



**Unité hospitalière
spécialement aménagée**

**Paul Guiraud
de**

**Villejuif
(Val de Marne)**

14-17 avril 2014

Contrôleurs :

Dominique LEGRAND, chef de mission

Jean COSTIL

Christian HUCHON

Grégoire KORGANOV

Félix MASINI

Akram TAHBOUB

Dorothee THOUMYRE.

En application de la loi du 30 octobre 2007 instituant le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, sept contrôleurs ont effectué une visite inopinée de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif, du 14 au 17 avril 2014.

1 LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs se sont présentés aux portes de l'UHSA, située au sein du groupe hospitalier Paul Guiraud, 54 avenue de la République à Villejuif (Val de Marne), le lundi 14 avril à 14h30. Ils ont été reçus par le major, adjoint au capitaine responsable pénitentiaire de la structure. En l'absence du médecin chef de pôle, le praticien hospitalier assumant la responsabilité de l'UHSA a été avisé.

Une réunion de présentation s'est tenue, en présence de deux praticiens hospitaliers, dont le responsable ci-dessus évoqué, du major pénitentiaire et des deux cadres de santé.

Une rencontre a eu lieu le lendemain avec le secrétaire général représentant le directeur du groupe Paul Guiraud et deux directrices adjointes.

Les contrôleurs ont pu circuler aisément au sein de l'établissement et s'entretenir librement tant avec les personnels qu'avec les personnes privées de liberté, tous avisés par voie d'affichage de la possibilité de solliciter un entretien confidentiel. Les contrôleurs ont pu avoir une conversation téléphonique avec le médecin chef de pôle la semaine suivant le contrôle.

Le directeur de cabinet du Préfet du Val-de-Marne, le président et le procureur de la République près le tribunal de grande instance de Créteil ont été informés de la visite.

Les contrôleurs ont quitté les lieux le jeudi 17 avril 2014 à 18h 30 après une dernière réunion avec les responsables administratifs, hospitaliers et pénitentiaires rencontrés en début de visite.

Le 19 mai 2015, le rapport de constat a été adressé au directeur de l'établissement, qui y a répondu par courrier daté du 23 juin 2015 ; le présent rapport tient compte de ses observations.

2 PRÉSENTATION DU SITE HOSPITALIER

2.1 Le groupe hospitalier spécialisé Paul Guiraud

Le groupe hospitalier Paul Guiraud (GHPG), établissement public de santé, fêtait ses 130 années d'existence au moment du contrôle. Ouvert en avril 1884 en tant qu'asile-hospice annexe de l'hôpital Sainte-Anne, il a acquis son autonomie l'année suivante, passant de l'accueil de quelques dizaines de femmes, chroniques et calmes, à celui de trois cents patients, femmes et hommes atteints de pathologies diverses¹.

Au moment du contrôle, l'établissement couvre treize secteurs de psychiatrie générale pour adultes, dont six dans le département du Val-de-Marne (94) et sept dans les Hauts-de-Seine (92), représentant au total un peu plus de 920 000 habitants ; il dispose de deux hôpitaux, l'un à Villejuif (94) et l'autre à Clamart (92) et de cinquante-cinq structures extrahospitalières.

Un pôle spécifique supplémentaire rassemble les activités liées aux personnes placées sous main de justice dont relèvent notamment les différentes structures rattachées au centre pénitentiaire de Fresnes : unités psychiatriques de consultation des trois divisions hommes et de la maison d'arrêt des femmes, unité psychiatrique d'hospitalisation², quartier pour peines aménagées, unité de psychiatrie de liaison, centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), consultations externes spécialisées à l'égard des personnes sous main de justice. L'UHSA est rattaché à ce pôle.

Le groupe hospitalier Paul Guiraud Villejuif est situé à proximité du centre ville, en zone résidentielle. L'entrée s'effectue par l'avenue de la République qui conduit de la nationale sept à L'Hay-les-roses. L'établissement est régulièrement desservi par le métro (ligne 7 dont le terminus se situe à quelques trois cents mètres de l'entrée). Les bus 131 (en provenance de Paris place d'Italie) et 172 (Bourg la Reine-Créteil) disposent également d'un arrêt devant l'hôpital.

La capacité d'accueil totale du GHPG est de 863 places. L'établissement compte une unité pour malades difficiles (UMD)³ ; il propose également aux personnes hospitalisées en psychiatrie des soins de médecine générale et spécialisée⁴.

¹ Le site internet de l'établissement ouvre accès à un rapport rédigé en 1909 par le docteur Marcel Briand, premier médecin chef de l'asile-hospice ; il relate son arrivée dans les lieux, accompagné des premières malades, ainsi que les dix premières années d'existence de l'hôpital, émaillant son récit de descriptions cliniques.

² L'UPH de Fresnes, qui dispose de trente quatre places de psychiatrie générale, accueille aussi des personnes détenues en provenance d'autres établissements pénitentiaires (maisons d'arrêts de Villepinte et Bois d'Arcy, centre de détention de Meaux, maison centrale de Poissy). Compte tenu de l'ouverture de l'UHSA, la structure est appelée à devenir centre de jour.

³ Contrôlée en septembre 2012.

⁴ Cardiologie, dermatologie, endocrinologie, gynécologie, dentiste, ophtalmologie, ORL.

L'UHSA a été bâtie en bordure d'emprise, sur un terrain de 8500m²⁵, côté nord-ouest, à proximité immédiate de l'UMD, dont elle est séparée par un mur mitoyen qu'il est prévu de végétaliser.

2.2 L'UHSA

2.2.1 Conditions d'ouverture et de fonctionnement

L'UHSA de Villejuif est le cinquième établissement du dispositif créé par la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002, destiné à prendre en charge, avec ou sans leur consentement, 700 personnes détenues souffrant de troubles mentaux dans un cadre médicalement adapté et sécurisé⁶.

Selon les renseignements communiqués, le GHPG s'est porté candidat dès 2005 ; cette candidature est apparue naturelle dans la mesure où l'établissement est hôpital de rattachement du SMPR de la maison d'arrêt de Fresnes. Le chef du pôle « personnes placées sous main de justice », chef de service du SMPR de Fresnes, forte d'une longue expérience tant en UMD qu'en milieu pénitentiaire, s'est fortement impliquée dans le projet. Des groupes de travail mixtes (personnels administratifs, médicaux et pénitentiaires) se sont constitués, tirant parti, au fur et à mesure de leur ouverture, de l'expérience des autres UHSA.

La capacité d'accueil a fait l'objet de discussions : pour un bassin comptant plus de 13 000 personnes incarcérées, quatre-vingt places paraissaient indispensables, sous réserve de la construction d'une autre UHSA en Ile-de-France. Les administrations concernées ont finalement convenu d'un projet limité à soixante places, hommes et femmes.

La conception a été confiée à une agence d'architectes – l'atelier Hall et Idasiak – qui avait à son actif plusieurs constructions hospitalières. Les travaux ont débuté en septembre 2011 et le recrutement des personnels courant 2012.

En concertation avec les préfetures et les parquets, des réunions d'information ont été organisées en direction des établissements pénitentiaires et hospitaliers d'Ile-de-France et tout particulièrement avec l'hôpital Sainte-Anne, plate-forme d'orientation. Une rencontre avec le voisinage immédiat a permis de lever quelques appréhensions.

Le bâtiment a finalement été livré en mars 2013. Le coût s'est monté à 16,7 millions d'euros, dont 2,7 à la charge de l'administration pénitentiaire.

La commission départementale de sécurité a donné un avis favorable le 29 mars 2013.

⁵ L'UHSA représente environ 20% de la superficie totale de l'hôpital.

⁶ La première UHSA a ouvert à Lyon en mai 2010, deux autres ont suivi en 2012, à Nancy et Toulouse ; une quatrième, située à proximité d'Orléans (Fleury les Aubrais), a accueilli son premier patient en mars 2013, un mois avant Villejuif. Depuis lors, deux autres UHSA ont ouvert, à Rennes et Seclin (Lille).

La convention constitutive a été signée le 2 avril 2013 entre le préfet de la région Ile de France, préfet de Paris, le préfet de police, les préfets du Val-de-Marne, des Yvelines, de l'Essonne, des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis, du Val-d'Oise, le directeur général de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France, le directeur interrégional des services pénitentiaires de Paris Ile-de-France, le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation du Val-de-Marne, la directrice territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse du Val-de-Marne, le directeur du centre pénitentiaire de Fresnes et le directeur du groupe hospitalier Paul-Guiraud.

L'habilitation vise les personnes détenues hommes et femmes, souffrant de troubles psychiatriques nécessitant une hospitalisation avec ou sans consentement ainsi que les mineurs détenus « dès l'âge de 16 ans, par exception au principe pénitentiaire de séparation des personnes détenues majeures et mineures ».

Le ressort territorial est celui de la direction interrégionale des services pénitentiaires de Paris ; au moment du contrôle, il concernait potentiellement près de 14 000 personnes incarcérées à :

- maisons d'arrêt de Bois-d'Arcy et Versailles (Yvelines), Fleury-Mérogis (Essonne), Nanterre (Hauts-de-Seine), Osny (Val-d'Oise), La Santé (Paris), et Villepinte (Seine-Saint-Denis) ;
- centre de détention de Melun (Seine-et-Marne) ;
- maison centrale de Poissy (Yvelines) ;
- centre pénitentiaire de Fresnes (Val-de-Marne), Meaux-Chauconin et Sud-Francilien (Seine-et-Marne) ;
- établissement pénitentiaire pour mineur de Porcheville (Yvelines) ;
- centres de semi-liberté de Corbeil (Essonne), Gagny (Seine-Saint-Denis), Melun (Seine-et-Marne) et Villejuif (Val-de-Marne) ;
- établissement public national de santé de Fresnes.

Les premiers patients ont été accueillis à l'unité 1 le 25 avril 2013.

La deuxième unité a ouvert le 2 décembre 2013 ; l'ouverture de la troisième est prévue pour le 14 mai 2014.

Le 10 mars 2014, une visite de l'agence régionale de santé (ARS) a conclu à la conformité de la zone d'hospitalisation aux dispositions prévues par le cahier des charges visé par l'article 2 de l'arrêté du 11 février 2011.

2.2.2 Les bâtiments

Le bâtiment est d'aspect moderne, la façade principale se compose de plusieurs panneaux de couleurs variées (beige, vert, marron). L'ensemble est bien entretenu.

Bien que ceints d'un mur circulaire blanc de cinq mètres de hauteur entouré d'un chemin de ronde intérieur, lui même clos d'un grillage, les locaux n'évoquent pas d'emblée un lieu pénitentiaire malgré des caractéristiques de sécurité évidentes (nature des portes, présence de caméras). Il n'y a pas de mirador.

2.2.2.1 La zone pénitentiaire

A. L'accès à l'établissement

L'établissement comporte deux accès ; l'un, par la rue de Verdun, est réservé à l'entrée des véhicules pénitentiaires, de police, de pompiers et des ambulances se rendant exclusivement à l'UHSA. L'autre, permet un accès aux piétons et véhicules de particuliers, tant visiteurs que personnels. Ce dernier est accessible depuis l'entrée principale du groupe hospitalier ; on y aboutit en empruntant une route interne à l'hôpital sur une distance d'à peine cinq cents mètres. Vingt-six places de parking sont disponibles dont deux réservées aux personnes à mobilité réduite. Un portail électrique, avec interphone relié à la porte d'entrée principale (PEP), contrôle l'accès ; entre 6h et 20h, ce portail est toutefois tenu ouvert.

Le poste de la PEP se trouve à l'interface de ces deux entrées. Celui-ci offre vue vers l'extérieur par une large paroi vitrée dotée d'un film sans tain, peu occultant, permettant aux personnes qui se présentent de percevoir leur interlocuteur pénitentiaire. Trois surveillants pénitentiaires sont affectés à l'entrée. Durant la présence des contrôleurs, il a pu être observé qu'à plusieurs reprises dans la journée le nombre de surveillants pénitentiaires dans cet espace pouvait atteindre quatre ou cinq personnes.

Après avoir remis ses papiers d'identité à travers un passe document et explicité le motif de sa venue, le visiteur pénètre dans un premier hall d'une surface de 32 m². Sur la droite, cinquante six casiers sont destinés à recevoir les objets interdits à l'intérieur de l'UHSA. De ce même côté, juste après les casiers, une porte commandée par la PEP permet un accès, à l'étage, aux vestiaires des personnels. Ils sont communs aux personnels pénitentiaires et médicaux, hommes et femmes. Sur ce niveau se trouvent également des espaces sanitaires, des chambres de veille ainsi que le bureau du capitaine, responsable de la structure.

Les visiteurs et les personnels qui pénètrent dans l'enceinte de la structure sont invités à se soumettre au contrôle d'un portique de détection de masses métalliques. Les objets susceptibles de déclencher la sonnerie du portique sont contrôlés à l'aide d'un tunnel de sécurité à rayons X.

Un détecteur manuel est éventuellement utilisé par l'agent en poste si le passage sous le portique provoque de façon répétée le déclenchement du signal de détection d'une masse métallique. Des chaussons de protection sont mis à disposition des personnes qui seraient contraintes de retirer leurs chaussures.

Aux personnels affectés à l'UHSA, pénitentiaires et médicaux, il est remis à l'issue de ces contrôles, par un passe document, un appareil DETC (appareil de radiocommunication doté d'un dispositif d'alarme) et un trousseau de clefs. La composition des trousseaux de clefs est de nature différente selon l'appartenance administrative des personnels. La fréquence de communication des appareils DETC n'est pas la même pour les personnels pénitentiaires et médicaux. Ils offrent par contre le même dispositif d'alarme.

Toutes les entrées et les sorties de l'établissement sont notées sur un registre administratif, alors même que les autorisations nominatives d'accès font l'objet d'une diffusion informatique.

L'accès des véhicules s'effectue par un sas qui comporte un dispositif de contrôle par vidéosurveillance permettant notamment de visualiser le dessous des véhicules. Les contrôles des entrées et sorties sont effectués par l'agent "SAS".

Le poste PEP, d'une superficie de 28 m², est équipé de moniteurs vidéo qui réceptionnent les images captées par soixante-huit caméras permettant une surveillance à distance du périmètre de l'établissement, de la zone pénitentiaire interne de la structure, des locaux de l'unité médicale. A noter que les espaces médicaux ne font pas l'objet d'une surveillance systématique, en effet, les caméras ne sont activées dans ces zones qu'à partir du déclenchement d'une alarme.

Les personnes ayant satisfait aux contrôles d'entrée sont admises dans un deuxième hall de 42 m².

Sur la droite se trouvent le bureau du major, adjoint au responsable de la structure, puis le couloir d'accès à la zone des parloirs (Cf. § 2.2.10.1 pour la description de cette zone). Sur la gauche une porte commandée par le poste PEP donne accès aux secteurs administratifs et de soins.

B. La sécurité périmétrique et la surveillance

L'UHSA est entourée d'un mur en béton de cinq mètres de hauteur. A l'intérieur de l'enceinte, un chemin de ronde est matérialisé, séparé lui même des bâtiments par un grillage d'une hauteur de quatre mètres.

L'UHSA n'est pas dotée de mirador ni de dispositif anti hélicoptères.

Les portes de circulations internes à la zone pénitentiaire sont commandées à distance. Chaque ouverture de porte est précédée d'un contrôle visuel de la personne, par vidéo. Pour la zone médicale, la vidéosurveillance s'exerce sur les portes d'accès et les couloirs de circulation qui relie chaque unité aux lieux d'activités partagées.

Des alarmes murales "coup de poing" ont été installées dans l'ensemble de la structure.

2.2.2.2 La zone mixte

La zone mixte est constituée de quatre entités : le secteur administratif dédié à l'administration pénitentiaire, à l'assistante sociale et au cadre supérieur de santé, les parloirs et salles d'audience, l'antenne greffe et les locaux techniques.

En dehors de la zone des parloirs, dont il a été dit plus haut qu'on y accédait par un couloir situé à la droite du second hall d'entrée, on accède aux autres secteurs en empruntant une porte située à gauche, au fond de ce hall.

Ce couloir dessert, à droite :

- l'antenne du greffe : d'une superficie de 13 m², le local comprend trois fauteuils, un bureau, une armoire basse, un ordinateur, une imprimante, un fax, un téléphone ;
- la salle d'attente arrivant : d'une superficie de 4 m², la pièce, équipée d'une chaise, est aveugle, aux colorations murales grises, fermée par une porte dotée d'une lucarne ronde vitrée ;
- le local de fouille : accessible par une porte pleine, il occupe une superficie de 5 m² ; il est équipé d'une chaise, d'un tapis, de deux patères, d'un lavabo, d'un distributeur de savon, d'un essuie-mains papier, d'une poubelle ;
- la bagagerie : d'une superficie de 24 m², elle est équipée d'étagères sur lesquelles sont posées des boîtes en plastique contenant les effets et objets destinés à la personne arrivante ou ceux qui ne sont pas autorisés en détention ;
- le bureau du premier surveillant.

A gauche, on trouve respectivement :

- un local logistique ;
- le bureau des escortes.

Au bout de ce couloir, sur la droite se trouve le PCC ; sur la gauche une porte donne accès au secteur administratif regroupant les pièces suivantes :

- le bureau du chef de pôle ;
- le bureau du cadre administratif de pôle ;
- le bureau du cadre supérieur de santé ;
- le secrétariat ;
- le bureau de l'assistante sociale ;
- une salle de réunion ;
- diverses salles et dépôts réservés à l'entretien ;
- une salle de repos pour les personnels, équipée de plusieurs placards de rangement, d'un plan de travail et d'un évier avec eau chaude et froide, d'un réfrigérateur, d'un four, d'un four à micro-ondes, d'une cafetière, d'une poubelle, de quatre tables de 0,80 x 0,80m, de huit chaises, de vaisselle ; depuis cette salle, une porte donne sur un jardinet équipé de mobilier d'extérieur ; une caméra surveille cet endroit.
- des toilettes.

Au bout du couloir, une porte permet l'accès aux unités de soins.

2.2.2.3 La zone de soins et d'hébergement

A. Descriptif général

L'UHSA compte trois zones de soins dont les caractéristiques architecturales sont identiques :

- le secteur 1, situé au rez-de-chaussée, reçoit les arrivants ;
- le secteur 2, situé au premier étage, accueille les personnes en voie de stabilisation ;
- le secteur 3, également au premier étage, face au secteur 2, est conçu pour recevoir les personnes en fin d'hospitalisation ; il n'était pas encore en service au moment du contrôle.

On trouve, dans chaque secteur, les éléments suivants :

- vingt chambres, dont cinq, dites « thérapeutiques » et consacrées à l'isolement ou à l'apaisement, à l'unité 1 et deux à l'unité 2 ;
- une salle de bain de 13,50 m² comprenant une baignoire, une douche à l'italienne, un lavabo, un sèche-mains électrique ;
- quatre bureaux médicaux de 11 m² ;
- une salle de détente des personnels de 12 m² ;
- une salle de télévision et d'activités dont les surfaces varient de 63 à 85m² ;
- une salle à manger dont les surfaces varient de 40 à 55m² ;
- une salle de soins de 17 m² ;
- un bureau infirmier de 18 m² ;
- des toilettes, et des locaux techniques.

Chaque secteur, ou unité, dispose d'une cour de promenade, décrite plus loin.

B. Les chambres

Les chambres, toutes individuelles, sont identiques dans toutes les unités de soins. Leur superficie est de 15 m². L'équipement en est le suivant :

- une table mobile, de 0,70 x 0,50 m ;
- une chaise à coque plastique ;
- une lit métallique fixé au sol 1,90 x 0,90 m, d'une hauteur d'assise de 0,70 m ;
- un matelas d'une épaisseur de 13 cm.

