train de fumer dans cette pièce.¹⁸

Le tabac est commandé par le biais d'un bon de cantine.

5.2.3 La restauration

Trois repas sont distribués par des aides soignantes en présence du surveillant responsable des chambres ; le petit déjeuner est servi à 8h, le déjeuner à 12h et le souper à

¹⁸ Le chef d'établissement indique que le local fumeur a été remis à disposition des détenus le 17 novembre 2009.

18h. Une collation, café ou thé accompagné d'un gâteau sec est distribué vers 14h30. Il est indiqué par quelques patients que l'heure de la collation est située un peu trop tôt dans l'après-midi.

5.2.4 La discipline

Le règlement intérieur rappelle « *que le régime disciplinaire commun s'applique aux personnes hospitalisées. Si des manquements à la réglementation hospitalière sont constatés, le directeur de l'hôpital peut procéder à « une sortie disciplinaire » en fonction de l'état de santé et après avis médical.*

Si des manquements à la discipline pénitentiaire sont commis, un compte-rendu d'incident et une enquête avec audition de témoins si nécessaire sont effectués. La commission de discipline ne se réunit que lorsque le détenu a réintégré son établissement ».

Il est indiqué aux contrôleurs que depuis l'ouverture de l'UHSI, cinq procédures disciplinaires ont été engagées soit pour une détention de produits illicites, soit pour une casse de matériel (télévision projetée au sol, porte de la chambre endommagée)

5.3 Les activités

5.3.1 La promenade

Il n'existe pas de possibilité d'aller en promenade au sein de l'UHSI. Il a été indiqué aux contrôleurs que cette absence de promenade était un motif récurrent de refus d'hospitalisation.

Lors de la visite, les contrôleurs ont été informés que l'aménagement d'un espace de promenade avait été envisagé. Dans un premier temps, il avait été prévu de mettre en place un espace de promenade, dans le patio, que l'on voit depuis les chambres des patients. Cette idée a été abandonnée du fait des mesures de sécurité supplémentaires que cet aménagement aurait entraîné. Dans un second temps, il a été envisagé de construire une terrasse, ce projet a été également abandonné en raison du coût des travaux que cela aurait occasionné.

Les patients rencontrés ont exprimé leur regret de ne pouvoir sortir de temps à autre de leur chambre. La promenade étant également un lieu de socialisation, les patients sont le plus souvent laissés face à eux-mêmes, et en dehors des contacts avec les personnels soignants ou de la distribution des repas, ils sont isolés de nombreuses heures au cours de la journée, dans leur chambre.

Afin de remédier à l'absence de promenade et de toute activité physique des patients, certains soignants ont indiqué accompagner les patients pour quelques minutes de marche, dans les ailes, lorsqu'ils disposent du temps nécessaire. Il a été également indiqué aux contrôleurs que le kinésithérapeute faisait marcher les patients, sur prescription médicale de déambulation des médecins.

Fin 2009, une mission d'appui de la direction interrégionale des services pénitentiaires de Lille a conclu notamment à la nécessité de sectoriser les deux ailes des chambres par l'apposition de grilles aux extrémités des couloirs. Une telle modification permettrait de laisser les patients déambuler dans leur aile.

5.3.2 La bibliothèque

Sous l'impulsion des deux conseillers d'insertion et de probation, exerçant à l'UHSI et en partenariat avec l'association « Hors Cadre » qui intervient au centre pénitentiaire de Loos, une bibliothèque sommaire a été mise en place. Le fond de livres disponibles – 200 livres environ – a été constitué à partir de la convention passée avec la médiathèque de la métropole lilloise

Cette bibliothèque était initialement située face de l'ascenseur, sous surveillance immédiate du poste de contrôle. Le but était alors que les patients puissent avoir un accès libre aux livres, accompagné d'un personnel de surveillance qui leur aurait préalablement ouvert la porte de leur chambre.

Depuis, pour des raisons de sécurité, la bibliothèque a été déplacée dans un bureau médical servant à visionner les radios des patients. Le lieu n'est pas adapté et la bibliothèque est à l'abandon.

Il est toutefois dit aux contrôleurs qu'une liste de livres disponibles est consultable (quelques livres en anglais et un en langue turque) et qu'un bon d'emprunt serait remis à l'arrivée. Les livres demandés seraient portés en chambre.

Les contrôleurs ont récupéré des listes qui se trouvaient sur les étagères. Un préalable informe sur les modalités d'emprunt et signale que la bibliothèque est en accès libre. Il est question d'un « espace de lecture ». Sur quelques anciennes listes, les utilisateurs ont porté des commentaires. L'un des patients a entouré la mention « accès libre » en y ajoutant « mensonge ».