Le seul interrupteur de la chambre se situe à gauche en entrant dans la pièce ; il commande les lampes situées au plafond. Deux prises de courant sont disponibles. Un câblage est prévu permettant de recevoir un téléviseur, dont la chambre n'est pas dotée.

Les sols sont couverts d'un revêtement plastique dont le coloris diffère selon les chambres ; les murs sont peints de différentes couleurs, dans des tons pastel.

La fenêtre, 0,96m x 1,40m, permet un éclairage naturel satisfaisant ; elle ne peut être ouverte qu'à l'aide d'une clef spéciale détenue par les personnels soignants. Un volet roulant permet d'occulter les fenêtres ; il est commandé électriquement par un bouton situé à l'extérieur de la chambre. L'éclairage intérieur des chambres et des salles de bains peut être actionné par les personnels soignants depuis le couloir.

Un bouton d'appel est placé à la tête du lit ; il est relié aux postes de travail des personnels soignants.

Chaque chambre dispose d'une salle d'eau de 3,80 m², équipée d'un lavabo fixé au mur, disposant de l'eau froide ; un miroir de 0,40m x 0,40m le surplombe. La salle d'eau comporte également une cuvette de WC à l'anglaise, une douche à l'italienne et deux patères. Une porte permet de fermer cet espace, sans clef.

La porte d'entrée de la chambre, large d'un mètre, dispose d'un hublot de 30 cm de diamètre, elle ferme à clef seulement depuis l'extérieur.

Un placard intégré dans un des murs mesure 2 m de hauteur sur 0,60m de largeur et 0,50m de profondeur ; il dispose de trois étagères et d'une serrure.

Un dispositif incendie est fixé au plafond.

Les plafonds sont à une hauteur de 3,50 m du sol.

Les chambres thérapeutiques sont sensiblement identiques, excepté les éléments suivants :

- elles ne disposent d'aucun mobilier autre que le lit ;
- dans la salle d'eau un équipement compact en inox comprenant, les WC et le lavabo est fixé au mur ;
- une entrée supplémentaire donne accès direct à la salle de bain depuis l'extérieur.

Des éléments supplémentaires seront précisés plus loin (2.2.8.3.B).

C. Les salles de télévision et d'activité

Chaque unité dispose d'une salle dont les équipements sont identiques ; seuls les coloris et les surfaces varient.

A l'unité 1, la surface de la salle est de 85 m², celle de l'unité 2 est de 78 m² et celle de l'unité 3 de 63 m².

A titre d'exemple, la salle du secteur 2 comprend les éléments suivants :

- deux tables de 0,80m x 1,20m ;
- huit chaises ;
- douze fauteuils blanc et rouge ;
- quatre canapés de deux places, blanc et rouge ;
- un baby foot ;
- une armoire haute et une basse, contenant des jeux de société ;
- un téléviseur à écran plat de 1,20m, protégé par une vitre.

Le sol est recouvert d'un revêtement plastique moiré gris/marron, les murs sont peints en vert pastel et gris clair.

L'éclairage naturel est très satisfaisant grâce à six mètres linéaire de fenêtre sur 1,50m de hauteur. Les fenêtres peuvent s'ouvrir à l'aide d'une clef spécifique détenue par les soignants ; elles sont équipées de rideaux occultant électriques.

L'ensemble est neuf, propre, d'apparence conviviale.

D. Les salles à manger

Comme pour les salles d'activité, les équipements sont identiques dans les trois secteurs, seuls les surfaces et les coloris varient.

Au secteur 1 la surface est de 48 m², au secteur 2 de 55 m² et au secteur 3 de 40 m².

A titre d'exemple la salle du secteur 2 comprend les éléments suivants :

- quatre tables de quatre et quatre tables de deux personnes ;
- vingt-quatre chaises ;
- un buffet de rangement.

La salle bénéficie d'un très bon éclairage naturel grâce à des fenêtres donnant sur l'extérieur ; elles sont équipées de rideaux d'occultation électriques ; elles ne peuvent être ouvertes que par une clef spéciale détenue par les soignants.

Le sol est couvert d'un revêtement plastique moiré gris/marron, les murs sont peints en vert pastel et gris clair.

L'ensemble est agréable et d'une propreté irréprochable. L'espace est correctement insonorisé.

E. Les cours de promenade

Selon les renseignements recueillis, la conception des cours a donné lieu à de délicates négociations entre l'administration pénitentiaire – soucieuse de sécurité – et les responsables médicaux – désireux d'offrir aux patients un cadre agréable et apaisant à l'air libre. L'idée a finalement été retenue d'une cour par unité, sans concertina, goudronnée et paysagée en son centre (gazon et arbustes).

Les cours des unités une et deux sont mitoyennes et forment ensemble un demi cercle séparé par un mur en lattes de bois de quatre mètres de hauteur, en ligne brisée. La clôture, arrondie, est constituée de plaques de tôle claire percée de petits trous et barrées par des ferrures arrondies horizontales tous les 0,25 m. Le haut de la clôture est incliné à 45° vers l'intérieur. Il ne se trouve ni barbelés ni concertina.

Un bac de béton dont le haut est recouvert d'une grille fait office de cendrier, à l'entrée.

Les cours ne disposent ni de banc ni d'un quelconque équipement. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'une commande de sièges avait été passée. Un abri est situé au centre. Un auvent métallique d'environ 15 m², porté par trois piliers en métal, comporte un allume cigarette électrique (la plupart du temps défectueux, comme l'ont constaté les contrôleurs).

Une caméra permet une surveillance ; elle n'est activée qu'en cas de déclenchement d'une alarme. Le personnel soignant est toujours présent dans la cour lors de sorties des patients.

Les cours sont fermées par un grillage de quatre mètres de hauteur.

2.2.3 Les personnels de santé

2.2.3.1 Recrutement et formation

Le recrutement a été effectué par le médecin chef de pôle et le cadre supérieur de santé. Il est indiqué que les personnels soignants ont été recrutés sur la base du volontariat, en toute connaissance de cause : travail en douze heures, auprès de patients détenus, possiblement porteurs de pathologies lourdes, dans un cadre contraint par des règles pénitentiaires. Des fiches ont été élaborées pour l'ensemble des postes.

Les personnels viennent d'horizons variés et ne disposaient pas nécessairement d'une expérience en milieu pénitentiaire ni même en psychiatrie. La présence de personnels jeunes et dépourvus d'idées préconçues est affirmée comme une source d'enrichissement dès lors que la motivation est présente.

Les deux cadres de santé disposaient, pour leur part, d'une expérience en UMD.

En pratique, après avoir envisagé une répartition des patients en fonction de la nature et de la lourdeur de leur pathologie, il a été décidé de fonctionner selon un passage obligé en unité d'admission 1, suivi d'une affectation en unité 2 puis 3 selon l'évolution de l'état du patient, de sorte que quelques soignants qui espéraient travailler auprès de patients plutôt dépressifs œuvrent en fait auprès de patients psychotiques pour lesquels ils semblent se sentir moins bien armés. Ce constat, exprimé comme une déception, n'a pas semblé entamer la conscience professionnelle avec laquelle les personnels exercent leur mission.

Chaque équipe a bénéficié d'un fonctionnement « à blanc » pendant près de deux semaines avant l'arrivée des premiers patients, ce temps étant mis à profit pour des formations et simulations. La plupart des soignants (infirmiers et aides-soignants) ont ainsi bénéficié des formations suivantes :

- psychopathologie et troubles psychiatriques chez la personne détenue (deux jours) ;
- criminologie et clinique (passage à l'acte, récidive, soins obligés ; une journée) ;
- criminologie et aspects juridiques (rôle des différents magistrats, parcours pénal, droit des mineurs ; une journée) ;
- la crise suicidaire chez la personne détenue (une demi-journée).

Certains se sont rendus à Fresnes « pour bien comprendre la réalité carcérale et les contraintes de l'endroit où les patients devaient retourner ».

Des formations communes ont été dispensées aux personnels soignants et pénitentiaires ; elles sont évoquées plus loin (Cf. §2.2.4.4).

Lors de l'ouverture de la deuxième unité, en décembre 2013, la moitié des personnels soignants de l'unité 1 y a été affectée, servant de « tuteur » aux personnels nouvellement recrutés, affectés par moitié dans chacune des deux unités. Une nouvelle période de formation a été ouverte.

Les équipes sont décrites par les médecins et les cadres comme dynamiques, investies, professionnelles. Les congés maladie sont peu nombreux ; seuls trois départs sont intervenus depuis l'ouverture.

2.2.3.2 Les effectifs médicaux

Outre le médecin chef de pôle, régulièrement présente au sein de l'UHSA, la structure compte quatre praticiens hospitaliers, deux dans chaque unité. Au moment du contrôle, l'un des médecins de l'unité 2 était absent depuis plusieurs mois suite à un accident. Le troisième médecin prévu pour l'ouverture de l'unité 3 n'avait pas encore été recruté.

L'UHSA accueille également deux internes, un par unité, durant les six mois que dure leur stage. Ils sont présents dans la journée et ne participent pas aux astreintes. A l'exception de la rédaction des certificats médicaux prévus par la loi du 5 juillet 2011, ils effectuent l'ensemble des actes médicaux relevant de leur spécialité dès lors que le praticien hospitalier les y autorise.

Un médecin somaticien attaché au pôle de médecine générale du GHPG assure une présence quotidienne ; il sera présent toute la journée lorsque la troisième unité sera ouverte.

2.2.3.3 Les effectifs paramédicaux.

L'UHSA compte :

- un cadre supérieur de santé ; en charge de l'ensemble du pôle, il a ses bureaux dans la zone administrative de l'UHSA ;
- deux cadres de santé, soit un par unité (un troisième est recruté pour l'unité 3) ;
- deux secrétaires administratives se partagent le travail, par patients (et non par unité) ; la secrétaire reçoit les demandes d'admission, gère la tenue des dossiers administratifs et s'assure notamment du respect des délais de rédaction des certificats médicaux obligatoires ; en lien avec le bureau des admissions, elle transmet au cadre de santé les décisions préfectorales et de justice, aux fins de notification ;
- huit agents de service hospitalier (ASH) soit quatre ETP par unités, assurent le « bio-nettoyage (linge et locaux) ; les ASH assurent une présence entre 7h et 20h ;
- vingt ETP d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) assurent les soins quotidiens au sein de chaque unité ; ils travaillent en équipes dédiées, quatorze en équipes de jour et six en équipes de nuit ; les équipes des deux unités ouvertes étaient au complet au moment du contrôle ; l'équipe de l'unité 3 devait prendre ses fonctions le 5 mai 2014, pour une prise en charge des patients le 14 mai ;

- huit aides-soignants (AS) interviennent aux côtés des IDE dans chaque unité, cinq en équipe de jour et trois en équipe de nuit ; comme pour les IDE, les deux unités ouvertes au moment du contrôle étaient au complet ; celle de l'unité 3 allait pareillement prendre ses fonctions le 5 mai ;
- une assistante sociale travaillant à temps plein, pour l'ensemble de l'UHSA ;
- trois psychologues représentant deux ETP, présentes depuis le 2 janvier 2014, soit quelques jours après l'ouverture de l'unité 2 ; elles ont vocation à n'intervenir que dans les unités 2 et 3 ;
- deux ergothérapeutes, représentant 1,5 ETP, intervenant dans les unités 2 (et 3) ;
- une psychomotricienne à temps plein intervient également dans les unités 2 (et 3) et, de manière plus exceptionnelle, en unité 1 ;
- pour les transports, l'UHSA fait appel au pôle ambulance du GHPG ; une ambulance est spécialement dédiée à l'UHSA ; les cadres de santé décrivent un service « très efficace et très disponible ».

2.2.3.4 L'organisation

Les cadres de santé assurent une présence quotidienne de 9h à 18h ; de 17h à 18h, la permanence est assurée par l'ensemble des cadres de l'hôpital ; au-delà, le relais est pris par le bureau d'accueil et d'orientation (BAO) du GHPG.

Les médecins psychiatres assurent une permanence médicale de 9h à 18h30 environ en semaine, outre un passage le samedi matin.

La nuit et le week-end, une astreinte à domicile est assurée à tour de rôle par l'ensemble des médecins psychiatres du pôle.

La présence soignante est organisée en service de douze heures ; les équipes de jour – cinq personnes au moins dont au moins trois IDE – interviennent majoritairement de 8h à 20h et les équipes de nuit – trois personnes dont au moins une IDE – de 20h à 8h. Le relais s'effectue par le biais d'un soignant qui, dans chaque équipe, intervient de manière décalée, de 7h à 19h et de 19h à 7h. Ainsi, le passage des consignes générales s'effectue, le matin, entre 7h et 8h et, le soir, entre 19h et 20h, les transmissions ciblées s'opérant à 8h et 20h, lorsque l'équipe est au complet.

Les transmissions de l'équipe soignante au médecin s'effectuent quotidiennement, après le staff matinal.

La permanence des soins somatiques est assurée, en journée, par le médecin somaticien attaché à l'UHSA et, le soir et le week-end, par l'astreinte organisée au niveau de l'ensemble du GHPG.

2.2.3.5 Les réunions institutionnelles

Un staff médical est organisé chaque matin, rassemblant médecins et cadres de santé ; il porte essentiellement sur les questions d'organisation et de fonctionnement général.

Cette réunion est suivie d'une rencontre avec le capitaine ou le major pénitentiaire à propos, notamment, des mouvements de la journée. C'est aussi l'occasion d'évoquer les règles de sécurité, d'analyser les incidents et les suites données. Ce dialogue est nécessaire entre des professionnels aux objectifs distincts et aux cultures parfois opposées. A ainsi été cité le cas de la découverte de produits stupéfiants qui, aux yeux des personnels pénitentiaires devait nécessairement donner lieu à une procédure d'incident et une information du parquet quand, pour les soignants, une telle attitude s'apparentait à une dénonciation contraire à l'éthique.

Une fois par semaine, une réunion clinique a lieu au sein de chaque unité, rassemblant médecins et soignants de l'unité, cadres des deux unités⁷ et, à l'unité 2, psychologues, ergothérapeutes, psychomotricienne ; le cas de chaque patient y est étudié.

La supervision prévue dans le projet médical initial n'était pas encore organisée au moment du contrôle ; il a été indiqué que le budget était prévu et que sa mise en place était proche. Dans le même ordre d'idée, la cadre supérieure de santé envisage de mettre à profit la « pause institutionnelle » de 13h-15h pour questionner les pratiques.

Une fois par semestre, une rencontre est organisée avec tous les médecins du pôle ; on y évoque des questions d'organisation mais aussi des situations particulières et des questions éthiques.

2.2.4 Le personnel pénitentiaire

2.2.4.1 Le recrutement et la formation

A l'exception de l'officier responsable de la structure, recruté en CAP (commission administrative paritaire) nationale, les personnels sont tous issus du centre pénitentiaire de Fresnes. Un appel à candidature a été diffusé, n'entrant pas dans le détail des missions. Au vu des renseignements recueillis, chacun avait toutefois compris qu'il s'agissait de missions armées et d'une population pénale « spéciale », dont la prise en charge s'effectuerait en lien avec une équipe médicale. Les candidats ont été reçus par un jury composé du directeur et d'un officier du CP de Fresnes, d'un officier des ERIS (équipes régionales d'intervention et de sécurité) et d'une psychologue de la direction interrégionale de l'administration pénitentiaire.

L'équipe est jeune ; il a été indiqué que le plus ancien avait dix ans d'ancienneté, deux autres deux ans, et les autres moins d'un an ; près du tiers avait été recruté comme stagiaire. Selon le major, le jeune âge ne constitue pas un obstacle. Les absences sont dites « négligeables ». Les ponctions opérées par le CP de Fresnes conduisent à quelques heures supplémentaires, évaluées à « dix à vingt heures par agent, au plus ».

Les formations ont été dispensées avant l'affectation, par petits groupes (dix à douze) mêlant personnels pénitentiaires de l'UHSA et de l'UHSI de la Salpêtrière. Effectuées sous le contrôle des ERIS, elles ont essentiellement porté sur les aspects sécuritaires (contrôle des

⁷ Si chaque cadre est affecté à une unité spécifique, tous deux participent aux réunions cliniques organisées chaque semaine au sein de chaque unité, de sorte que chacun connaît l'ensemble des patients et peut, si besoin, intervenir efficacement dans les deux unités.

bagages, tir, maniement des bâtons télescopiques de protection, techniques d'intervention et d'escorte). Certains candidats n'ont pas validé cette formation et n'ont pas été retenus. Ceux qui ont passé ce cap ont été affectés en mars 2013, trois semaines avant l'arrivée des premiers patients. D'autres formations ont ensuite mélangé personnels pénitentiaire et médical, il en sera reparlé plus loin (Cf. §2.2.4.4).

Au moment du contrôle, la majorité des personnes présentes l'était déjà lors de l'ouverture. Trois premiers surveillant décrits comme particulièrement motivés et compétents ainsi qu'un surveillant avaient obtenu une mutation souhaitée de longue date. Deux surveillants avaient regagné le centre pénitentiaire de Fresnes suite à des difficultés personnelles rejaillissant sur le service.

Auprès des contrôleurs, les agents ont évoqué leur intérêt pour des missions « à responsabilité », cette responsabilité étant manifestement liée au maintien de la sécurité avec port d'arme ; ils ont aussi comparé avec la difficulté et l'aspect peu gratifiant du travail en coursive : « en prison on est des grooms, il n'y a pas de dialogue, que des prises de bec ; ici c'est moins stressant ».

Selon le major, l'équipe s'avère, dans une très large majorité, compétente et motivée. Le médecin rencontré estime leurs interventions adaptées et respectueuses des personnes.

2.2.4.2 Les effectifs

L'établissement compte :

- un officier pénitentiaire – capitaine – responsable de la structure ; nommé en juin 2012, il était absent lors de la venue des contrôleurs ;
- un major, adjoint au responsable, nommé en septembre 2012 ; en l'absence de fiche de poste, le major dit être plus particulièrement en charge des ressources humaines (recrutement et formation) et de la sécurité ; les contrôleurs ont pu constater qu'il exerçait naturellement son autorité auprès des personnels pénitentiaires et se situait dans le dialogue avec les personnels médicaux et soignants ;
- huit postes théoriques de premiers surveillants ; en pratique, l'UHSA fonctionne avec six surveillants – cinq hommes et une femme – depuis l'ouverture ; le premier surveillant gère les équipes de jour en organisant notamment les mouvements ; il remplit les formalités d'écrou et assure le suivi pénitentiaire des personnes détenues hospitalisées ;
- vingt-neuf postes théoriques de surveillants – vingt-sept au moment du contrôle – dont cinq femmes, deux surveillants étant régulièrement appelés en renfort au centre pénitentiaire de Fresnes.

Un conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation du CP de Fresnes s'est vu attribuer le suivi des patients détenus à l'UHSA. Au moment du contrôle, il n'avait pas été clairement établi de permanence.

2.2.4.3 Les missions et l'organisation

Les missions des personnels pénitentiaires sont décrites en annexe de la convention ; elles concernent :

- la sécurité générale et le contrôle des accès (sécurité aux abords et à l'intérieur du mur d'enceinte, contrôle des accès à l'établissement et aux unités de soins, surveillance des locaux de la zone pénitentiaire) ;
- les vérifications de sécurité relatifs aux patients détenus (fouille des personnes, des effets et des locaux, établissement d'un inventaire contradictoire, contrôle des équipements et sondage des barreaux...) ; à ce titre, la convention précise notamment :
 - o que les fouilles de patients détenus, ordonnées par le responsable pénitentiaire, ne doivent pas faire obstacle au bon déroulement des soins et doivent être adaptées à l'état de santé de la personne détenue hospitalisée et à sa dangerosité ;
 - o que les parties communes de la zone hospitalière peuvent faire l'objet de contrôles ; que chaque fouille générale ou sectorielle nécessite l'accord du directeur de l'établissement de santé ou de son représentant et celle du médecin responsable de l'unité ou de son représentant et sont réalisées en sa présence⁸ ;
 - o que les chambres des personnes détenues hospitalisées peuvent être contrôlées dans le cadre d'une planification établie entre le médecin et le responsable pénitentiaire, compatible avec les soins ;
- la « gestion des patients détenus » (écrou, garde, transport et escorte, suivi pénitentiaire, contrôle de la correspondance et des communications téléphoniques, gestion des parloirs) ; l'ensemble s'effectue dans le respect du code de procédure pénale, des instructions de l'administration pénitentiaire et des notes de service établies par le directeur du CP de Fresnes) ;
- l'intervention du personnel pénitentiaire dans la zone de soins ; sauf « en cas d'urgence et de péril » autorisant les personnels pénitentiaires à porter secours au personnel hospitalier sans demande de la part de celui-ci, une telle intervention est subordonnée à un « incident mettant en danger les personnes ou la sécurité de l'établissement⁹ » ; elle peut aussi intervenir « lorsque la sécurité des personnes et des biens est compromise¹⁰ » ; cette intervention implique « une demande expresse

⁸ La phrase est ainsi rédigée : « toute fouille générale ou sectorielle de l'unité est décidée avec l'accord du directeur de l'établissement de santé ou de son représentant et du médecin responsable de l'unité ou de son représentant et en sa présence ».

⁹ Selon l'annexe 14 de la convention, intitulée : « composition et missions de l'équipe pénitentiaire de l'UHSA » ;

¹⁰ Selon l'annexe 12 de la convention, intitulée : « les modalités d'intervention en zone de soins ». A l'exception d'un « et » au lieu et place d'un « ou », la formule reprend le texte de l'article R3214-8 du code de la santé publique qui dispose, en son deuxième alinéa : « Toutefois, le personnel pénitentiaire n'a

des personnels soignants » laquelle doit faire l'objet d'une formalisation par écrit, même *a posteriori* ; à moins de circonstances exceptionnelles justifiant un ordre exprès donné par le directeur du centre pénitentiaire de Fresnes après avis du directeur du centre hospitalier, elle s'effectue sans armes.

L'organisation. En pratique, le capitaine et le major assurent une présence quotidienne, en semaine, entre 8h30 et 19h. La nuit et le week-end, ils assurent une astreinte téléphonique une semaine sur deux et se déplacent en cas de nécessité. Malgré une autonomie dans le fonctionnement quotidien, ils sont en lien très réguliers avec la direction du CP de Fresnes.

Des fiches de poste définissent le travail des premiers surveillants et surveillants.

Les premiers surveillants interviennent par périodes de douze heures (7h-19h ; 19h-7h) ; l'un d'eux au moins assure une présence quotidienne, sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Le service des surveillants s'effectue comme suit :

- une personne en poste fixe (8h30-16h40 avec 45 mn de pause méridienne) est en charge du secrétariat, des parloirs, de la téléphonie et de la correspondance) ;
- quatre agents postés interviennent à la porte d'entrée principale (PEP), au sas (et en renfort PEP), au poste de contrôle des circulations (PCC) et à l'intervention (participation à la prise en charge des entrants et sortants notamment et, plus largement, à l'ensemble des missions) ; ils travaillent en journées de douze heures (avec 45 mn de pause méridienne) ;
- quatre agents d'escortes assurent les extractions médicales et judiciaires ; ils travaillent en journées de dix heures (avec 45 mn de pause méridienne).

L'équipe de jour se compose, en semaine, outre le premier surveillant, de quatre agents dits « de journée » et quatre d'escorte. Le week-end, les agents d'escortes sont deux.

L'équipe de nuit compte un premier surveillant et trois surveillants. Cet effectif relativement réduit laisse les agents perplexes en cas d'intervention.

2.2.4.4 Les liens entre personnels médicaux et pénitentiaires

Les personnels ont disposé de deux semaines pour apprendre à se connaître avant l'arrivée des premiers patients. Des formations communes ont été organisées, certaines entre pénitentiaires et soignants, d'autres entre pénitentiaires et ASH ou personnels administratifs ; elles ont porté notamment sur :

- l'organisation pénitentiaire et ses contraintes (une journée) ;
- le dispositif psychiatrique (organisation, fonctionnement, discrétion et secret professionnel ; une journée) ;
- les notions de base relatives aux troubles psychiatriques (une journée) ;

accès aux locaux de soins et aux chambres des patients que pour en assurer la fouille et le contrôle des équipements et aménagements spéciaux ou, à la demande du personnel hospitalier, lorsque la sécurité des personnes ou des biens est compromise ».

- la gestion de la violence et de l'agressivité (quatre jours) ;

Au moment du contrôle, six agents pénitentiaires n'avaient pas pu bénéficier d'une telle formation. Il était prévu de la proposer au moment de l'ouverture de l'unité 3, en mai 2014.

Des exercices ont également été réalisés en commun, simulant notamment des interventions en zone de soins avec des malades en crise. Les ERIS sont venus exposer aux soignants et aux agents pénitentiaires leurs méthodes d'intervention lors des transports.

Depuis l'ouverture, les relations sont surtout le fait des responsables des structures. Ainsi qu'il a été dit plus haut, chaque matin, après le staff médical, le capitaine ou le major, accompagné du premier surveillant, rencontre les praticiens hospitaliers pour vérifier le programme d'extractions de la journée et recueillir les renseignements nécessaires à leur bon déroulement. Il est indiqué que cette réunion est aussi l'occasion de recueillir les informations sur les suites des interventions ou incidents précédents et de procéder à un rappel des règles de sécurité (horaires de promenade et nombre de personnes autorisées à sortir en cour de promenade le soir notamment).

Deux fois par jour, le cadre de santé ou un soignant transmet également les bulletins de présence au responsable pénitentiaire.

D'autres réunions peuvent avoir lieu, en cas de besoin. Les contrôleurs ont constaté que le responsable pénitentiaire et le premier surveillant se rendaient régulièrement dans la zone administrative où ils savaient rencontrer la secrétaire ou, à certaines heures, un médecin ou un cadre de santé. D'autres rencontres ont lieu, plus rapides et non institutionnelles, à l'occasion de la transmission du courrier, de la récupération des cantines ou de l'accompagnement au parloir.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, deux espaces, l'un situé en zone pénitentiaire en amont des vestiaires et l'autre en zone administrative, sont supposés accueillir indifféremment personnel administratif, médical et pénitentiaire pour des périodes de détente. Il est apparu qu'en pratique les personnels médicaux et pénitentiaires se mélangeaient peu. Plusieurs agents pénitentiaires l'ont déploré, exprimant en forme de regret le sentiment d'être tenus à la marge : « le bleu et le blanc ne se mélangent pas » ; d'autres précisent : « on a tendance à penser qu'ils traitent la sécurité à la légère et eux nous considèrent comme psychorigides ». Les transports en revanche, ont été décrits par les personnels pénitentiaires comme des moments de dialogue appréciés.

Le restaurant administratif serait peu fréquenté par le personnel, qu'il soit pénitentiaire ou médical, en raison du court temps de pause. Les agents pénitentiaires sont admis à s'y présenter en tenue, ce qui, selon les renseignements recueillis, ne pose pas difficulté.

Malgré ces quelques réserves, la cohabitation semble paisible et fructueuse ; elle détermine, au sein même des unités de soin, un climat à la fois relativement détendu et « contenant ». Les médecins mettent en avant la différence fondamentale avec une prise en charge en SMPR ou à l'UPH : « la configuration des lieux et la répartition des rôles changent considérablement la donne et la relation au patient ; ici, on est à l'hôpital. »

2.2.5 Les patients

Les patients, autrement nommés « patients-détenus » par les personnels pénitentiaires, ont été accueillis de manière progressive, les cinq premiers le 24 avril 2013, au sein de l'unité 1, seule ouverte à cette date. Au 31 mars 2014, 128 patients avaient été admis.

En 2013, ces patients ont été majoritairement adressés par le CP de Fresnes (23 en 2013), la maison d'arrêt de Bois d'Arcy (15) et le CP de Fleury Mérogis (13) mais il a été indiqué qu'au jour du contrôle, l'ensemble des établissements du ressort avait adressé un ou plusieurs patients.

Sur quatre-vingt-une personnes accueillies en 2013, quatre sont venues deux fois, soit une file active de soixante-dix-sept patients. Les soins contraints ont représenté une grande majorité des accueils (cinquante-six ont été admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat – ASDRE – et onze, initialement admis à l'hôpital psychiatrique de proximité sur le fondement de l'article D398 de code de procédure pénale, ont été orientés secondairement à l'UHSA).

Selon les renseignements communiqués, les accueils ont majoritairement concerné des pathologies lourdes, essentiellement des psychoses. La durée moyenne de séjour – 45 jours en 2013 – ce qui, selon les termes du médecin chef de pôle dans son rapport d'activité 2013, démontre l'intérêt d'une telle structure, capable d'offrir des soins de qualité, nécessitant une certaine durée, par opposition aux admissions sur le fondement de l'article D398 du code de procédure pénale qui se concluent régulièrement par une sortie prématurée.

A plusieurs reprises en effet, la difficulté à obtenir les arrêtés préfectoraux dans des délais rapides a conduit à une hospitalisation préalable dans un hôpital de proximité ; ces hôpitaux se sont régulièrement tournés vers l'UHSA dans un second temps (quatorze fois en 2013) mais, selon les renseignements recueillis, il est aussi arrivé que le patient regagne l'établissement pénitentiaire après quelques jours d'hospitalisation et qu'une demande soit ultérieurement formulée auprès de l'UHSA, en urgence, souvent par suite d'une interruption de traitement.

Selon les chiffres transmis, vingt demandes sont restées sans suite en 2013. Les contrôleurs, pour leur part, en ont recensé vingt-huit selon les indications portées dans un classeur intitulé « demandes sans suite 2013 ». Les motifs sont variés (libération, transfert, erreur d'orientation - compétence d'une autre UHSA ou d'une UHSI -, manque de place, abandon de la demande). Selon le médecin rencontré, ce dernier cas représente la majorité des situations. Au jour du contrôle, selon le secrétariat, cinq demandes étaient en attente.

Enfin, au vu de l'expérience et compte-tenu de la lourdeur des pathologies, notamment dans la phase d'accueil, le médecin chef de pôle estime devoir limiter les admissions de la manière suivante :

- quinze personnes en unité 1 (correspondant au nombre de lits ordinaires (hors lits dits « techniques » (isolement ou/et apaisement) ;
- dix-huit en unité 2 (unité de stabilisation) ;
- vingt en unité 3 (unité de préparation à la sortie).

L'activité, pour les années 2013 et le premier trimestre 2014, peut être ainsi présentée :

	2013	Premier trimestre 2014
Nb d'entrants	81	47
Nb de sortants	51	43
Hommes dont mineurs	71/1	38/1
Femmes dont mineures	10	9
D398*	11	6
SPDRE à l'UHSA	56	34
SL	14	7
DMS	45 jours	34 jours
Demandes d'hospitalisation sans suites	20	11

*patients admis en urgence à l'établissement public de santé de proximité et transférés secondairement en ASPDRE à l'UHSA.

Situation au jour du contrôle :

	Unité 1	Unité 2
Hommes	11	14
Femmes	3	3
Mineurs	1	
Prévenus	7	5
Condamnés		
• procédure criminelle	1	5
• procédure correctionnelle	7	5
Plus ancienne hospitalisation	21 semaines	
Patients en SPDRE	14	13
Patients en SL	0	4
Patient le plus âgé	48 ans	67 ans
Patient le plus jeune	15 ans	20 ans

Il n'a pas été effectué de statistiques globales selon la nature des procédures à l'origine de l'incarcération. Le greffe tient cependant un registre mentionnant quotidiennement les arrivées, les sorties et l'effectif global, au jour le jour, en distinguant prévenus et condamnés, procédures correctionnelles et correctionnelles.

Selon ce registre, il a pu être constaté que :

- le 28 février 2014, sur vingt-quatre personnes présentes, onze étaient mises en cause dans le cadre d'une procédure correctionnelle (sept prévenus et quatre condamnés, tous de sexe masculin) et treize dans le cadre d'une procédure criminelle (six prévenus dont cinq femmes et sept condamnés dont une femme) ;
- le 5 avril 2014, sur trente quatre personnes présentes, vingt étaient mises en cause dans le cadre d'une procédure correctionnelle (huit prévenus, dont deux femmes et douze condamnés dont une femme) et quatorze dans le cadre d'une procédure criminelle (sept prévenus dont quatre femmes) et sept condamnés de sexe masculin.

2.2.6 L'admission et l'accueil

2.2.6.1 L'admission

Conformément aux termes de la convention de fonctionnement, le projet médical prévoit que les admissions consenties puissent être programmées du lundi au vendredi, entre 9h et 17h, sans exclure des arrivées plus tardives compte-tenu des délais de route. Les admissions sans consentement doivent pouvoir être réalisées sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre mais il est recommandé, « autant que possible, de les programmer dans un contexte semi urgent ». Outre le cas d'urgence absolue, le recours à l'hôpital de proximité dans le cadre de l'article D398 du code de procédure pénale est envisagé « en l'absence de place disponible et dans la phase transitoire de construction de la totalité des UHSA prévues pour l'Ile-de-France ».

A. Les aspects sanitaires et administratifs

Comme pour l'ensemble des UHSA, deux types d'admissions sont possibles, en soins libres (SL) et sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE). En pratique, la seconde est la plus fréquente.

Elle émane le plus souvent du médecin psychiatre de l'unité sanitaire d'un établissement pénitentiaire, ou d'un SMPR, qui, en général, s'adresse par téléphone au secrétariat de l'UHSA. La secrétaire prend note des renseignements utiles (coordonnées du médecin demandeur, identité du patient, établissement d'origine) puis avise l'un des médecins psychiatres de l'UHSA, en pratique le plus souvent l'un des psychiatres de l'unité 1 (unité d'admission).

Celui-ci établit avec son homologue demandeur un *consulting* téléphonique destiné à compléter les informations médicales et judiciaires et vérifier l'indication d'un accueil en UHSA. La situation est soumise au staff le lendemain. Le médecin demandeur est avisé de la décision et, en cas d'accord, est invité à remplir un dossier d'admission, faxé par le secrétariat (demande écrite du médecin, certificat médical, compte-rendu de l'état somatique, fiche pénale...).

Le service des admissions du GH Paul-Guiraud est destinataire d'une copie de l'accord médical et se charge d'obtenir, tant de l'hôpital de rattachement que de la préfecture concernée, un engagement de reprise. Il adresse son accord administratif à l'UHSA (service médical et pénitentiaire), au médecin demandeur et aux agences régionales de santé (ARS) concernées (préfecture du lieu de la demande et préfecture du Val-de-Marne).

Le service demandeur est alors avisé de la date précise d'admission. Il sollicite les services préfectoraux de son département en vue d'un arrêté de transfert et adresse à l'UHSA copie du certificat médical justifiant sa demande ; le certificat est communiqué au bureau des admissions par l'UHSA.

S'il s'agit d'un département extérieur, la préfecture du Val-de-Marne, saisie par la préfecture d'origine, devra prendre également un arrêt de placement à l'UHSA.

L'équipe pénitentiaire de l'UHSA alerte sa direction interrégionale pour que le transport puisse s'effectuer sans tarder dès la parution des arrêtés. Lorsque l'arrêté ou les arrêtés exigés sont parvenus à l'UHSA – ils sont généralement adressés parallèlement au secrétariat médical et au greffe pénitentiaire – le premier surveillant sollicite de la direction interrégionale un ordre de transfèrement. Une fois acquis, le transport peut être organisé.

Ainsi qu'il a déjà été indiqué, cette étape poserait régulièrement problème : il ne serait pas rare d'attendre plusieurs jours un arrêté « égaré dans un parapheur » entre les services de l'ARS et ceux du service compétent à la préfecture. Les conséquences peuvent être dommageables car la crise s'aggrave et, parfois, conduit à un accueil d'urgence à l'hôpital de proximité, moins bien équipé pour accueillir les patients détenus. Comme il a déjà été dit, il ne serait pas rare que cet accueil soit suivi d'un retour rapide dans l'établissement pénitentiaire d'origine, suivi d'un refus de traitement. Informée de cette difficulté par les contrôleurs, la préfecture du Val de Marne s'est étonnée, invoquant de possibles difficultés de personnels à l'ARS.

Les patients ne transitent pas par le service admission de l'hôpital et arrivent directement à l'UHSA, où l'antenne du greffe se charge des formalités d'écrou.

B. Les aspects pénitentiaires

L'accueil par les services pénitentiaires se déroule en plusieurs étapes. Selon les cas, la prise en charge du patient détenu impose un transport de l'établissement d'origine. L'arrivée à l'UHSA se déroule ensuite en trois temps : l'accueil de l'ambulance à la porte, les formalités d'écrou par le premier surveillant puis la conduite à la porte de l'unité.

1/ le transport

Le principe énoncé à l'annexe 6 de la convention créant l'UHSA prévoit que ces patients admis en soins libres sont transportés par l'équipe pénitentiaire sans recours à un véhicule sanitaire. Par exception une équipe soignante et pénitentiaire peut assurer le transport de ces patients avec un véhicule sanitaire.

S'agissant du transport des patients admis en hospitalisation sans consentement, dès que la date du transfert est connue, une ambulance est réservée, l'administration pénitentiaire prévoyant le niveau d'escorte selon le profil du patient détenu. Pour le transfert d'un détenu particulièrement surveillé, l'équipe est renforcée : trois surveillants et un gradé.

Selon la dangerosité de la personne détenue, le renfort d'une escorte de la gendarmerie ou des ERIS peut s'avérer nécessaire.

Les contrôleurs ont pu participer au transfert d'un patient détenu de Fresnes à l'UHSA le 15 avril 2014. Deux véhicules sont partis à Fresnes. L'ambulancier du GHPG était accompagné de deux soignants. L'escorte comptait deux agents dans le véhicule pénitentiaire. Les

contrôleurs ont apprécié la courtoisie de l'équipe pénitentiaire qui a permis au contrôleur d'effectuer le trajet aller avec l'équipe soignante. Le retour s'est effectué avec l'un des surveillants dans le véhicule de l'administration pénitentiaire.

A l'arrivée à l'unité de Fresnes, l'équipe soignante a rencontré l'équipe médicale de l'UPH. Les surveillants des deux établissements ont échangé à partir de la fiche de liaison établie par Fresnes. Les permis de visite ont été récupérés auprès du service des parloirs.

Le patient a été transféré vêtu d'un pyjama en papier. Il était menotté (ceinture abdominale) et entravé. Une fouille intégrale a été faite par les agents pénitentiaires avant le départ de la maison d'arrêt de Fresnes. En montant dans l'ambulance, le patient a été sanglé sur le brancard.

2/ l'accueil à la porte de l'UHSA

A l'arrivée, seule l'ambulance pénètre dans le sas véhicule de l'établissement. La personne détenue est extraite par les personnels hospitaliers accompagnateurs en présence du surveillant de la porte-sas véhicule et du premier surveillant qui se charge de procéder aux formalités d'accueil pénitentiaire.

Le patient détenu est conduit vers l'antenne greffe de l'UHSA après passage de la personne sous le détecteur de masses métalliques et des effets personnels dans le tunnel à rayon X.

Sur le registre d'entrée, auront été notés l'établissement d'origine, le nom de l'ambulancier, l'immatriculation du véhicule et l'heure. Sont aussi consignés le nom de l'intéressé et les motifs de son arrivée.

3/ les formalités d'écrou

La phase d'accueil pénitentiaire a toujours lieu en présence du personnel hospitalier.