Un patient rencontré, a indiqué ne pas avoir été informée de l'existence d'une bibliothèque et ne pas avoir reçu de bon d'emprunt à son arrivée.

5.3.3 Les autres activités

Une seule activité d'ordre thérapeutique, d'une durée d'une heure, de 13h à 14h, a été menée par deux infirmiers durant la période 2007-2008. Il s'agissait de regrouper trois patients volontaires autour de jeux de société pour « *répondre à une diversification des soins et permettre de rompre l'isolement ressenti de certains patients* ». L'activité se déroulait dans le local du fumoir actuel.

Les contrôleurs n'ont pas pu voir les jeux de société dont l'existence est mentionnée dans le règlement intérieur.

Ce règlement indique également qu'en l'absence de centre scolaire, les patients ont la possibilité d'avoir des contacts avec le personnel local d'enseignement qui leur donne toute information nécessaire – cours par correspondance – inscription aux examens - ; toutefois, aucun protocole d'intervention des enseignants du CP de Lille n'a été élaboré ; cet alinéa du règlement intérieur n'est pas observé.

5.4 Le suivi social et d'insertion du patient

Les assistantes sociales du CRHU présentes pour l'examen des situations des personnes hospitalisées n'interviennent pas à l'UHSI. Deux conseillers d'insertion et de probation (CIP)

sont présents, en général le vendredi après-midi. Le partenariat entre les deux services est inexistant.

Si, avant l'ouverture de l'UHSI, un travail préparatoire avec le SPIP avait été entrepris pour définir son intervention, il n'existe pas de note de service permettant de la cadrer et de s'y référer.

Dans le protocole, il n'est pas indiqué dans le paragraphe dédié au rôle des personnels des services pénitentiaires celui relatif au SPIP.

Il n'a pu être fourni aux contrôleurs de bilan de l'intervention du SPIP au sein de l'UHSI.

Il n'existe pas d'accueil des patients par le SPIP. Ceux provenant du centre pénitentiaire de Lille continuent leur suivi avec le CIP, référent dans cet établissement. Pour ceux provenant d'autres établissements, il est préconisé, sans qu'une formalisation écrite n'ait été faite, d'éviter d'adresser le dossier social au moment du transfert du détenu. En effet, les hospitalisations de courte durée ne nécessitent pas une prise en charge par les CIP de l'UHSI et les allées et retours des dossiers compliquent le traitement des situations et n'apportent aucune valeur ajoutée dans le suivi.

Il est indiqué aux contrôleurs que les collaborations entre les CIP et les médecins dans l'intérêt du patient sont aisées.

5.5 L'aménagement de peines

Le protocole précise qu'avant l'hospitalisation, le directeur de l'établissement pénitentiaire doit s'assurer de l'absence de rendez vous judiciaire prévu dans les huit jours à venir. Les audiences programmées en vue d'un aménagement de peines font partie de ces rendez-vous.

Concernant les patients pour lesquelles le pronostic vital est engagé, il a été indiqué aux contrôleurs que les délais des expertises médicales étaient un obstacle à l'obtention d'une suspension de peine.

Par ailleurs, **la difficulté de trouver une solution de sortie aux patients en fin de vie demeure la problématique la plus courante.** En effet, les patients détenus font souvent l'objet de condamnations lourdes, d'un isolement social et d'une détresse financière difficilement compatibles avec la mise en place d'un projet de retour dans leur famille. Les rares structures qui soient en mesure de recevoir ces patients ne peuvent pas garder une place inoccupée en attendant l'aboutissement de la procédure.

Entre janvier 2008 et mai 2010 il y a eu quatorze demandes d'aménagement de peine :

- De janvier 2008 à mars 2009, **six demandes d'aménagement de peine ont été déposées.**

Parmi elles, seule une libération conditionnelle a été accordée.

Les autres demandes n'ont pas abouti : un patient n'a pas souhaité poursuivre sa demande d'aménagement de peine et quatre patients sont décédés avant que le magistrat n'ait fixé de date d'audience. Sur ces quatre patients, deux n'avaient pas de solution d'accueil à leur sortie.