Dans la zone administrative, le patient détenu est placé dans le local contigu au greffe où les moyens de contrainte lui sont enlevés. Ce local dispose d'un siège. Il n'y a pas de fouille intégrale à l'arrivée, celle-ci ayant été faite au départ de l'établissement d'origine.

Les formalités de greffe relèvent du premier surveillant. Il questionne le patient détenu sur son identité, sa date de naissance. Il le prend en photo, lui fait signer sa décision d'affectation sauf si son état ne le permet pas. Il procède à une prise d'empreintes. Il vérifie auprès de l'escorte qui a fait la fouille avant le départ si le patient détenu présente des traces de coups ou de blessures récentes. Il complète le certificat de transfert où figurent les effets personnels du patient détenu, ses valeurs et bijoux éventuels. Le document est établi en trois exemplaires ; l'un est remis à l'intéressé, l'autre est conservé au greffe de l'UHSA, le troisième est destiné à la régie de l'établissement de Fresnes.

Les objets de valeur sont envoyés à la régie des comptes nominatifs du centre pénitentiaire de Fresnes et conservés dans le coffre du greffe dans cette attente. Le dossier pénal le sera également. En effet, lorsque le patient arrive, son dossier pénal le suit. Un registre est tenu au greffe où l'information est conservée. Une navette avec Fresnes est organisée deux fois par semaine.

Un bon de cantine ainsi que les formulaires d'accès au téléphone (documents rédigés exclusivement en langue française) sont également remis au patient détenu.

Dès son arrivée, il est proposé à la personne arrivante un crédit gratuit d'un euro d'une validité de quarante-huit heures pour téléphoner à ses proches (note N° 140/RCN de la maison d'arrêt de Fresnes en date du 23 avril 2013). Les patients détenus interrogés déclarent qu'ils n'en ont pas été systématiquement informés. Le personnel hospitalier précise quant à lui que l'état de la personne arrivante ne permet pas, dans la plupart des cas, de l'informer ou de réaliser cet appel.

Lorsque l'état du patient le permet, il est accompagné à la bagagerie où il est procédé à l'inventaire de son paquetage. Le local est équipé d'un siège pour le patient détenu.

Une liste précise du paquetage autorisé a été établie en raison du manque de place dans les placards des unités. Sont ainsi autorisés :

- les produits d'hygiène : un gel douche, un shampoing, un dentifrice, une brosse à dents, un peigne ou une brosse, des serviettes hygiéniques ;
- le linge de corps : quatre slips, six paires de chaussette, quatre t-shirt ou maillots de corps, quatre soutien-gorge ;
- le linge de nuit : deux pyjamas ou chemises de nuit ;
- les vêtements : deux pantalons, quatre pulls sans capuches, une veste sans capuche, une paire de chaussure, une paire de chaussons.

Quelques affaires personnelles peuvent être également autorisées : livres, photos, objets attachés à la pratique du culte, tabac, correspondance, etc. Le tabac est remis à l'équipe soignante de l'unité. Les briquets et allumettes sont interdits.

L'inventaire est réalisé de façon contradictoire ; la liste de paquetage est signée par le premier surveillant et le patient détenu. Si l'état du patient ne le permet pas, cet examen est fait avec un personnel de l'unité et le premier surveillant. Une copie est remise au patient, une deuxième copie est envoyée au greffe de la maison d'arrêt de Fresnes, une troisième est gardée au greffe de l'UHSA.

Les effets supplémentaires sont conservés à la bagagerie, dans un bac en plastique les nom et numéro d'écrou de la personne concernée. La fiche inventaire est conservée dans le bac, un exemplaire est remis au personnel médical de l'unité.

Les contrôleurs ont pu assister à l'inventaire des biens personnels d'un patient que son état de santé empêchait d'être présent. De ce fait, l'inventaire a été réalisé par le premier surveillant et un infirmier. Un sweat-shirt à capuches et deux chaussettes ont été retirés du paquetage du patient. Ceci a été consigné sur le document remis à l'infirmier.

Les contrôleurs ont assisté, le 16 avril 2014, au greffe, à l'arrivée d'un patient détenu venant de l'établissement pénitentiaire du Sud Francilien, escorté par les ERIS. Ceux-ci, vêtus de leur équipement spécial, étaient présents dans l'ambulance. Un des personnels soignants a effectué le trajet retour dans le véhicule de l'administration pénitentiaire tandis que son collègue était assis à l'avant de l'ambulance, entre le chauffeur et le gradé de l'UHSA. Ils sont arrivés à 15h35 et sont repartis à 15h45. Les formalités administratives d'écrou ont été réduites au minimum (prise d'empreintes, vérification de l'identité).

4/ la remise à l'équipe hospitalière

Le véritable accueil se déroule dans la zone gérée exclusivement par le personnel hospitalier. La prise en charge soignante de la personne arrivante est matérialisée par le franchissement de la porte dite « porte PCC », qui donne accès aux unités de soins. Le personnel pénitentiaire n'est pas autorisé à y pénétrer sauf demande expresse du personnel hospitalier.

Le livret d'admission, rédigé exclusivement en langue française, est remis et expliqué au patient dès que celui-ci est en mesure de le recevoir.

C. De quelques admissions particulières

Le cas d'un mineur. Les contrôleurs ont interrogé les services à propos de l'admission d'un mineur âgé de moins de seize ans (né le 23 septembre 1998), originaire des Hauts de Seine. Le mineur était détenu depuis le 30 septembre 2013 en vertu d'un mandat de dépôt pris dans le cadre d'une instruction criminelle (tentative d'assassinat) ; ses troubles du comportement l'ont fait successivement transférer de l'EPM de Porcheville à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis puis à la maison d'arrêt de Nanterre où une décompensation délirante a été diagnostiquée. La demande d'admission a été formulée à l'UHSA le 10 mars 2013, par le médecin pédopsychiatre intervenant au quartier des mineurs. L'accord de principe a été faxé le 12 mars 2013. Le certificat médical fondant la demande adressée à la préfecture est daté du 17 mars 2013. Les arrêtés préfectoraux des Hauts-de-Seine et du Val-de-Marne sont respectivement datés des 20 et 21 mars 2013.

Malgré un engagement de reprise formulé par un médecin du secteur pédopsychiatrique d'origine (contacté par le pédopsychiatre demandeur), le bureau des admissions a sollicité le directeur de l'établissement du secteur adultes de Nanterre de sorte que l'engagement de reprise visé par les décisions préfectorales émane d'un service adultes.

Le jeune, suivi à la fois par les services de l'aide sociale à l'enfance et par ceux de la protection judiciaire de la jeunesse des Hauts de Seine (PJJ), était en errance à l'époque des faits. Selon les renseignements transmis par la direction territoriale PJJ, les éducateurs lui ont rendu régulièrement visite à la suite de son incarcération et ont poursuivi le suivi à l'issue de l'admission à l'UHSA¹¹. Un travail s'est engagé avec la mère. L'existence de procédures antérieures a conduit à une mesure éducative permettant un suivi dans la durée ; le juge a également ordonné une mesure d'investigation de personnalité confiée à la PJJ.

Une réunion de synthèse s'est tenue le 17 avril 2014 à l'UHSA, à l'initiative du pédopsychiatre de Nanterre, en présence de la PJJ. Une visite des éducateurs au jeune était également prévue¹².

L'administration de l'hôpital a été interrogée sur le fondement juridique de cette admission, en dehors du cadre prévu par la convention¹³. Elle met en avant la réglementation

¹¹ Il a été convenu avec la PJJ du Val de Marne, territorialement compétente à l'UHSA, que le suivi continuerait d'être exercé par les Hauts de Seine.

¹² Le jeune recevait jusqu'alors des visites de sa mère, que personnels soignants et éducateurs s'accordaient à trouver néfastes.

¹³ La convention prévoit un accueil des mineurs à partir de 16 ans.

générale et plus particulièrement l'article L3214-1 troisième alinéa du code de la santé publique¹⁴ dont elle estime qu'il pose en principe l'accueil du mineur détenu au sein d'une UHSA.

Au quotidien, ce mineur de moins de seize ans était en contact permanent avec les adultes détenus à l'UHSA. Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise que des soignants étaient également présents.

Au-delà de la qualité de la prise en charge que l'UHSA offre aux adultes, cet accueil pose également la question de l'existence de moyens propres à répondre aux difficultés des mineurs détenus souffrant de troubles psychiatriques associés à d'autres difficultés, et qui exigent l'intervention de personnels spécialisés (PJJ notamment).

Le cas d'une personne détenue particulièrement surveillée (DPS). L'intéressé, condamné en 2000 à la réclusion perpétuelle à perpétuité pour meurtre, viol de personne vulnérable, tentative de meurtre, était détenu au centre pénitentiaire sud francilien. La fiche pénale mentionne également plusieurs condamnations postérieures pour violences sur personnes dépositaires de l'autorité publique. Un certificat médical fait état de cinq séjours en UMD. Il a donc été décidé que le transport serait réalisé avec l'appui des ERIS.

Une première demande avait été adressée à l'UHSA le 1^{er} avril 2014, suivie d'un accueil en urgence au centre hospitalier de Melun, qui avait conclu à une mainlevée trois jours plus tard (absence de troubles constatés, pas de dangerosité psychiatrique). A son retour à Réau, l'intéressé a été placé à l'isolement et la demande d'accueil à l'UHSA a été maintenue, l'intéressé se situant dans le refus du traitement. Le certificat médical à l'origine de la demande de transfert à l'UHSA est daté du 15 avril 2014, les arrêtés des préfectures de Seine-et-Marne et du Val-de-Marne sont respectivement datés des 15 et 16 avril 2014. L'arrivée a eu lieu le 16 avril 2014.

Selon les renseignements recueillis, les personnels pénitentiaires étaient « en nombre » au moment de la prise en charge à Réau ; le personnel soignant dit avoir été impressionné par ce déploiement de force. L'intéressé s'est prêté aux opérations de fouille sans difficulté. Au retour, deux agents des ERIS étaient positionnés dans l'ambulance aux côtés du patient ; un soignant était à l'avant, à côté du chauffeur et d'un gradé pénitentiaire de l'UHSA. Le personnel soignant a pu dire aux contrôleurs à ce propos : « on aurait souhaité que l'un de nous reste à côté du patient avec un ERIS mais on nous a dit 'nous, c'est deux ou personne' ». Le patient, menotté et entravé, est resté éveillé et calme durant le transport. Le major pénitentiaire s'est tenu régulièrement informé de la situation et de l'état du patient dont il lui a été indiqué, peu avant l'arrivée à l'UHSA, qu'il était connu pour être simulateur et capable d'explosions violentes. Il a donc décidé que le personnel pénitentiaire de l'UHSA prendrait le relais des ERIS à l'arrivée et revêtirait la tenue d'intervention. Le personnel soignant dit à ce

¹⁴ Cet alinéa est ainsi rédigé : III.-Lorsque leur intérêt le justifie, les personnes mineures détenues peuvent être hospitalisées au sein d'un service adapté dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 en dehors des unités prévues aux I et II du présent article (NB : les UHSA).

sujet : « en sortant de l'ambulance, on ne savait pas comment ça allait se passer ; une fois sur place, je ne me suis même pas rendu compte que les équipes avaient changé ».

Les formalités d'écrou ont été réalisées au plus vite, le personnel soignant restant à proximité du patient ; le personnel pénitentiaire a ensuite accompagné les soignants à la porte de l'unité de soins, derrière laquelle attendaient deux soignants et un interne de l'unité, ainsi qu'un contrôleur. La porte a été ouverte et, à la surprise des soignants présents, l'équipe pénitentiaire – quatre hommes casqués dont le premier porteur d'un bouclier et quatre autres en tenue pénitentiaire – a pénétré dans les locaux, encadrant le patient et le conduisant jusqu'à une chambre d'isolement, sur les indications d'un membre de l'équipe hospitalière. Un soignant a invité le patient à revêtir le pyjama du service ; l'équipe pénitentiaire a rapidement quitté les lieux. Dans l'intervalle, le cadre de santé de l'unité 2, seul cadre présent à l'UHSA à ce moment, avait été appelé ; il s'est entretenu avec le major pénitentiaire à propos des conditions de cet accompagnement, qu'il n'avait pas sollicité.

Une quinzaine de minutes après l'arrivée du patient, le praticien hospitalier de l'unité 2 a conduit l'entretien d'accueil en présence de l'interne ; estimant que le patient, qui avait à nouveau manifesté son refus catégorique de suivre un quelconque traitement, présentait des signes d'agressivité, il a été fait appel à l'équipe pénitentiaire. Celle-ci est intervenue très rapidement, dans les mêmes conditions de nombre et tenue que précédemment décrites. Le dispositif s'est placé derrière la porte de la chambre d'isolement ; immédiatement après l'ouverture, il a été enjoint au patient-détenu de se coucher sur le lit où il a, de fait, été placé de force, menotté. Le personnel hospitalier a placé les sangles. L'opération s'est déroulée très rapidement, les gestes de la contrainte sont apparus maîtrisés, les personnels pénitentiaires puis soignants expliquant, au fur et à mesure, leur intervention.

Lors d'un échange ultérieur avec le médecin chef de pôle, celle-ci, qui connaissait par ailleurs le patient, a fait savoir aux contrôleurs qu'elle estimait la première intervention, tout à fait exceptionnelle dans ses modalités, adaptée à l'extrême dangerosité de la personne.

Cet accueil, certes particulier, rappelle la nécessité d'une anticipation et d'échanges sereins et clairement établis entre les différents acteurs.

Au-delà des personnes particulièrement surveillées, plusieurs fois accueillies à l'UHSA sans difficulté particulière, cette situation pose aussi la question des limites de la structure face à des personnes particulièrement dangereuses au plan criminologique.

2.2.6.2 L'accueil

A. L'accueil par les services pénitentiaires

Au-delà de la procédure décrite au paragraphe précédant, il n'y a pas d'entretien d'accueil formalisé, en raison de l'état dans lequel se trouve généralement le patient détenu. Aucun élément ne peut par ailleurs être saisi dans le cahier électronique de liaison (CEL), l'UHSA ne disposant pas des accès informatiques nécessaires.

Il n'y a pas non plus d'entretien d'accueil avec un personnel des services pénitentiaires d'insertion et de probation. Le CPIP est avisé de l'hospitalisation par le greffe du CP de Fresnes ; il contacte l'établissement d'origine pour y recueillir les renseignements relatifs aux aménagements éventuellement en cours, qu'il transmet à l'assistante sociale de l'UHSA, laquelle en informe l'équipe médicale.

L'assistante sociale rencontre tous les arrivants. Son intervention, de même que celle du CPIP sera plus précisément décrite plus loin (Cf. §2.2.13.2).

B. L'accueil médical

Ainsi qu'il a été indiqué, deux soignants accompagnent le patient lors du transport et sont généralement à ses côtés dans l'ambulance ; dans la mesure du possible, un dialogue s'instaure.

Le personnel de l'unité 1 est mis en alerte ; des contacts téléphoniques de soignant à médecin (ou de soignant à cadre de santé) interviennent durant le transport, informant de l'état du patient et des précautions à prendre à l'arrivée.

Les soignants accompagnateurs restent à proximité du patient détenu durant les formalités pénitentiaires qui, selon les renseignements recueillis, peuvent être très rapides quand l'état du patient l'exige (quelques minutes). A l'issue, la personne est conduite jusqu'à l'entrée de l'unité de soins par les soignants, les agents pénitentiaires ne passant la porte qu'en cas de demande des soignants ou d'urgence absolue.

L'accueil est généralement le fait d'un médecin et de deux infirmiers au moins ; il a lieu dans le couloir. La personne est conduite jusqu'à l'une des chambres d'isolement, autrement nommées chambres thérapeutiques ou encore chambres techniques. Selon son état, il est possible de délivrer quelques informations à ce stade, notamment sur le statut, le fonctionnement global de l'unité, la possibilité de conserver ses parloirs, le déroulement des heures à venir ; il s'agit avant tout d'apaiser.

La personne est invitée à revêtir un pyjama en papier et, si besoin, à prendre une douche. Deux livrets d'accueil lui sont remis : l'un, intitulé « livret d'accueil des patients détenus hospitalisés à l'UHSA d'Ile de France Paul Verlaine » et l'autre « admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat à l'UHSA, vos droits et recours ».

Le patient est vu par le médecin présent à l'unité, accompagné d'un infirmier ou d'un interne, généralement dans l'heure suivant son arrivée. Sont en principe abordées, d'une part la question du statut et des voies de recours, d'autre part la question du traitement. Selon le médecin rencontré, les manifestations d'angoisse sont telles à ce stade qu'elles nécessitent souvent un traitement lourd, assorti d'effets secondaires. Le médecin qui a pratiqué le premier entretien sera, dans la mesure du possible, le référent.

L'infirmière s'enquiert de données pratiques, telle l'existence d'un éventuel régime alimentaire.

L'examen somatique a lieu le jour même ou le lendemain.

2.2.7 Les droits du patient détenu

2.2.7.1 Le dispositif général d'information

Un livret d'accueil d'une vingtaine de pages est édité au profit de tous les patients du GHPG, à l'exception des patients détenus à l'UHSA ; en effet, les renseignements apportés concernant le séjour, les relations avec l'extérieur, les services de l'hôpital ne sont pas adaptés à leur situation.

Les patients de l'UHSA se voient remettre deux documents : d'une part un livret d'accueil, d'autre part un document consacré aux droits et recours.

Le **livret d'accueil propre à l'UHSA**, d'une vingtaine de pages également, cosigné par le directeur de l'hôpital et le directeur du centre pénitentiaire de Fresnes, est systématiquement remis à l'arrivée du patient détenu.

Il contient les mêmes informations que le livret d'accueil général, mais adaptées à l'UHSA, à l'exception du plan du centre hospitalier, qui a été retiré alors qu'il figure dans le livret général.

Rédigé en termes clairs et précis, et illustré de quelques images, le livret apporte des informations sur les thèmes suivants :

- présentation de l'établissement (GHPG, UHSA, personnel) ;
- admission (formalités d'admission, effets personnels et objets interdits) ;
- séjour (la chambre, les effets, personnels, le repas, les équipes de santé et pénitentiaires) ;
- relations avec l'extérieur (visites, téléphone, courrier) ;
- services de l'hôpital (cultes, télévision, bibliothèque, activités) ;
- règles de vie commune (respect des personnels, des patients, des équipements, tabac, alcool et stupéfiants) ;
- sortie (formalités, suivi postérieur) ;
- droits (personne de confiance, confidentialité, accès au dossier médical, plaintes, réclamations, voies de recours, liste des associations).

Il y est notamment indiqué que le personnel pénitentiaire comprend : « des personnels de surveillance qui assurent la sécurité des biens et des personnes ainsi que le contrôle de l'enceinte. Ils peuvent également intervenir dans les unités d'hébergement ». La présence des personnels d'insertion et de probation est mentionnée, ainsi que celle de l'équipe médicale, qui « compte 120 professionnels (psychiatres, médecin, cadres de santé, infirmiers, aides-soignants, agents des services hospitaliers, psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, travailleurs sociaux, personnels administratifs et ambulanciers) ».

Sont précisées les modalités et horaires des visites, avec notamment les informations à donner aux proches pour leur indiquer le chemin de l'hôpital, l'adresse à laquelle le patient peut recevoir son courrier (il s'agit de celle du centre pénitentiaire de Fresnes), l'organisation des cantines et des contrôles de sécurité. Il est indiqué que les patients peuvent être fouillés par le personnel pénitentiaire, tout comme leur chambre.

La partie relative aux droits renseigne les patients, de manière succincte, sur la possibilité d'être assisté par une personne de confiance, le droit à l'information sur son état de santé et à la confidentialité à l'égard des tiers, l'accès au dossier médical et son contenu ainsi que sur l'accès aux documents administratifs.