- De mars 2009 à mai 2010, **huit demandes d'aménagement de peine ont été déposées, deux libérations conditionnelles et six suspensions de peine.** Concernant

les deux demandes de libération conditionnelle, l'une a été accordée, l'autre a fait l'objet d'un désistement par le patient, car la date de sa libération était trop proche. **S'agissant des six demandes de suspension de peine, quatre audiences ont été planifiées ; un patient est décédé un mois avant l'audience et les trois autres demandes ont été accordées par le juge de l'application des peines (JAP) ; le parquet a fait appel sur l'une des trois décisions, le patient concerné est décédé trois semaines après.**

Il apparaît que depuis mars 2009, les délais d'audiencement ainsi que les délais d'expertise soient plus courts, un mois en moyenne entre la date de la demande et la date du jugement. Il a été indiqué aux contrôleurs que le travail de sensibilisation auprès des magistrats, sur les spécificités de l'UHSI, notamment au travers des rencontres régulières entre le SPIP et eux, pouvait être à l'origine de cette évolution.

Une partie du personnel a exprimé son inquiétude au sujet de la création d'une unité de soins palliatifs qui pourrait alors venir diminuer l'accès déjà difficile des patients détenus aux mesures de suspension de peines.

Il a été indiqué aux contrôleurs que d'autres mesures que celle de la suspension de peines pouvaient être envisagées, telles que des demandes de libérations conditionnelles avec un projet médical de sortie à la clef, ou la pause de bracelet électronique sous réserve d'un hébergement compatible.

5.6 L'accès aux droits

5.6.1 Les avocats

Les parloirs avocats sont planifiés les mardis et jeudis après-midi.

Le juge de l'application des peines a organisé au sein de l'UHSI, à trois reprises, les audiences de détenus, en présence de leurs avocats.

5.6.2 Le droit à l'information

Comme il a été indiqué, la télévision est gratuite durant toute la durée de l'hospitalisation. Le coût est pris en charge par l'administration pénitentiaire.

Un poste de radio peut être prêté sur demande du patient.

Deux abonnements à des hebdomadaires ont été résiliés faute de crédits.

Les patients ont indiqué aux contrôleurs qu'ils regrettaient que des revues ne soient pas mises à leurs dispositions.

5.6.3 Le droit de culte

Un aumônier catholique rend visite à tous les patients les mardis après-midi, dès lors que ces derniers souhaitent le rencontrer : « *Ici, je suis là pour tous, je rencontre des catholiques mais aussi des musulmans, qu'importe leur religion* ».

Il lui est arrivé à plusieurs reprises d'accompagner les personnes en fin de vie.

L'aumônier rend des services lorsque cela lui est possible. Dernièrement, un patient venant du centre pénitentiaire de Lille n'avait pas ses lunettes. Il a mis une quinzaine de jours pour les récupérer.

6 LE RETOUR VERS L'ETABLISSEMENT D'ORIGINE

6.1 Aspect pénitentiaire

Le planning des sortants est communiqué chaque semaine et réactualisé chaque jour par le secrétariat de l'UHSI. Le patient est informé au dernier moment de son retour même si le médecin lui a confirmé la fin des examens ou du traitement.

L'officier pénitentiaire contacte le service des escortes et le vagemestre du CP de Lille si la personne détenue relève de ce dernier. Si la personne relève d'un autre établissement pénitentiaire, sont contactés : la direction interrégionale pour obtenir la décision de transfèrement, et, à la levée d'écrou, le vagemestre et les services de police ou de gendarmerie pour organiser l'escorte de retour.

Les forces de l'ordre disposent d'un délai de 48 heures pour mettre à disposition l'escorte nécessaire à la sortie d'un patient lorsque celui-ci ne relève pas du CP de Lille. Ce délai qui ne paraît pas compressible est à l'origine de tensions chez la personne détenue qui souhaite réintégrer son établissement pénitentiaire d'origine au plus vite, avec ou contre avis médical. En effet, il est parfois très difficile pour le patient de comprendre que l'équipe médicale et le personnel pénitentiaire sur place ne maîtrisent pas les délais d'attente.

Pour les patients relevant du centre pénitentiaire de Lille, il a été précisé que les escortes étaient plus réactives et qu'elles pouvaient venir chercher le patient dans la journée si nécessaire.

Le dossier pénal et les valeurs sont acheminés par le vagemestre du CP de Lille puis restitués au responsable pénitentiaire de l'UHSI ou son représentant. Ce dernier les remet au service des escortes contre la fiche d'entrée initiale visée pour la sortie. Cette procédure ne concerne que les patients provenant d'un établissement pénitentiaire hors CP de Lille.

6.2 Aspect médical

Lorsqu'un patient retourne dans son établissement pénitentiaire, il lui est remis un courrier sous pli fermé destiné au médecin de l'UCSA.