La partie relative aux réclamations et voies de recours porte mention de la possibilité de saisir les autorités suivantes, avec indication de leur adresse :

- le directeur de l'hôpital ou du centre pénitentiaire de Fresnes ;
- la commission des relations avec les usagers de l'hôpital ;

- la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des litiges relatifs aux accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales ;
- la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ;
- le Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Seuls le rôle et les missions de la commission des relations avec les usagers font l'objet de précisions dans le livret.

Le livret donne enfin les coordonnées de quatre associations de patients ainsi que de la maison des associations des familles d'usagers.

Un **livret spécifique consacré aux droits et recours** des patients hospitalisés à l'UHSA sur décision du représentant de l'Etat est également remis à chaque patient, lors de son arrivée. Ce livret de six pages est divisé en trois parties :

- la première présente le déroulement de la mesure d'hospitalisation sous contrainte et ses différentes étapes, administratives et médicales (admission, certificat médical initial, certificat des 24 heures, 72 heures, un mois, décision préfectorale de maintien de la mesure après 72 heures, après un mois, après quatre mois, puis tous les six mois) ; il est clairement précisé quels documents doivent être remis au patient à chacune de ces étapes ; il est également indiqué, à plusieurs reprises, que le médecin psychiatre peut demander la levée de la mesure de soins sans consentement au préfet à tout moment ;
- la deuxième partie présente les recours pouvant être formés contre la mesure et le contrôle du juge des libertés et de la détention (JLD) ; il y est indiqué que le JLD procède à un contrôle de la nécessité de la mesure après quinze jours puis tous les six mois ; il est précisé au patient qu'il peut contester la mesure d'hospitalisation à tout moment, soit auprès du JLD, soit auprès de la commission départementale des soins psychiatriques, l'adresse de chacune de ces autorités étant renseignée ; il est également précisé au patient qu'il peut faire appel de la décision du JLD dans les dix jours en étant « *en principe* » assisté d'un avocat¹⁵ ; les patients sont invités à contacter le bâtonnier de l'Ordre des avocats de Créteil (sans mention d'adresse) pour se voir désigner un avocat d'office ; il est indiqué qu'ils peuvent solliciter l'assistante sociale ou le service des admissions de l'hôpital pour obtenir de l'aide dans leurs démarches ;
- la troisième partie présente les principaux droits des patients : recherche du consentement du patient aux soins, droit à l'intimité, au respect de la vie privée, à la confidentialité des informations personnelles, droit de recevoir des courriers, de consulter le règlement intérieur, de voter, de pratiquer la religion de son choix ; il est précisé aux patients qu'ils peuvent saisir les instances « *chargées de veiller au respect des libertés individuelles* » que sont la commission départementale des soins psychiatrique et le Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

¹⁵ Le caractère obligatoire de l'assistance ou de la représentation par avocat est entré en vigueur le 1^{er} septembre 2014, postérieurement à la date du contrôle (Cf. art L3211-12-2 du code de la santé publique, dans sa version en vigueur au jour de la visite).

Dans chaque unité, des affiches relatives aux droits ont été apposées dans le couloir desservant les bureaux des soignants ; ce couloir n'est emprunté par les patients que lorsqu'ils se rendent à un rendez-vous avec un soignant ; ils sont accompagnés et n'ont guère le loisir, dans ce cas, de s'arrêter pour lire les affiches. Lors de la visite, alors qu'ils étaient, à plusieurs reprises, interrogés par les patients à propos des recours, les contrôleurs ont pu constater que les patients n'avaient pas remarqué le contenu, si ce n'est la présence, de ces affiches.

Ces affiches délivrent les informations suivantes, à la fois imprécises et, pour certaines, erronées :

1/ Saisine de diverses autorités, avec mention de l'adresse :

- JLD, saisine automatique avant l'expiration d'un délai de quinze jours¹⁶ d'hospitalisation et à tout moment pour contester le bienfondé de la mesure ;
- CDSP pour contester les soins ;
- tribunal administratif pour contester la légalité de la procédure¹⁷ ;
- commission régionale de conciliation et d'indemnisation des litiges relatifs aux accidents médicaux pour obtenir une indemnisation ;
- commission d'accès aux documents administratifs ;
- commission nationale de l'informatique et des libertés, pour accéder aux données personnelles.

2/ Réclamations.

Les patients sont invités à s'adresser en premier lieu au médecin ou au cadre de santé et à remplir le questionnaire de satisfaction de l'hôpital. A défaut, il leur est précisé qu'ils peuvent saisir la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge ainsi que le Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Il est également indiqué aux patients qu'ils peuvent accéder à leur dossier médical en adressant un courrier en ce sens au directeur de l'hôpital ou au chef du pôle de soins.

Qu'il s'agisse de réclamation ou de la saisine des autorités, il n'est pas précisé que les courriers sont confidentiels et adressés sous pli fermé.

3/ Charte de la personne hospitalisée.

4/ Traduction. Des affiches informent sur la possibilité de faire appel à un traducteur de l'hôpital en sollicitant l'équipe soignante. Dix-neuf langues peuvent ainsi être traduites par le personnel soignant de l'hôpital et sont listées dans l'affiche, telles que le russe, le portugais, le polonais, le créole, l'arabe, le hongrois, l'hindi ou encore la langue des signes.

Il a été précisé aux contrôleurs que l'une des infirmières de l'UHSA parlait la langue des signes et qu'un médecin parlait couramment l'anglais. Pour les autres langues indiquées sur

¹⁶ Depuis le 30 septembre 2013, le délai du juge pour statuer a été réduit à douze jours (article L3211-12-1 CSP)

¹⁷ Depuis le 1^{er} janvier 2013, la régularité de la décision administrative est appréciée par le juge judiciaire (Cf. artL3216-1 CSP).

l'affiche, il est fait appel aux soignants d'autres services de l'hôpital. Pour les langues non mentionnées dans la liste, le GHPG a passé contrat avec plusieurs organismes de traduction.

Ni le tableau de l'Ordre des avocats du Barreau de Créteil, ni l'adresse du bâtonnier ne sont affichés dans les unités.

2.2.7.2 La mise en œuvre de quelques droits particuliers

A. Le recueil des observations du malade

L'article L.3211-3 du code de la santé publique dispose en son deuxième alinéa : « Avant chaque décision prononçant le maintien des soins [...] ou définissant la forme de la prise en charge [...] la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à son état ».

Il est indiqué dans le livret d'accueil de l'UHSA ainsi que dans le livret relatif aux droits et voies de recours que le patient sera informé de son état de santé et de la démarche de soin entreprise à son égard, il sera également associé aux choix thérapeutiques le concernant et son consentement sera recherché.

Il est apparu aux contrôleurs que l'avis du patient avait manifestement de l'importance pour le personnel soignant, ceux-ci cherchant, en toutes circonstances, à recueillir son adhésion aux soins qui lui sont dispensés.

Aucune procédure n'est cependant mise en place pour s'assurer du recueil des observations du malade à l'occasion des décisions relatives au maintien des soins ou à la définition de la prise en charge.

Les observations du patient sont davantage recueillies dans le cadre quotidien de la prise en charge, notamment lors de la distribution des traitements à l'occasion de laquelle il est régulièrement demandé aux patients s'ils savent pourquoi ils doivent prendre le traitement qui leur est donné.

B. La personne de confiance

Des informations relatives à l'existence et au rôle de la personne de confiance sont données dans le livret d'accueil de l'UHSA, dans la partie consacrée aux droits du patient.

Il y est indiqué que le patient peut désigner par écrit une personne de confiance choisie dans son entourage, pour l'accompagner tout au long des soins et l'aider dans les prises de décision. Il est précisé qu'elle doit être titulaire d'un permis de visite et qu'elle ne peut accéder au dossier médical.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'aucun patient n'avait souhaité, depuis l'ouverture de l'UHSA, faire usage de ce droit.

Il est apparu aux contrôleurs que le personnel soignant de l'UHSA ne proposait pas systématiquement au patient de désigner une personne de confiance, la plupart des personnels n'ayant pas connaissance de son existence ni de son rôle.

Aucun formulaire type n'est édité par le GHPG, de nature à favoriser cette désignation.

La direction du centre hospitalier a convenu avec les contrôleurs que le personnel médical de l'hôpital n'avait pas une bonne connaissance de ce dispositif et qu'une réflexion était actuellement engagée pour élaborer un livret d'explication à destination du personnel et des patients pour combler ces lacunes.

C. L'accès au dossier médical

Les modalités d'accès au dossier médical sont expliquées au sein des livrets d'accueil remis aux patients à leur arrivée à l'UHSA ainsi que par voie d'affichage dans les unités. Le livret d'accueil précise quels sont les documents et informations contenues dans le dossier médical. Il invite le patient à s'adresser par courrier au directeur de l'hôpital ou au chef de pôle dont il relève. En pratique, le patient remet son courrier au cadre de santé, qui se charge ensuite de le transmettre à la direction de l'hôpital.

Une fois l'accord du directeur de l'hôpital donné, le secrétariat de l'UHSA procède à la photocopie des différents documents médicaux contenus dans le dossier pour les faire ensuite remettre au patient. En pratique, les demandes seraient rares ; il n'est pas tenu de registre permettant de les chiffrer.

Outre la procédure d'accès au dossier médical, le patient est destinataire d'une copie des certificats médicaux établis dans le cadre de la procédure judiciaire de contrôle des soins administrés sous contrainte, à savoir le certificat médical initial, le certificat des 24 heures, des 72 heures, des un mois, et des six mois. La communication s'effectue selon les modalités décrites plus haut à propos de l'arrêté de placement (Cf. 2.2.7.4.A)

D. Les cultes

Le règlement intérieur, en son article 23, garantit le respect de la liberté religieuse des personnes détenues hospitalisées.

Il a été indiqué aux contrôleurs que la pratique des cultes ne pouvait s'effectuer que pendant les temps de repos en chambre. En pratique, les patients ont le droit d'y conserver les livres confessionnels de leur choix : Bible, Coran, Torah... Les contrôleurs ont pu constater qu'un patient conservait le Coran ainsi qu'un livre de prières dans sa chambre et qu'il y priait lors des temps de repos, sans être dérangé par les soignants qui, chaque fois, attendaient qu'il ait achevé sa prière pour ouvrir la porte.

Les signes extérieurs d'appartenance sont limités, les bijoux ne pouvant être conservés au sein des unités.

Le livret d'accueil de l'UHSA indique que les aumôniers de l'hôpital sont à la disposition des patients et peuvent les rencontrer au parloir sur demande écrite. Trois cultes sont représentés : catholique, protestant et musulman.

Il a été précisé aux contrôleurs qu'aucun patient n'avait demandé à rencontrer un aumônier depuis l'ouverture de l'UHSA et qu'aucun n'avait non plus demandé à bénéficier d'un régime alimentaire confessionnel.

2.2.7.3 Le rôle des mandataires

Les mandataires judiciaires sont avisés de l'hospitalisation du patient par l'assistante sociale qui s'informe auprès du patient lui-même, dès son arrivée. Cette information doit être obtenue rapidement car elle est nécessaire pour la tenue des audiences du juge des libertés et de la détention. L'assistante sociale se rapproche des mandataires pour le maintien des ressources des patients détenus, afin que ceux-ci puissent voir alimenté leur compte nominatif.

Au jour de la visite, aucun mandataire n'avait demandé à rencontrer un patient détenu. Si la situation se présentait, il a été indiqué aux contrôleurs qu'ils bénéficieraient des horaires de parloir des avocats.

2.2.7.4 Situation des personnes en ASPDRE

A. Arrêtés préfectoraux d'admission, notification et recours

Les arrêtés préfectoraux d'admission et certificat médical initial sont reçus au bureau des admissions de l'hôpital, qui les transmet à l'UHSA après en avoir fait préalablement une copie pour le registre de la loi.

Un exemplaire de ces deux documents est remis au patient, à son arrivée, accompagné d'une attestation de remise datée et signée par le patient. La remise de ces documents est effectuée par le personnel soignant, dans les jours qui suivent l'arrivée. Les documents sont transmis au cadre de santé qui procède lui-même, seul ou accompagné d'un soignant, ou dans certains cas fait procéder par un soignant à la remise des documents. Cette remise s'accompagne en principe d'explications sur le contenu des documents ainsi que sur les voies de recours. Elle est également l'occasion de s'attacher à convaincre le patient de la nécessité des soins en revenant sur les motifs de la décision.

Lorsque le patient refuse de signer l'attestation ou de conserver les documents remis, ce refus est mentionné sur l'attestation et la remise ou la signature lui seront reproposés plus tard. Lorsque le patient n'est pas en capacité de signer, le motif de cette impossibilité est mentionné sur l'attestation de remise. Lorsqu'il s'agit de l'état clinique du patient, la mention s'accompagne du cachet et de la signature du médecin qui a constaté l'incapacité du patient. Il a été précisé aux contrôleurs que les patients placés en chambre d'isolement étaient toujours considérés comme dans l'incapacité de signer.

Dans ces deux situations (refus ou impossibilité de signer), l'attestation de remise est signée par un témoin avec mention de son nom et de sa qualité. Le témoin est systématiquement un personnel soignant.

Le secrétariat de l'UHSA conserve également un exemplaire de l'arrêté d'admission et du certificat médical initial dans le dossier médical du patient.

Les contrôleurs ont constaté que, si les patients avaient dans l'ensemble compris la mesure dont ils faisaient l'objet, beaucoup d'entre eux n'avaient pas connaissance des voies de recours à leur disposition. Les contrôleurs ont été destinataires de nombreuses questions de patients détenus sur ce point.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, les voies de recours font l'objet d'un livret spécifique élaboré par l'hôpital à destination des patients détenus de l'UHSA et distribué à leur arrivée, ainsi que d'un affichage dans les unités d'hébergement, l'affichage étant cependant effectué dans le couloir desservant les bureaux des soignants auquel les patients n'ont pas accès librement.

Il a été précisé aux contrôleurs que le personnel soignant s'attacherait davantage à convaincre le patient de la nécessité des soins qu'à lui apporter des informations sur les voies de recours à sa disposition pour contester son placement.

Au jour de la visite et depuis l'ouverture de l'établissement, seuls deux patients détenus sur les cent trente cinq admis ont saisi le juge des libertés et de la détention pour obtenir la mainlevée de la mesure de placement dont ils faisaient l'objet.

Le nombre de recours formés devant le tribunal administratif n'a pas été communiqué.

B. Intervention du JLD

➤ L'information du patient

Le rôle du juge des libertés et de la détention est expliqué aux patients dans le livret consacré aux voies de recours, remis à l'arrivée, dans lequel il est fait mention de son intervention de plein droit à l'issue de « quinze jours »¹⁸ d'hospitalisation, de la possibilité pour le patient de le saisir à tout moment et de faire appel de ses décisions.

Ces informations sont également données par voie d'affichage ainsi que par les soignants, en particulier à l'occasion de la programmation de la première audience.

Les contrôleurs ont pu constater que les patients détenus parvenaient à faire la différence entre l'intervention du JLD dans le cadre de leur hospitalisation et son intervention dans le cadre de leur procédure pénale. Les contrôleurs ont également pu remarquer que lors des audiences, les personnels soignants prennent le temps d'informer les patients du déroulé de celle-ci et de ses enjeux, de même qu'une juriste de l'hôpital, systématiquement présente aux audiences et qui en assure l'organisation.

➤ Le rôle de l'avocat

Le barreau de Créteil compte près de 500 avocats. Une permanence spécifique est mise en place pour les audiences JLD relatives aux hospitalisations sans consentement, qui se déroulent au sein des établissements hospitaliers. Il a été précisé aux contrôleurs que les avocats volontaires pour cette permanence suivaient une « formation » spécifique (formation théorique annuelle de deux heures et suivi en binôme par un avocat déjà inscrit à la permanence).

Selon les renseignements recueillis, beaucoup d'avocats se portent volontaires, ce qui s'expliquerait notamment par la proximité et l'accessibilité des établissements de santé psychiatrique du ressort ; en revanche, les avocats rencontrent rarement les patients avant l'audience, les dossiers n'étant accessibles que peu de temps avant celle-ci et les horaires de visite à l'UHSA manquant de souplesse.

¹⁸ Ainsi qu'il a été dit, la loi du 27 septembre 2013 a modifié le délai, qui est de 12 jours.

L'avocat peut consulter le dossier au greffe du JLD à compter de la veille de l'audience et est autorisé à en faire des photocopies. L'entretien avec le patient a lieu quelques minutes avant l'audience, dans la salle d'attente, hors la présence du personnel médical et de l'escorte.

Lorsqu'il est fait usage de la visioconférence, l'avocat ne se déplace pas à l'établissement et ne rencontre donc pas physiquement le patient. L'entretien a alors lieu, si l'avocat en fait la demande auprès du greffe la veille de l'audience, dans la salle d'audience et avant la tenue de celle-ci, par visioconférence. Il a été précisé aux contrôleurs que peu d'avocats demandaient dans ce cas à pouvoir bénéficier d'un entretien avec le patient qu'ils assistent.

Les contrôleurs ont d'ailleurs pu constater lors de leur visite que les patients étaient présentés devant le JLD en visioconférence sans avoir pu échanger avec leur avocat néanmoins présent, aux côtés du juge, à l'audience.

➤ L'audience

Deux audiences sont tenues par le JLD chaque semaine pour l'ensemble des patients hospitalisées au GHPG, les mardis et jeudis. Depuis l'ouverture de l'UHSA au mois de mai 2013, quatre-vingt-seize dossiers de patients détenus à l'UHSA ont été examinés.

Ces audiences sont en principe foraines, le JLD et son greffe se déplaçant au centre hospitalier dans un bâtiment qui leur est dédié, situé à quelques dizaines de mètres de l'UHSA. Toutefois, pendant les vacances scolaires, elles se déroulent en visioconférence. Le patient est alors informé de son droit de refuser la visioconférence et lorsqu'il s'y oppose, soit il est extrait au tribunal de grande instance, soit lorsque l'escorte ne peut pas être organisée dans les temps, le JLD se déplace en urgence. Il a été précisé aux contrôleurs que la situation s'était posée une fois depuis l'ouverture de l'UHSA et que le JLD s'était transporté sur les lieux le jour même.

De mai 2013 à avril 2014, sur les soixante-deux audiences tenues par le JLD, dix-neuf ont utilisé le procédé de la visioconférence, soit environ 30 % des audiences.

Les patients sont le plus souvent extraits de l'UHSA pour se rendre à la salle d'audience, sauf si le médecin estime que des raisons médicales font obstacle au déplacement et à l'audition. Depuis l'ouverture de l'UHSA en mai 2013, quatorze patients n'ont pas comparu par suite d'une contre-indication médicale sur les quatre-vingt-seize dossiers examinés par le JLD.

Les contrôleurs ont pu assister à deux audiences, toutes deux en visioconférence en raison des vacances scolaires.

La convocation est adressée à l'UHSA par le greffe du JLD quelques jours avant l'audience et notifiée aux patients. Le document mentionne la possibilité d'être assisté par un avocat choisi ou commis d'office ; la question est expressément posée au patient lors de la remise de la convocation.

En pratique il est fait appel le plus souvent à l'avocat de permanence. En effet, comme il a déjà été indiqué, le tableau de l'Ordre des avocats n'est pas affiché dans les unités.

Le jour de l'audience, une juriste en charge de l'organisation pour tous les patients du GHPG (et de la représentation de l'hôpital pour certains dossiers) tient l'UHSA informé de l'avancement de l'audience ; le départ en extraction judiciaire n'est décidé qu'après son signal, évitant ainsi des temps d'attente trop long.