Parallèlement, ce courrier est envoyé directement par télécopie à l'UCSA. Celle-ci est informée du retour du détenu au moins quarante-huit heures avant le jour du transfert. Si le patient doit suivre un traitement comportant des médicaments dont le médecin sait qu'ils risquent de ne pas être tout de suite disponibles à l'UCSA, il lui est remis l'équivalent de quelques jours de traitement, en particulier lorsqu'il quitte l'UHSI à la veille d'un week-end.

7 LES RELATIONS INSTITUTIONNELLES ET PROFESSIONNELLES ENTRE LES DIFFERENTES EQUIPES INTERVENANTES

Le rapport de la mission d'appui pénitentiaire effectuée le 30 septembre 2009, indique dans sa conclusion : « *l'organisation de réunions de coordination que nous avons proposé de mettre en place (...) pouvant faciliter la pluridisciplinarité et le partenariat, sont fondamentales pour le bon fonctionnement de la structure* ».

Au jour de la visite des contrôleurs, la mise en place de réunion locale de coordination n'est pas encore réalisée entre les trois intervenants - police, pénitentiaire, médical. Il n'a pas été constaté par les contrôleurs un grand empressement à le faire.

Selon les informations fournies aux contrôleurs, l'équipe médicale vient de sortir d'un conflit relationnel important en interne et avec l'équipe pénitentiaire. Elle a été complètement renouvelée à l'automne 2009. Un nouveau cadre de santé a pris ses fonctions en août 2009.

Les contrôleurs ont constaté que les relations entre les trois partenaires étaient plutôt bonnes. Le personnel pénitentiaire respecte la confidentialité des soins médicaux, même si la fréquentation permanente des malades et des équipes médicales les amène à acquérir une connaissance relativement précise de l'état de santé des patients.

En l'absence de salle de détente pour les personnels pénitentiaires, le poste de contrôle joue cette fonction. Il est indiqué aux contrôleurs que la dénomination de poste de contrôle est mal appropriée. Lors de la pause du midi, des infirmiers rejoignent les surveillants au PC pour un moment de convivialité. Deux fauteuils dans un état déplorable d'usure y sont installés, ce qui donne un aspect sinistré au lieu¹⁹. Une machine à café et un four à micro-ondes permettent aux personnels de se restaurer substantiellement, en particulier lors des services de nuit.

8 LES RELATIONS PERSONNELS ET PATIENTS DETENUS

Tous les personnels pénitentiaires s'adressent aux patients en employant « Monsieur ou Madame ».

Plusieurs intervenants ont témoigné que les personnels pénitentiaires considéraient les détenus avant tout comme des malades. Un surveillant a indiqué de son côté : « *j'ai découvert ce que pouvait être mon métier* ».

Il est indiqué par les personnels de surveillance la difficulté personnelle rencontrée dans leur travail : « *nous étions préparés à la violence verbale et physique des détenus en établissement pénitentiaire, nous n'étions pas préparés à la violence de la mort* ».

Les patients ont tous indiqué être satisfaits de leurs soins : « *ici on prend le temps de nous expliquer notre état de santé* ».

¹⁹ Le chef d'établissement précise que depuis la visite des contrôleurs, deux fauteuils ont été achetés pour le poste de contrôle

Un patient s'est plaint aux contrôleurs de la manière dont il avait été traité par le médecin qui le suivait dans l'établissement où il était incarcéré. C'est une fois hospitalisé qu'il lui a été annoncé la pathologie grave dont il souffrait ; *« j'aurais aimé un peu plus de considération du médecin lorsque j'étais incarcéré à (...), j'étais en droit de savoir »*.

CONCLUSIONS

A l'issue de leur visite, les contrôleurs formulent les observations suivantes :

Observation 1 : L'UHSI présente des défauts de conception architecturale auxquels il conviendrait de remédier :

- passage d'un brancard difficile dans les zones de circulation, en particulier à l'entrée de l'établissement ;
- absence de local spécifique dédié à la fouille aménagé afin de respecter l'intimité du patient détenu ;
- pas de parloirs familles sans dispositif de séparation ;
- pas d'espace extérieur de promenade permettant éventuellement de fumer ;
- aucun espace d'activités ;
- aucun panneau indicateur dans l'enceinte du complexe hospitalier.
-

Observation 2 : Des procédures doivent être définies pour améliorer l'information et la prise en charge du patient détenu sur les modalités d'hospitalisation ; elles doivent permettre de réduire le nombre de refus d'hospitalisation :

- le règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire doit comporter une information sur le règlement en UHSI ;
- un livret d'accueil doit être fourni au patient par l'UCSA dès l'annonce de l'hospitalisation ; sa conception doit être pluridisciplinaire ; le livret doit indiquer clairement toutes les modalités et les interdictions liées au séjour ; une liste des objets interdits doit y figurer ;
- le recueil du consentement aux soins doit être formalisé et appliqué dans les structures de soins (UCSA, UHSI, chambres sécurisées) ;
- une procédure pénitentiaire relative à l'hospitalisation d'un détenu doit être élaborée ; elle doit indiquer précisément les responsabilités et tâches respectives pour l'annonce d'un transfert vers l'UHSI et pour la protection des biens personnels du détenu.
-

Observation 3 : La qualité du séjour doit être améliorée :

- La possibilité de téléphoner est un droit qu'il importe de respecter
- mettre à disposition des revues et des jeux ; créer un espace de bibliothèque ; prévoir une possibilité de regroupement de quelques patients leur permettant de jouer ensemble à des jeux de société ;
- fournir un nécessaire d'hygiène ;
- décaler l'heure de la collation vers 16 heures ;

- en cas d'hospitalisation longue, organiser avec l'Education nationale la poursuite des cours scolaires entrepris dans l'établissement pénitentiaire.

-

Observation 4 : Les justificatifs de la couverture sociale du patient (immatriculation sociale, CMUC, ALD) doivent faire partie du dossier médical transmis par l'UCSA.

Observation 5 : L'aménagement de peines en libération conditionnelle ou la mesure de suspension de peines doit être privilégié dès lors que la pathologie décelée engage le pronostic vital ; lorsque des soins palliatifs de fin de vie sont prescrits, ils doivent être dispensés en homme libre.

La difficulté de trouver une solution d'hébergement pour une sortie aux détenus malades demeure la problématique la plus courante. Les rares structures qui soient en mesure de recevoir ces patients ne peuvent pas garder une place inoccupée en attendant l'aboutissement d'une procédure d'aménagement de peines souvent trop longue. Les patients détenus font parfois l'objet de condamnations lourdes, d'un isolement social et d'une détresse financière difficilement compatibles avec la mise en place d'un projet de retour dans leur famille ; la pose d'un bracelet électronique n'est jamais envisagée pour eux.

Il serait souhaitable que l'assistante sociale hospitalière intervienne en UHSI pour les patients détenus au même titre qu'elle le fait pour les autres patients hospitalisés ; la recherche de structures médicales adaptées en serait facilitée ; le SPIP – qui n'est mentionné dans aucun document applicable à l'UHSI – serait associé à cette recherche et constituerait le dossier d'aménagement de peines.

Table des matières

1	Les conditions de la visite	2
2	Présentation de l'établissement	2
2.1	Implantation	3
2.2	Description	3
2.3	Le personnel	5
2.3.1	La police.....	5
2.3.2	Le personnel pénitentiaire.....	6
2.3.3	Le personnel de santé	6
2.4	Les patients	7
3	L'admission et l'accueil.....	9
3.1	L'admission	9
3.2	L'accueil.....	13
3.2.1	Accueil par les services pénitentiaires.....	13
3.2.2	Accueil médical.....	16
4	La prise en charge des patients.....	16
4.1	L'organisation pénitentiaire	16
4.1.1	En journée.....	16
4.1.2	La nuit.....	17
4.2	L'intervention de la police	17
4.3	L'organisation des soins	19
5	La gestion de la vie quotidienne	20
5.1	Le maintien des liens familiaux.....	20
5.1.1	Les visites.....	20
5.1.2	Le téléphone	21
5.1.3	Le courrier	21
5.2	Les règles de vie.....	22
5.2.1	La cantine.....	22
5.2.2	La possibilité de fumer	22
5.2.3	La restauration	22
5.2.4	La discipline	23
5.3	Les activités.....	23

5.3.1	La promenade	23
5.3.2	La bibliothèque.....	24
5.3.3	Les autres activités.....	24
5.4	Le suivi social et d’insertion du patient.....	24
5.5	L’aménagement de peines	25
5.6	L’accès aux droits	26
5.6.1	Les avocats	26
5.6.2	Le droit à l’information	26
5.6.3	Le droit de culte.....	26
6	Le retour vers l’établissement d’origine.....	27
6.1	Aspect pénitentiaire.....	27
6.2	Aspect médical	27
7	Les relations institutionnelles et professionnelles entre les différentes équipes intervenantes	28
8	les relations personnels et patients détenus	28