Le patient est conduit à la salle d'audience dans un véhicule médicalisé, escorté par un véhicule pénitentiaire. Il est allongé sur le lit de l'ambulance, généralement menotté, parfois entravé et sanglé au lit. Il est entouré de deux soignants et d'un agent pénitentiaire. Un deuxième agent pénitentiaire suit dans le véhicule d'escorte. Le trajet s'effectue sans gyrophare ni alarme, sur les voies de circulation internes au centre hospitalier et dure moins d'une minute.

Les deux véhicules se garent devant le bâtiment ; l'un des agents pénitentiaires y effectue d'abord un contrôle de sécurité, puis, si les accès du bâtiment sont sécurisés, donne le signal de la sortie. Le patient monte alors au premier étage, où se déroule l'audience, entouré des deux soignants et des deux agents pénitentiaires.

L'attente du patient s'effectue dans une salle utilisée également pour l'entretien avec l'avocat. Il a été précisé aux contrôleurs que les délais d'attente étaient toujours très courts car les patients de l'UHSA bénéficient d'une priorité de passage sur les autres patients du centre hospitalier, même sur ceux qui sont placés à l'Unité pour malade difficile (UMD).

La porte de la salle d'audience est le plus souvent maintenue fermée, le JLD préférant tenir les audiences en chambre du conseil sauf si le patient sollicite la publicité¹⁹.

Entrent dans la salle d'audience le patient ainsi que ses escortes médicale et pénitentiaire, qui assistent à l'audience.

Le JLD a précisé aux contrôleurs qu'aucun patient ne s'était, au jour de la visite, opposé à la présence de son escorte durant l'audience mais que si la situation se présentait, il demanderait à l'escorte de quitter la salle.

Le magistrat débute l'audience en présentant son rôle et en interrogeant le patient sur son vécu de l'hospitalisation et ses projets, il évoque les certificats médicaux sans en donner lecture intégrale. Il n'interroge pas les soignants présents à l'audience sauf, éventuellement, lorsque l'un d'entre eux est médecin.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir avec un patient détenu qui leur a confié avoir été gêné par la présence du personnel soignant durant l'audience, n'osant de ce fait s'exprimer librement devant le juge. Il est apparu aux contrôleurs que les patients n'étaient pas informés de la possibilité de demander que l'audience se tienne hors la présence de l'escorte et des soignants.

¹⁹ L'article L31112-2 du code de la santé publique, deuxième alinéa, dispose : « Lorsqu'il est saisi en application des articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1, le juge, après débat contradictoire, statue publiquement. Il peut décider que les débats ont lieu ou se poursuivent en chambre du conseil s'il doit résulter de leur publicité une atteinte à l'intimité de la vie privée, s'il survient des désordres de nature à troubler la sérénité de la justice ou si l'une des parties le demande. Il est fait droit à cette demande lorsqu'elle émane de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques. »

La décision est ensuite annoncée et expliquée sur le champ au patient puis notifiée par écrit dans les quarante-huit heures, à l'UHSA.

Les décisions sont, dans la quasi-totalité des cas, des décisions de maintien en hospitalisation. Sur les quatre-vingt-seize ordonnances rendues depuis le mois de mai 2013, quatre mainlevées ont été prononcées, deux pour des raisons de forme, deux pour des raisons de fond dont l'une à la suite d'un rapport d'expertise.

➤ **Notification et recours**

La notification des ordonnances rendues par le JLD est effectuée dans les mêmes conditions que la notification des arrêtés d'admission et une copie de l'ordonnance est laissée au patient.

Les voies de recours et leurs délais sont précisés aux patients par le JLD lors de l'audience, après l'annonce de sa décision ; ils sont également mentionnés sur la décision dont il leur est remis une copie.

Sur les quatre-vingt-seize décisions rendues par le JLD pour les patients détenus à l'UHSA depuis le mois de mai 2013, neuf ont été frappées d'appel par le patient, quatre en 2013 et cinq en 2014. La cour d'appel de Paris a systématiquement confirmé la décision rendue en premier ressort.

C. Le registre de la loi

Le registre de la loi est tenu au bureau des admissions et rend compte à la fois des admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE) et de celles qui sont prononcées à la demande d'un tiers (ASPDT) pour l'ensemble de l'établissement, sans que soit distingués les patients admis à l'UHSA.

Les contrôleurs ont consulté les registres des années 2014 et 2013, à compter de l'ouverture de l'UHSA.

Le registre de la loi est organisé en double page par patient et mentionne :

- l'identité du patient ;
- la date d'entrée à l'établissement ;
- la forme de sa prise en charge ;
- sa localisation au sein de l'établissement ;
- les arrêtés préfectoraux et certificats médicaux exigés par la loi ;
- les décisions du JLD ;
- la date de sortie (levée d'hospitalisation, fugue, décès).

Les contrôleurs ont pu constater que ce registre était tenu avec beaucoup de rigueur.

Sont systématiquement collés sur chaque double page du registre, lorsqu'ils existent, une copie des documents suivants :

- certificat médical initial ;
- arrêté préfectoral de placement ;
- certificats médicaux après 24h, 72h, puis certificats médicaux mensuels ;
- dispositif des décisions rendues par le JLD ;
- arrêté mettant fin à la mesure de soins sans consentement ;

- bulletin de sortie.

Les contrôleurs ont également constaté que, lorsque le patient est originaire d'un autre département, figurent sur le registre de la loi l'arrêté initial de placement, l'arrêté ordonnant le transfert de la personne, le certificat médical initial, le certificat médical de transfert ainsi que le certificat médical d'admission après transfert.

Seuls les certificats médicaux établis entre le 6^{ème} et le 8^{ème} jour de prise en charge ne sont pas mentionnés au registre.

Les contrôleurs ont pu noter que les patients sortaient effectivement le jour prévu par l'arrêté mettant fin à l'hospitalisation sous contrainte.

Les registres consultés par les contrôleurs ne portaient pas mention de la visite d'une autorité. Il a cependant été indiqué aux contrôleurs que le procureur de la République près le TGI de Créteil avait visité l'UHSA et rencontré les équipes.

2.2.8 La prise en charge des patients

2.2.8.1 Le projet médical initial

Ainsi qu'il a été dit, des contacts ont été établis en amont de l'ouverture, d'une part avec les UHSA déjà ouvertes (notamment celle du Vinatier, à Lyon), d'autre part avec les partenaires médicaux demandeurs : unités sanitaires (US) et service médico-psychologique régional (SMPR). Il est très vite apparu que la population potentiellement concernée exigerait une réponse rapide et une rotation relativement élevée²⁰.

Le « projet médical et de soins » cosigné du médecin chef de pôle et du cadre supérieur de santé, daté du 6 décembre 2012, rappelle de manière précise le cadre réglementaire et les contraintes qui en découlent. Il vise à une amélioration qualitative réelle des soins jusqu'alors proposés aux personnes détenues et indique : « l'objectif thérapeutique de l'UHSA est d'ouvrir aux personnes détenues hospitalisées une prise en charge fondée sur un projet de soins individualisé, ... un accès direct à l'ensemble des soins, une socialisation dans le cadre d'une vie collective ». Il est insisté sur la nécessité d'offrir des soins de qualité équivalente à celle de la population générale²¹ et d'être attentif à garantir la continuité des soins à la sortie.

Il était initialement prévu deux unités d'admission (unité 1 pour des patients présentant des tableaux aigus éventuellement associés à des troubles du comportement ou de la conduite et unité 2 pour les pathologies moins sévères) ; la troisième unité, dite « de préparation à la sortie », était conçue pour accueillir les patients provenant des deux autres unités, une fois stabilisés. Selon le projet initial, chaque unité peut accueillir des hommes, des femmes et des mineurs de plus de 16 ans et doit offrir « la possibilité non seulement d'un programme de soins spécifiques et individualisés mais aussi une vie sociale enrichie ». Le pôle

²⁰ Ainsi qu'il est relaté dans le projet médical.

²¹ Le projet indique « rappelons qu'il ne s'agit pas d'une population de malades difficiles ou dangereux au sens de la dangerosité psychiatrique mais de patients psychiatriques ordinaires en situation de détention ».

d'activités situé en dehors des unités était toutefois réservé en priorité aux patients stabilisés ou en voie de l'être.

Le projet prévoyait des prises en charge individuelles (consultation médicale, entretiens psychologiques, entretiens infirmiers) et de groupe (éducation à la santé, ateliers thérapeutiques, atelier de réhabilitation sociale et de remédiation cognitive, atelier de soins corporels, groupes de parole « soignants-soignés », psychomotricité et ergothérapie). Il est insisté sur l'accompagnement effectué par le soignant, intégrant « observation, écoute, analyse, engagement dans une relation intersubjective de proximité » et sur la nécessité de restituer à l'équipe le fruit de ces observations afin de définir collectivement et d'adapter continuellement le parcours thérapeutique du patient.

Au moment du contrôle, la pratique avait contribué à faire évoluer le projet.

En avril 2014 en effet, il était clairement établi que la répartition initialement prévue entre deux unités d'admission – pathologies lourdes et plus légères – n'avait pas été possible : les demandes concernaient essentiellement des pathologies lourdes, formulées en urgence.

L'unité 1 allait donc constituer l'unique unité d'accueil, lieu de gestion de la crise et d'observation, correspondant souvent à un déni de la pathologie.

Dès lors que le risque de passage à l'acte semblait éloigné et qu'apparaissait « une forme de compliance aux soins, même de surface », le patient était admis en unité 2. La durée du séjour en unité 1 était, de fait, très individualisée.

L'unité 3, non encore ouverte au moment du contrôle, était conçue comme le dernier palier, supposant adhésion aux soins, participation active aux activités, si possible dans le cadre d'un placement libre.

Le projet restait centré sur l'idée de deux zones distinctes, jour et nuit, et d'une vie précisément rythmée, dans un cadre sécurisé (chambres fermées durant la sieste, salle d'activité ou salle à manger fermée lors de leur occupation). La primauté du caractère hospitalier apparaissait notamment à travers la notion de vie collective (repas en commun, salle commune pour les activités).

Au moment du contrôle, ces activités étaient encore relativement réduites par rapport au projet énoncé mais l'idée n'en avait pas été abandonnée. Le projet se voulait d'ailleurs susceptible d'évolution, pour s'adapter à une demande qui elle-même marquait déjà des évolutions : ainsi avait-il été observé que les demandes d'admission étaient formulées de manière moins pressantes et pouvaient concerner des patients déjà connus de l'UHSA.

2.2.8.2 La période d'observation

Ainsi qu'il a été indiqué plus haut (Cf. §2262 B), le patient est systématiquement placé en chambre d'isolement à son arrivée. Le recours à la contention n'est pas systématique et n'a lieu que pour les patients agités ou menaçants pour eux-mêmes ou autrui.

Les premiers repas, pendant quarante-huit heures au moins, sont pris dans cette chambre ; si l'état du patient le permet, les suivants seront pris en salle à manger, à une table seule dans un premier temps.

Pendant son séjour en chambre thérapeutique le patient est vu au moins une fois par jour par un médecin et de cinq à six fois par jour au moins par les soignants (lever, repas, coucher, traitement...); à compter du deuxième ou troisième jour, des promenades sont autorisées dans la cour, seul avec deux soignants, pendant le repas des autres patients). Les observations réalisées à ces occasions sont restituées au médecin ; la situation est réévaluée quotidiennement.

La durée de ce séjour varie selon le statut du patient (généralement une journée pour les patients en soins libres, trois jours pour les patients en soins contraints) et son état. La durée la plus longue à l'isolement a été de trois semaines. L'accès à la vie de l'unité s'effectue de manière progressive, notamment à l'occasion des repas et promenades accompagnées.

2.2.8.3 Les soins psychiatriques

La notion de soins est ici entendue largement, au sens de « prise en charge ».

A. Le quotidien

Ainsi qu'il a été indiqué plus haut, la prise en charge s'effectue par paliers, le passage de la chambre d'isolement à la vie de l'unité 1, puis d'une unité à l'autre, est supposé créer une dynamique dans l'esprit du patient. Cette évolution s'accompagne d'un temps plus important consacré à des activités.

Passée la phase initiale d'observation, le patient intègre donc la vie de l'unité ; le rythme, identique dans ses grandes lignes dans les deux unités ouvertes au moment du contrôle, obéit à un déroulé précis, très cadré, qui laisse peu de place à l'initiative ou, plus simplement, à la possibilité de s'isoler :

- 8h30 : lever, traitement, douche en chambre fermée²² ;
- 9h30 : réouverture des chambres, petit déjeuner en salle à manger fermée ;
- 10h-12h : salle commune ou cour ; éventuellement activités thérapeutiques spécifiques en unité 2 ;
- midi : repas en salle à manger (fermée) ;
- 12h30-13h : cour ou salle commune ;
- 13h-15h : repos obligatoire, en chambre fermée ; il s'agit de donner au patient un temps de repos propice à la réflexion ; pour les soignants ce temps est notamment utilisé pour renseigner le dossier informatique des patients ; dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise que des réunions cliniques se déroulent également durant cette période (Cf. 2.2.3.5 pour l'organisation des réunions institutionnelles) ;
- 15h-18h : séjour en salle commune (ou cour) ; entretiens médicaux, activités thérapeutiques en unité 2 ;
- 18h : repas ;

²² En unité 1, l'accès aux affaires de toilette placées dans les placards situés dans le couloir s'effectue à cette occasion seulement.

- 19h : retour en chambre fermée, pour tous les patients ;
- 20h45 : télévision, pour six patients, au plus.

Les entretiens médicaux se déroulent en fonction de l'état du patient, rapporté quotidiennement au médecin lors du *staff* matinal. Selon les renseignements recueillis, ces entretiens ont lieu au moins une fois par semaine, en général entre 15h et 18h. Dès lors qu'ils sont formalisés, ils se déroulent systématiquement en présence d'un soignant. Il s'agit d'évaluer l'état du patient, d'affiner un diagnostic, d'adapter le traitement, d'envisager la possibilité d'accéder aux activités thérapeutiques et, notamment pour les patients admis en ASPDRE, de discuter l'intérêt du maintien de la prise en charge ou de sa modification.

Les infirmiers interviennent à l'occasion de la dispensation des traitements et de la prise en charge quotidienne (lever, coucher, repas, activités...). L'entretien infirmier n'est pas formalisé ; au moment du contrôle, la notion de référent infirmier n'avait pas été retenue (le travail en 12h conduit à plusieurs jours d'absence consécutive).

Il est indiqué par le personnel d'encadrement que le passage à l'acte (ayant conduit en détention) est également travaillé. Aucun des personnels soignants n'a cependant abordé spontanément ce point, qui semble relever davantage d'un objectif que d'une réalité effective au moment du contrôle.

Les traitements sont livrés par la pharmacie de l'hôpital trois fois par semaine et se présentent le plus souvent sous forme liquide ; ils sont préparés avant chaque dispensation par une infirmière, placés dans des gobelets nominatifs et disposés sur un chariot pourvu d'emplacements individuels. Ils sont dispensés par une infirmière et un soignant au moins, au lever, avant le repas de midi, à 16h, avant le repas du soir et au coucher.

Les dispensations du matin et du coucher s'effectuent individuellement à la porte de chaque chambre ; les autres ont lieu en salle commune ; la porte des toilettes est fermée pour l'occasion, pour éviter que les traitements ne soient recrachés ; les patients sont appelés un à un ; les contrôleurs ont pu observer qu'en pratique, ils se présentaient plutôt en groupe ; le moment n'est guère apparu propice à l'expression d'une quelconque doléance ou demande de renseignements ni à la délivrance d'informations confidentielles.

Les activités. Bien que les patients de l'unité 1 ne soient pas admis, pour n'être pas en état d'y participer, à des activités thérapeutiques organisées, il est considéré que toute « activité » est, par essence, thérapeutique dans la mesure où elle donne lieu, a minima, à une observation du comportement du patient.

Il est ainsi indiqué : « même le jeu – babyfoot, jeux de cartes, console « WII » ... – sert de base à une observation du comportement, aide au diagnostic, permet d'orienter un traitement ».

Les contrôleurs ont observé que plusieurs soignants étaient effectivement et fréquemment au contact des patients, dans la salle commune ou dans les cours (accessibles durant la journée), jouant aux cartes et se situant dans l'échange. Toutefois, plusieurs patients hospitalisés à l'unité 1, regroupés pendant plusieurs heures quotidiennes dans la seule salle commune, ont exprimé leur « ennui » aux contrôleurs, qui ont pu remarquer que la télévision, allumée en permanence, constituait « l'activité » essentielle, sans que les soignants aient paru en position d'observer spécialement leur comportement.

La question a été abordée avec plusieurs soignants. Certains ont fait valoir la difficulté des patients de cette unité à se concentrer longuement sur une activité organisée, voire le « progrès » que pouvait constituer l'expression du ressenti d'un ennui. D'autres ont admis la difficulté à se situer dans l'observation et la proposition d'activités adéquates. Il semble que se conjuguent les effets d'une certaine tension, née du risque permanent de passage à l'acte, et d'une forme de relâchement, perceptible à certaines périodes de la journée.

Les entretiens psychologiques. Les patients admis à l'unité 2 bénéficient de l'intervention des psychologues, sur prescription médicale. Il s'agit, selon la psychologue rencontrée, d'entretiens individuels à visée thérapeutique, tendant à susciter une demande et faire en sorte qu'un suivi puisse s'exercer à la sortie. La semaine du contrôle, huit rendez-vous étaient prévus avec elle. Les psychologues ne contribuent pas directement à l'observation des patients ni n'organisent d'activités ou autres interventions de type collectif. Il est prévu qu'elles animent très prochainement (mai 2014) des réunions « soignants-soignés », dans les trois unités, activité pour laquelle elles recevaient une formation spécifique au moment de la visite. Elles assistent à la réunion clinique hebdomadaire de leur unité ainsi qu'à celle de l'unité 1 dès lors qu'il est envisagé qu'un patient de cette unité accède à l'unité 2. La psychologue contribue au bilan effectué à la sortie et rédige à cette occasion un bilan de prise en charge, destiné à être joint au dossier médical.

Les patients de l'unité 2 bénéficient plus largement **d'activités thérapeutiques** organisées ; ce point sera développé plus loin (Cf. §2.2.11).

Les autres activités thérapeutiques évoquées dans le projet médical initial (groupes de parole, éducation à la santé...) n'avaient pas encore été mises en place au moment du contrôle. L'année écoulée a conduit à l'accueil de patients difficiles, le personnel s'est approprié des fonctions qui, pour nombre d'entre eux, étaient nouvelles. Le projet initial a subi quelques ajustements. Selon les renseignements communiqués notamment par la cadre supérieure de santé, il est envisagé à moyen terme et plus particulièrement lorsque l'unité 3 aura acquis sa vitesse de croisière, de mettre en place une activité « éducation à la santé » avec la pharmacienne du GHPG (orientée particulièrement vers la connaissance du traitement, ses effets, et son suivi en détention), l'alimentation, avec la diététicienne de l'établissement (notamment pour contrebalancer les effets secondaires des traitements).

Le recrutement, pour l'unité 3, de soignants formés à l'animation d'ateliers « esthétique » devrait également conduire à la mise en place d'activités tournées vers l'image de soi, dans le cadre d'un projet plus général d'éducation à l'hygiène.

B. L'isolement et la contention

Comme il a été indiqué ci-dessus, l'isolement est systématiquement prescrit lors de l'admission. Il peut l'être également en dehors de cette période et le serait régulièrement à la demande des patients qu'une telle mesure peut apaiser.

Le placement à l'isolement résulte en principe d'une prescription médicale ; s'il est parfois réalisé d'initiative par les soignants en cas de crise, le médecin est immédiatement avisé. Cette décision répond à des situations d'agressivité, pour autrui ou pour soi-même ou à des situations de tension faisant craindre un passage à l'acte. Le refus de traitement peut également conduire à l'isolement si le médecin a prévu une injection.

La chambre d'isolement n°2, la plus sécurisée, n'offre au patient aucune possibilité d'échapper au regard des soignants et ne serait utilisée que pour les personnalités à fort risques : elle ne dispose pas de douche ; l'ensemble de l'espace est visible à l'œilleton, toilettes comprises.

Bien que parfois nommées « chambres thérapeutiques » ou « chambres d'apaisement », les autres chambres sécurisées – pourvues d'un coin toilette sans porte, avec douche et bloc WC-lavabo en inox – sont aussi utilisées pour l'exécution des mesures d'isolement.

En cas d'agitation ou d'agressivité que l'isolement ne permet pas de réduire, la contention peut être également prescrite ; certains soignants parlent alors de « soins intensifs », nécessitant une surveillance accrue, pratiquée à l'œilleton, plusieurs fois par heure, qui s'ajoute à la surveillance médicale quotidienne. Le recours à la contention est décrit comme « rare » ; cinq ou six fois en un an. En pratique, en tant que mesure accessoire à l'isolement, la contention concerne les patients placés en chambre d'isolement ; il arrive cependant qu'elle ait lieu en chambre ordinaire, chaque lit étant scellé et équipé, et dure de quelques heures à deux ou trois jours : « on libère une main, on voit comment ça se passe, notamment lors des repas ». Il n'a pas été communiqué de protocole définissant de manière précise les indications, la forme et le rythme de la surveillance. En revanche ces modalités de soins sont précisément tracées dans le dossier du patient.

Le recueil de données chiffrées relatives à l'utilisation de l'isolement s'est avéré difficile. Dans un premier temps, ont été fournis les chiffres suivants, qu'il convient de relativiser dans la mesure où ils ne concernent que les placements en chambre 2 :

	2013	Premier trimestre 2014
Nombre de patients	16	10
Nombre de jours	124	103

Ces données ne permettent pas de mesurer en heures la durée de l'isolement, mais il est apparu que cinq personnes étaient sorties le jour même de leur entrée. Quatre autres sont restées une journée au plus ; quatorze sont restées moins d'une semaine, six entre une semaine et quinze jours, deux entre quinze jours et un mois et une trente quatre jours, s'agissant d'une personne décrite comme particulièrement agitée et agressive, qui a été placée cinq fois à l'isolement entre le 30 octobre 2013 et le 19 février 2014, pour une durée totale de soixante-dix-sept jours.

Postérieurement à la visite, l'administration de l'hôpital a effectué des recherches au terme desquelles il est apparu que, entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2014, cinquante-huit patients avaient connu une période « d'isolement thérapeutique ».

D'un échantillon tiré au sort et portant sur quinze dossiers, il est ressorti que la durée moyenne de l'isolement avait été de 6,3 jours, cette durée prenant en compte la somme des périodes d'isolement discontinues.

Il a été précisé que, durant cette même période, six patients avaient été placés sous contention pour des raisons thérapeutiques, cette prescription, dans la majorité des cas n'ayant pas été renouvelée.

2.2.8.4 Les soins somatiques

Le projet médical insiste sur la nécessité d'offrir aux personnes détenues comme à l'ensemble de la population, la plus large palette de soins.

Dès l'arrivée du patient, un électro cardiogramme est pratiqué ; le lendemain, un **examen somatique** est réalisé par le médecin généraliste. Un bilan sanguin peut être prescrit. Celui-ci sera réalisé par les infirmières du service puis envoyé au laboratoire à l'hôpital Gustave Roussy deux fois par jour. Si le patient suit un traitement, les ordonnances sont transmises.

Le planning du médecin est établi de façon hebdomadaire. Il passe dans les deux unités. En cas d'absence de celui-ci, liée notamment à un repos compensateur de ses gardes, l'équipe soignante consulte en urgence le service des spécialités, ou le médecin de garde de Paul Guiraud après 18h. En effet, les gardes de médecine générale à l'UHSA sont les mêmes que celles des autres unités hospitalières.

Les prescriptions du généraliste sont effectuées via un logiciel GENOIS (application informatique) qui permet aux préparatrices de disposer en temps réel de la prescription. La préparation des piluliers est faite en unité 2, par les infirmiers de nuit et vérifiée le matin par l'infirmier de jour. La préparatrice en pharmacie approvisionne une fois par semaine le stock, mais apporte les médicaments manquants si besoin. La consommation est contrôlée via l'armoire virtuelle ; en effet, la prise de médicaments est validée informatiquement, ce qui garantit l'administration effective du traitement, assure le suivi du patient et permet la gestion du stock. Le médecin généraliste coordonne les soins somatiques.

Les consultations de spécialités médicales se font en général au plateau du GHPG, s'agissant notamment de consultations du dentiste, cardiologue, gastro-entérologue, dermatologue, endocrinologue, gynécologue. Les rendez vous sont pris par le médecin généraliste via une application interne informatique ; les personnels soignants disposent d'un agenda où les transmissions sont inscrites ; l'organisation du déplacement est assurée par le service médical et le secrétariat infirmier.

Le transport s'effectue toujours en véhicule et le personnel pénitentiaire assure systématiquement l'escorte. La composition de l'équipe soignante et le niveau d'escorte sont dits adaptés au profil du patient ; l'ensemble est déterminé en concertation entre le médecin responsable de l'unité et l'officier pénitentiaire.

Les contrôleurs ont ainsi pu suivre l'extraction d'un patient pour consultation auprès du dentiste. Le patient y a été accompagné par deux soignants. L'ambulance avait été réservée par le service médical. L'escorte était composée de trois surveillants. Le patient a été menotté et pourvu d'une ceinture ventrale ; il n'a pas quitté les moyens de contrainte jusqu'à son retour à l'UHSA. Durant l'examen, les deux soignants et un agent pénitentiaire sont restés en permanence auprès du patient ; lorsque celui-ci a dû subir une radiographie, les personnels soignants sont sortis du cabinet ; le surveillant est resté auprès du patient, équipé d'un tablier de protection et d'un foulard contre les rayons.

Le praticien a indiqué aux contrôleurs préférer soigner le patient sans la présence de tiers. La présence de l'escorte médicale et pénitentiaire lui a été présentée comme nécessaire, dès les premières consultations.

En cas d'urgence, les patients sont adressés au centre hospitalier du Kremlin-Bicêtre ou à la clinique d'Anthony où, est-il indiqué, tout est mis en œuvre pour un traitement prioritaire des patients.

2.2.9 La gestion de la vie quotidienne

Le livret d'accueil remis aux patients de l'UHSA décrit les grandes lignes de la vie dans l'établissement ; le contenu du livret a été exposé plus haut (Cf. §2.2.7.1). Le déroulement d'une journée-type a par ailleurs été décliné ci-dessus (Cf. 2.2.8.3).

2.2.9.1 La restauration

La restauration à l'UHSA est identique à celle des autres pavillons de l'hôpital. Une cuisine centrale élabore les menus et prépare les repas ; patients et soignants ne contribuent pas à cette élaboration.

Une liaison chaude est assurée entre la cuisine centrale et l'UHSA deux fois par jour. Les chariots sont livrés dans le sas d'attente de l'UHSA où le personnel de l'UHSA vient les récupérer pour les conduire dans les offices des différentes unités. Les chariots sont laissés en chauffe ; les plats ne sont sortis que lorsque les patients sont installés dans la salle à manger. Il a pu être constaté, au moment du contrôle, que les plats étaient servis chauds.

Le petit déjeuner, le déjeuner ainsi que le dîner sont pris en commun dans la salle à manger, sauf indication médicale contraire. Les patients arrivent tous ensemble et sont placés à table en fonction de critères définis par l'équipe soignante.

Des menus spéciaux, sans sel, sans sucre, sans porc, végétariens, hypo ou hypercaloriques sont possibles, sur indication médicale.

Les couverts sont métalliques, les verres et les bols en verre securit, les assiettes en faïence. Il est demandé à chaque patient de rester à sa place jusqu'à ce que le dernier ait terminé son repas, de débarrasser leurs couverts et de passer une éponge sur la table. Le service, et la disposition de la table sont effectués par les personnels.

Des personnels sont présents en permanence durant le repas qui n'excède pas trente minutes.

L'ambiance générale des repas est peu animée, les personnes ne s'expriment que très peu voire pas du tout. Lors de la visite, l'un des patients, qui se tenait sur les deux pieds arrière de sa chaise, a été vertement réprimandé par un soignant et sommé de « bien se tenir ». Un autre, qui, à la fin du repas, souhaitait offrir aux personnes attablées avec lui un gâteau provenant d'un paquet acquis à la cantine, s'est vu rappeler la règle selon laquelle « les détenus n'avaient pas le droit de s'échanger ou se donner des objets ».

2.2.9.2 La cantine

Un bon de cantine arrivant est fourni au patient par l'administration pénitentiaire (un spécifique mineur, un majeur). Le patient le remplit une fois arrivé dans l'unité d'hospitalisation, le personnel médical le récupère et le transmet à l'administration pénitentiaire qui gère la commande. Une fois la cantine arrivée à l'UHSA, l'administration pénitentiaire remet le contenu au personnel soignant qui transmet au patient ; il s'écoule généralement 48 h pour la réalisation de ces opérations.

La cantine arrivant se compose de :

- tabac ;
- quatre produits de correspondance ;
- un peigne ;
- un jeu de cartes.

La cantine des mineurs est identique à l'exception du tabac.

Les commandes suivantes sont hebdomadaires.

Le bon est distribué le samedi par le personnel soignant, remis par le patient le dimanche qui suit, transmis par navette au centre pénitentiaire le lundi. Les cantines sont distribuées aux intéressés le vendredi qui suit.

Les produits pouvant être cantinés sont les suivants :

- sept produits concernent les fumeurs ;
- quatre produits concernent la correspondance ;
- onze produits concernent l'hygiène « homme » ;
- dix-huit produits concernent l'hygiène « femme » ;
- huit produits concernent des confiseries.

2.2.9.3 Le tabac

La consommation de tabac est exclusivement autorisée dans la journée, dans les cours de promenade, à des heures définies (9h30, 11h30, 12h45, 15h30, 17h00, 18h45, 20h45.). Il n'existe pas de fumoir. Il n'est pas possible de fumer la nuit. Sur prescription médicale, des substitutifs nicotiques (gomme, patches) sont proposés.

Les cigarettes sont conservées par le personnel médical qui en effectue la distribution à chaque créneau horaire (deux cigarettes sont alors remises). Les briquets et allumettes ne sont pas détenus par les patients.

2.2.10 Les liens avec l'extérieur

2.2.10.1 Les visites

Le cadre général. Les permis de visite établis avant l'hospitalisation arrivent en même temps que le dossier de la personne détenue, voire avec un peu de retard selon les établissements de provenance. Toute nouvelle demande doit être adressée au centre pénitentiaire de Fresnes. Qu'il soit prévenu ou condamné, chaque patient détenu peut, en principe, bénéficier de quatre permis de visite et de trois parloirs par semaine.

Les dix notes de service concernant les parloirs sont rangées dans un classeur, dans le bureau du surveillant chargé de l'organisation des parloirs, titulaire d'un poste fixe. Les

rendez-vous se prennent auprès de lui, exclusivement par téléphone²³ du lundi au vendredi de 9h à 11h30 ; ils peuvent être pris au plus tard la veille et pour sept à dix jours au maximum.

Les horaires sont les suivants, étant précisé qu'il n'y a jamais de « double parloir » :

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
Matin AVOCATS	9H00 - 11H00						
Après midi FAMILLES	14h00- 14h45		14h00- 14h45		14h00- 14h45		14h00- 14h45
	15h00- 15h45		15h00- 15h45		15h00- 15h45		15h00- 15h45
	16h00- 16h45		16h00- 16h45		16h00- 16h45		16h00- 16h45

Les permis de visites du jour sont transmis la veille par le surveillant de parloir à la PEP (et le week-end par les agents de service).

Un registre recense la venue des visiteurs et comporte la date du parloir, le nom du patient détenu, le ou les noms des visiteurs, l'heure d'arrivée et celle du départ, le numéro de la cabine et la présence ou non d'un sac de linge.

Les locaux et le parcours. Il n'y a pas de lieu d'accueil des familles, ni de auvent devant la porte de l'UHSA.

Les visiteurs disposent de neuf casiers encastrés dans le mur avant la porte d'entrée du bâtiment ; une pièce d'un euro est glissée dans le mécanisme sur la face intérieure de la porte, qui ferme avec une clé attachée à un bracelet numéroté.

Le visiteur doit déposer sa carte d'identité dans le passe-document. Avant d'ouvrir, l'agent vérifie que la personne est bien titulaire d'un permis de visite et qu'elle a pris rendez-vous.

Le visiteur est ensuite soumis aux contrôles de sécurité précédemment décrits (Cf. §2.2.2.1 A).

Le linge propre, dont le contenu est strictement réglementé²⁴, doit être déposé sous le tunnel de sécurité à rayons X ; un surveillant le prend en charge et le fouille dans l'espace

²³ Il n'y a pas de borne automatique.

²⁴ Pas plus de : 6 slips, 6 paires de chaussettes, 6 maillots de corps ou 6 Tee-shirt, 4 soutien-gorge, 2 pyjamas ou 2 chemises de nuit, 2 pantalons, 2 pulls sans capuche, 1 veste sans capuche, 1 paire de chaussures, 1 paire de

parloir. Il en est de même pour le sac de linge sale apporté par le patient, remis au visiteur à la fin des parloirs.

La zone parloir est accessible par une porte située au fond et à droite du deuxième hall d'entrée ; cette porte est dotée d'un hublot transparent de 0,25 m de diamètre et munie d'un verrou électrique dont l'ouverture est commandée depuis la porte d'entrée principale (PEP). Un couloir de 1,50 m de largeur, vitré sur la droite, placé sous la surveillance d'une caméra, dessert successivement sur la gauche :

- des sanitaires – WC et lavabo – pour personne à mobilité réduite et deux autres pour le public ;
- un salon de rencontre de 11,4 m², meublé de cinq fauteuils et d'une table basse pour les entretiens entre les familles et les médecins ;
- une salle d'attente « entrée » de 9,9 m², comportant deux fois trois sièges sur poutre et quatre chaises en plastique ; la porte d'entrée est munie d'une imposte carrée de 0,35 m de côté et celle de sortie est pleine ; les deux portes ne s'ouvrent que depuis les couloirs ; le plafond comporte deux hublots électriques encastrés, un détecteur de fumée et une bouche d'aération à ventilation mécanique contrôlée ; le sol est constitué d'un revêtement plastique moiré remontant de 0,10 m sur les murs ; ceux-ci sont colorés de teintes pastels – vert, jaune – et de blanc ; un voyant rouge d'alarme est disposé dans un angle sous le plafond ;
- une seconde salle d'attente « sortie » de 10,6 m², équipée comme la précédente ;
- le bureau du surveillant de parloir.

Depuis les salles d'attente, un autre couloir, surveillé par caméra, permet l'accès à **six cabines de parloir** :

- une de 12,2 m² pour personne à mobilité réduite ;
- quatre de 6,9 m² ;
- une de 7,3 m², munie d'un hygiaphone.

Les cinq cabines ordinaires sont équipées d'une table de 1,20 m sur 0,60 m et de quatre chaises en plastique. Les deux portes, percées de carrés de verre sécurit transparent de 0,35m de côté, ne s'ouvrent que de l'extérieur et sont munies d'un système de ferme-portes automatique.

Le parloir hygiaphone comporte en son milieu un dispositif de séparation avec une partie fixe et une porte ; la moitié basse est en verre sécurit transparent et la partie haute en métal percé de trous permettant de communiquer ; une chaise est disposée de chaque côté de la vitre²⁵.

chaussons. L'échange se fait pièce à pièce sous le contrôle d'un infirmier afin d'éviter l'accumulation dans les chambres qui ne comportent pas toutes un placard (en fonction de l'état du patient).

²⁵ Ce parloir hygiaphone n'a encore jamais servi depuis l'ouverture car le corps médical y est opposé pour des « raisons thérapeutiques ».

Toutes les portes ont une largeur de 0,90 m et permettent l'accès, en fauteuil, des personnes à mobilité réduite ; elles ont une qualité pare-feu d'une demi heure.

L'ensemble des locaux est très coloré et propre (le ménage est fait chaque matin, du lundi au vendredi, par l'entreprise qui assure le nettoyage des locaux de l'administration pénitentiaire).

A la fin des parloirs, les visiteurs empruntent le chemin en sens inverse et récupèrent éventuellement un sac de linge sale.

Le **patient détenu** est accompagné depuis son unité par deux infirmiers et remis à deux surveillants à hauteur de la porte jouxtant le PCC. La personne détenue est systématiquement fouillée par palpation avant l'entrée et le magnétomètre est utilisée pour les femmes (il n'y a pas toujours un personnel féminin parmi le personnel pénitentiaire).

Chaque semaine, une liste est établie consignait les patients détenus devant être fouillés à nu à la sortie des parloirs ; elle est établie par le major et soumise à la direction de Fresnes pour validation. Elle comporte les rubriques suivantes :

- nom et prénom du patient ;
- numéro d'écrou ;
- date d'écrou à l'UHSA ;
- infractions ciblées ;
- catégorie pénale ;
- observations ;
- décision de fouille.

Au jour de la visite des contrôleurs, cette liste comptait dix-neuf noms dont quatre femmes, sur trente deux patients détenus au jour de la visite du parloir.

La surveillance des parloirs est assurée par deux agents pénitentiaires. Ils fouillent les sacs de linge et effectuent des rondes dans les couloirs, côté visiteurs et côté patients-détenus. Il n'y a pas de caméra dans les cabines. Un interphone permet la communication avec le poste de contrôle des circulations (PCC).

Il n'y a pas eu d'incidents depuis l'ouverture et aucun visiteur ou patient-détenu n'a été trouvé en possession d'objets interdits.

En pratique, depuis le premier janvier 2014, cent quarante trois visites ont été effectuées alors que sept cent quatre vingt quinze temps de parloirs étaient disponibles.

Depuis le deux mars 2014, plus de la moitié des patients n'ont pas reçu de visites ; parmi les autres, huit en recevaient régulièrement.

En revanche, il a été constaté qu'un patient avait pu bénéficier de quinze parloirs en trois semaines et un autre de dix en deux semaines. Selon les renseignements recueillis, la détermination du nombre des parloirs serait d'ordre thérapeutique, et relève d'un accord entre le médecin et l'administration pénitentiaire.

Soixante quatre sacs de linge propre ont été échangés.

Un visiteur, qui acceptait mal les restrictions en matière de linge, a indiqué aux contrôleurs avoir eu des échanges désagréables avec un surveillant à l'occasion d'un sac de linge propre dont le contenu ne respectait pas les quantités prévues par le règlement.

Les parloirs du dimanche 13 avril au vendredi 18 se présentent comme suit (nombre de parloirs occupés) :

Date	14 h	15 h	16 h
13 avril	4	4	1
14 avril	1	4	1
18 avril	3	1	0
20/4 (prév.)	1	4	1

Les **avocats** rencontrent leurs patients dans les cabines de la zone parloir.

L'examen des deux registres de mouvements de la PEP établis depuis le premier avril 2014, montre que deux avocats se sont présentés à l'établissement et ont passé l'un trente minutes le 9 avril et l'autre quarante cinq minutes le 14 avril 2014.

Les agents interrogés qualifient de rare la présence des avocats.

2.2.10.2 Le téléphone

Un poste mural filaire est à disposition des patients. Situé dans le couloir entre le salon et les chambres, et dépourvu de coque, il n'offre aucune confidentialité. Un guide d'usage est affiché à côté du poste, comportant à la fois des images et le mode d'emploi en français, anglais et russe.

L'accès au téléphone est possible de 9h30 à 12h et de 15h à 18h tous les jours de la semaine, à la demande des patients. Le personnel médical, ainsi que des patients interrogés indiquent ne pas rencontrer de problème avec la téléphonie.

Lors de l'arrivée à l'UHSA - ou lorsqu'il est en état de le faire - le patient **prévenu** remplit auprès du surveillant de parloir un formulaire en indiquant au plus vingt numéros de téléphone et l'adresse des interlocuteurs. Cette fiche est transmise par fax au centre de détention de Fresnes qui transmet au juge. La réponse est également faxée en retour. A la date de visite des contrôleurs, des prévenus attendaient la réponse depuis le dix février, le vingt-quatre et les vingt-six mars, le quatre et le six avril.

Le patient **condamné** arrivant dispose d'un crédit de 1 € durant quarante huit heures pour téléphoner. Passé ce délai, il remplit également une fiche qui est faxée à la seule régie des comptes nominatifs de Fresnes pour vérification de l'approvisionnement du compte SAGI ; s'il ne l'est pas, un mandat doit être envoyé pour ouvrir la possibilité de téléphoner. Le surveillant de parloir dispose de l'accès informatique à chaque fiche individuelle SAGI. Il n'y avait, au moment du contrôle, aucune demande de condamnés en attente.

Dès que l'autorisation est acquise, le patient dispose de son code à deux séries de chiffres sur une copie de la fiche SAGI à son nom. Il réapprovisionne son compte autant que de besoin.

Le système d'écoute des conversations est situé dans le bureau du surveillant de parloir qui indique n'avoir que peu de temps pour ce faire.

Il est interdit à toute personne d'introduire un téléphone portable à l'intérieur de l'UHSA, à l'exception des cadres de santé et des médecins. Une liste des personnes autorisées est disponible à la PEP. Depuis l'ouverture il n'a jamais été découvert de téléphone portable dans les chambres lors des fouilles effectuées régulièrement par les agents de l'administration pénitentiaire.

2.2.10.3 Le courrier.

Sauf avis contraire des médecins ou des autorités judiciaires, les patients peuvent recevoir et envoyer du courrier. Une note d'information est affichée à côté des téléphones, avec l'adresse du centre pénitentiaire de Fresnes.

L'administration pénitentiaire ne remet pas de nécessaire courrier ; les patients peuvent cantiner à l'UHSA papier, stylo et timbres avec un délai d'environ six jours. En cas d'urgence les infirmiers ou l'assistante sociale peuvent fournir le matériel.

Le courrier sortant - ouvert ou fermé si c'est pour une autorité - est collecté par le personnel médical et transmis au personnel de la pénitentiaire qui l'envoie tous les deux jours par une navette, au vagemestre du centre pénitentiaire de Fresnes ; à cet endroit, le courrier est contrôlé et traité comme celui de l'ensemble de l'établissement.

Le courrier entrant doit nécessairement être adressé à Fresnes, puis transmis à l'UHSA ; si du courrier arrive directement à l'UHSA, il est renvoyé au vagemestre de Fresnes qui effectue la censure.

Un registre du courrier aux autorités est rempli par le surveillant de parloir : depuis le premier janvier 2014, il en a été inscrit vingt huit.

Des formulaires de recommandé et accusé réception sont à disposition et un registre recense les recommandés : quatre depuis le premier janvier.

2.2.11 Les activités

2.2.11.1 Le cadre général

Ainsi qu'il a déjà été dit, les arrivants sont systématiquement accueillis dans l'unité 1 durant le temps nécessaire à l'évaluation, au diagnostic et à l'élaboration d'un traitement. Compte-tenu de l'état du patient, aucune activité thérapeutique n'est organisée pendant cette phase ; ces patients bénéficient du dispositif général de l'UHSA, essentiellement constitué de la télévision et de la promenade, ainsi que décrit plus bas (Cf. § 2.2.11.3 et 4).

Les activités thérapeutiques organisées par un psychomotricien ou un ergothérapeute sont réservées aux patients de l'unité 2 ; elles seront décrites ci-dessous (Cf. §2.2.11.2).

Quel que soit le moment du parcours, **le sport** n'est pas considéré comme une activité adaptée aux patients de l'UHSA ; aucun lieu spécifique n'a donc été envisagé ni aucun équipement placé dans les cours de promenade à cette fin. Une activité gymnastique douce est toutefois mise en place, un dimanche sur deux, par un infirmier.

Les contrôleurs ont observé que les babyfoots installés dans les salons étaient peu utilisés par les patients.

La bibliothèque de l'hôpital est à disposition pour le prêt de livres, à la demande des patients. Les infirmiers se chargent d'aller chercher les livres et de les rapporter.

Dans les deux salons, des revues apportées par les personnels sont disposées sur une table basse, entourée de fauteuils. Aucun abonnement n'a été souscrit pour l'UHSA.

Avec l'ouverture en mai 2014, de l'unité trois, une bibliothèque sera constituée dans un local réservé à cet effet, accessible aux trois unités.

2.2.11.2 Les activités thérapeutiques

Les activités thérapeutiques sont confiées à des professionnels, psychomotriciens ou ergothérapeutes ; elles s'effectuent collectivement ou à titre individuel. Le temps de travail en groupe est de quarante cinq minutes au maximum ; celui du travail individualisé est très variable en fonction du patient.

Parmi les dix-huit personnes présentes à l'unité 2, la moyenne des personnes différentes participant à une activité collective ou individuelle est de 12,7 au moment du contrôle.

Le professionnel va chercher les personnes au sein de l'unité et les guide jusqu'à la salle adaptée. A l'issue, la détection de masse métallique s'effectue par magnétomètre, systématiquement ; si le magnétomètre sonne, il y a fouille par palpation, effectuée bras en croix, dans le hall de passage devant le PCC.

Les locaux des activités thérapeutiques sont situés au rez-de-chaussée ; on y pénètre à partir d'une porte située à proximité du PCC qui en commande l'ouverture électrique.

Un hall de circulation ouvre vers deux salles, l'une dédiée à la psychomotricité et l'autre à l'ergothérapie. Trois sanitaires sont également accessibles à partir du hall, dont l'un adapté aux personnes à mobilité réduite.

La **salle de psychomotricité** est rectangulaire, d'une surface de 45 m², avec une grande baie vitrée barreaudée. Un pan de mur est recouvert de miroirs. La salle comporte des tapis de sol, de gros ballons, une sonorisation.

Trois psychomotriciens interviennent dans cette salle, deux à mi-temps et une à plein temps. Il n'a pas été possible de les rencontrer, en raison des congés.

Des exercices corporels permettent de travailler sur les émotions et les comportements. Il s'agit d'observer pour aider au diagnostic, de provoquer une réflexion sur le mode de fonctionnement, de favoriser la reconnaissance des troubles.

La **salle d'ergothérapie** est mitoyenne de la précédente. D'une surface de 80 m², elle comporte un bureau arrondi, vitré, permettant une vision globale du local ; elle est équipée d'un point d'eau avec bacs.

Le long des murs sont disposées six armoires basses et deux hautes contenant les divers matériaux utilisés pour les ateliers : cuirs, terre à modeler, pots de pigments, four de cuisson, matériel de pyrogravure, peinture ; un établi supporte une machine à lame vibrante de découpe du bois. Six tables de 1,40m par 0,80m sont montées sur roulettes pour les déplacements ; neuf sièges sont disponibles. Une armoire sous clé abrite les outils considérés

comme dangereux comme les cutters, les ciseaux etc. L'inventaire est fait après chaque séance.

Trois personnes animent cet atelier, l'un à plein temps, un autre à trois cinquième de temps et une stagiaire, présente pour deux mois. Ils sont présents du lundi au vendredi de 9h à 17h avec une coupure à midi.

Des travaux pratiques à base de matériaux ou de jeux servent également de révélateurs des comportements et des émotions. Le travail est effectué individuellement ou collectivement, ne dépassant jamais six personnes. Il nécessite la présence d'au moins trois personnels.

Les contrôleurs ont pu suivre un ergothérapeute avant la mise en place d'une activité regroupant cinq patients, dont une femme, en après-midi. L'ergothérapeute est allé chercher les patients un par un dans leur chambre et les a rassemblés dans le couloir ; le groupe s'est dirigé dans le salon où la boîte contenant les sachets individuels de tabac a été sortie ; ceux qui fument – la grande majorité – ont roulé une cigarette, fumée dans la cour de promenade. Les patients se sont regroupés face aux trois soignants, ensemble également. Le groupe s'est ensuite dirigé vers le PCC et l'espace d'activités.

Là, un disque (Nirvana) a été diffusé en sourdine pendant que la cafetière était mise en route. Les outils nécessaires ont été sortis des armoires ; les patients se sont installés autour des tables pour poursuivre une œuvre commencée, en mosaïques, les trois soignants conseillant ici, rectifiant là, encourageant.

Vers la fin du temps d'atelier, une discussion s'est engagée au sujet des conditions de vie en prison, de la violence, du comportement d'un des patients...

A la fin de l'activité, tout a été rangé, la vaisselle faite et les tables nettoyées ; l'ergothérapeute a prévenu le PCC, qui a ouvert la porte du hall. Il a été procédé à la fouille par magnétomètre avant de remonter au salon.

Tableau de l'activité en salle d'ergothérapie :

Semaine	Nombre groupes	Nombre individuels	Nombre de personnes différentes	Nombre de prises en charge
30-4 janvier	1	9	10	12
6-10	2	17	14	25
13-17	1	13	13	18
20-24	1	9	12	14
27-31	3	9	15	28
3-7 février	3	12	16	30
10-14	5	12	13	36

Semaine	Nombre groupes	Nombre individuels	Nombre de personnes différentes	Nombre de prises en charge
17-21	4	10	13	30
24-28	5	11	12	34
3-7 mars	5	6	13	27
7-11	5	6	10	25
17-21	3	9	11	22
24-28	4	7	11	23
31-4 avril	5	10	14	3
	4	0	13	26

2.2.11.3 La télévision

Les contrôleurs ont pu constater que la télévision des salles communes était allumée en permanence et que la plupart des patients passaient une partie non négligeable de leur temps devant le poste, qu'ils regardent avec plus ou moins d'attention. A l'occasion, il est proposé de projeter un film DVD.

La télévision n'ayant pas été installée dans les chambres, il a été indiqué aux contrôleurs que cette mesure devait être compensée par la possibilité de voir un film le soir, après la pause dans la chambre (de 19h30 à 20h30). Il s'est avéré très vite que, pour des raisons de sécurité invoquées tant par l'administration pénitentiaire que par les soignants – trois infirmiers, parfois deux – il était hors de question de permettre cet accès à tous les patients. En fait, quatre à six patients sont donc autorisés à regarder la télévision le soir.

Les contrôleurs ont pu observer que le choix des patients s'effectuait de manière quelque peu subjective, en fonction de l'appréciation du comportement en journée plus que de la demande. La proposition est faite au moment de la distribution des traitements du soir, qui débute à partir de 20h30 ; il a été observé qu'à ce moment, les lumières des chambres étaient éteintes et que les patients étaient allongés sur leur lit, plus ou moins endormis. La proposition n'est pas faite à tous les patients. Les contrôleurs ont constaté que la question – « est ce que je peux regarder la télévision ? » – clairement formulée par un patient, avait été ignorée ; il a aussi été observé que certains à qui la proposition avait été faite, l'avaient déclinée. Finalement, au jour du contrôle, les portes des chambres se sont ouvertes pour quatre patients dans chacune des unités. De la tisane est proposée ; la boîte contenant les pochettes de tabac est apportée. Les contrôleurs ont constaté que les fumeurs se précipitaient sur la leur et roulaient une cigarette qu'ils allaient fumer à l'entrée de la cour. Le choix du programme a incombé au non fumeur ; il était 21h15.

2.2.11.4 La promenade

Une note d'organisation conjointe, signée du médecin responsable et du directeur pénitentiaire le 3 décembre 2013, rappelle que « la présence d'un personnel hospitalier doté d'un émetteur-récepteur doit être continue sur les cours extérieures lors de la sortie de patients détenus » ; elle organise et limite les sorties comme suit :

- de jour (7h-19h) : il est demandé au personnel hospitalier d'informer le premier surveillant de l'effectif du patient se rendant dans les cours et de le solliciter lorsqu'est envisagée la sortie d'un patient détenu « présentant un profil de dangerosité » ;
- de nuit (19h-7h) : l'identité des personnes susceptibles de se rendre en salle d'activités (salle commune) ou dans les cours doit être communiquée à l'encadrement pénitentiaire avant la sortie, pour validation ; le nombre de personnes est limité à quatre si la salle et la cour sont accessibles et à six si seule la salle télévision est ouverte ; les DPS (détenus particulièrement surveillés) ne sont pas autorisés à se rendre en salle télévision ou dans la cour de nuit).

Les cours sont accessibles, pour une durée variable – plus ou moins vingt minutes – en fonction des horaires de la distribution du tabac et de la disponibilité d'au minimum deux soignants, à 9h30, 11h30, 12h45, 15h30, 17h00, 18h45 et 20h45 ; ce dernier horaire ne concerne que les quatre à six personnes autorisées, le soir, à regarder la télévision.

Les horaires sont indiqués sur la porte donnant accès aux cours, suivis de cette inscription : « ces horaires seront respectés dans la mesure du possible, selon la disponibilité des soignants ».

Les cours sont essentiellement utilisées par les fumeurs ; elles sont dépourvues de bancs ou autres sièges et ne semblent pas constituer un espace de convivialité. Comme la note évoquée plus haut l'indique, les soignants y sont toujours présents lorsque des patients s'y trouvent. Celle de l'unité 2 est accessible depuis le salon du premier étage par un escalier comportant un large palier devant la porte ; c'est à cet endroit que les patients fument, sans descendre dans la cour.

2.2.12 La discipline

2.2.12.1 Les incidents.

Il n'est pas tenu de commission de discipline pénitentiaire au sein de l'UHSA.

Les incidents sont décrits comme peu nombreux, en pratique des insultes et des menaces. Le compte-rendu est systématiquement adressé à l'établissement d'origine, qui apprécie la suite à donner ; les incidents les plus sérieux sont portés à la connaissance du parquet.

En 2013, cinq compte-rendu d'incidents ont été établis, dont trois ont été transmis au parquet (les suites n'étaient pas connues lors du contrôle).

Au 16 avril 2014, un seul compte-rendu d'incident avait été établi depuis le début de l'année, et transmis au parquet.

2.2.12.2 Les demandes de prêt de main forte.

Le personnel pénitentiaire ne pénètre pas dans la zone médicale. Il ne peut y intervenir qu'à la demande expresse du personnel soignant lorsque la sécurité des personnes ou des biens est compromise.

Il existe trois niveaux d'alerte. Le niveau 1 s'adresse aux personnels soignants de l'unité concernée et entraîne parallèlement la mise en alerte des personnels pénitentiaires. Le niveau 2 provoque l'intervention des personnels soignants d'une autre unité et la mise en place de l'équipe pénitentiaire (qui s'équipe en casques, boucliers, protège tibias...). Le niveau 3 entraîne l'intervention immédiate des personnels pénitentiaires.

Le tableau ci-dessous retrace le nombre de prêts de main forte sollicités par le personnel soignant pour l'année 2013, depuis l'ouverture de l'UHSA :

	2e trimestre	3e trimestre	4e trimestre	total
Service de jour	3	5	21	29
Service de nuit	4	6	22	32

Les contrôleurs ont assisté à une opération de type niveau 3, le 16 avril 2014. L'intervention des surveillants pénitentiaires avait été requise par l'équipe soignante. L'alarme a été déclenchée à 16h35. Quatre surveillants se sont donc équipés (casques, équipements renforcés, boucliers). Selon un formateur à l'ENAP, la préparation de l'équipement, quand l'équipe est bien entraînée, ne doit pas dépasser 2mn 30. A 16h40, les surveillants sont entrés dans l'unité 1. A 16h55, ils en sont ressortis. Cette intervention, ainsi que celle, plus intempestive, qui l'avait précédée, est plus amplement décrite plus haut (Cf. §2.2.6.C).

Ces interventions sont consignées sur un cahier. Les alertes des niveaux 2 et 3 font l'objet d'un rapport circonstancié. Les contrôleurs ont pu ainsi vérifier le 17 avril qu'il n'avait pas encore été rendu compte des interventions de l'après-midi précédente. Y figurait par contre le prêt de main forte survenu à 0h45 la nuit même. Le lieu, le nom de l'individu concerné, la demande par le personnel soignant étaient notés. La mention « bien déroulé » y figurait.

Une mention apposée au crayon à papier par le major invitait le responsable de l'équipe à rendre-compte de l'intervention, ou des interventions, omise(s).

2.2.12.3 Les fouilles et autres mesures de sécurité

En principe, deux fouilles de chambres sont effectuées chaque jour dans l'après midi en l'absence du patient mais en présence du personnel soignant. Elles sont enregistrées dans GIDE.

En réalité, le nombre de fouilles est décidé par le major en fonction du planning de chaque journée et du nombre d'extractions prévues.

Du 1er au 15 avril, ces fouilles ont eut lieu les 1er, 5, 9, 10 et 15. Douze chambres ont été ainsi fouillées. L'une des fouilles avait été demandée par l'équipe soignante.

Les fouilles intégrales sont régies par les notes 1079 et 1080. Il a été rendu compte de certaines dans le chapitre consacré aux visites (Cf. §2.2.10.1).

Le jeudi 17 avril, les contrôleurs ont assisté au départ en audition devant le JLD d'une patiente détenue. Celle-ci a été fouillée par palpation par un personnel féminin dans le local de fouille. Les moyens de contrainte (ceinture menottée) ont été posés dans le couloir.

A l'occasion des déplacements internes à l'UHSA, notamment à l'occasion des activités, il est recouru au magnétomètre et, le cas échéant, à une palpation par un agent de même sexe. Les opérations s'effectuent devant le PCC.

2.2.12.4 Les moyens de contrainte.

L'utilisation des moyens de contrainte est régie par une note du 27 août 2013 (note SS/ML 1469) relative aux modalités d'utilisation des moyens de contrainte d'une personne détenue prise en charge par le personnel pénitentiaire de l'UHSA. Elle prévoit l'adaptation de ceux-ci au profil du patient détenu (dangerosité, risques d'évasion, état de santé) dont l'évaluation est faite à l'aide d'une grille d'évaluation comportant divers items.

A l'UHSA, la fiche de liaison mise en place avec l'établissement d'origine, au moment de l'arrivée du patient détenu permet aux officiers de cerner le profil du détenu et d'adapter ainsi les moyens de contrainte.

Chaque jour, les moyens de contrainte sont ainsi déterminés pour chaque patient qui doit être escorté pour un transfert ou une extraction. Le major tient ainsi compte des informations échangées lors du briefing avec l'équipe médicale. Une fiche d'escorte reprenant l'ensemble des éléments est établie et remise au chef d'escorte.

Lorsqu'un patient détenu est transporté en véhicule sanitaire avec escorte, les personnels hospitaliers décident des moyens de contention médicale et en informe l'escorte, qui apprécie, *in fine*.

Les menottes constituent le niveau minimum utilisé. Il est dit que la question se poserait différemment pour les mineurs, les femmes enceintes de plus de six mois, les personnes âgées de plus de 70 ans, les personnes lourdement handicapées, lesquels ne seraient menottés qu'en cas de dangerosité avérée.

Il est dit que les entraves sont utilisées de façon exceptionnelle et, en principe, ne sont pas combinées avec les menottes.

Il existe également d'autres moyens de contrainte disponibles : la ceinture de sécurité et le fil de guidage.

Une réévaluation des moyens peut avoir lieu en cours de transfert. Le gradé en est immédiatement prévenu.

2.2.12.5 L'usage des armes par le personnel pénitentiaire.

L'UHSA n'étant pas considérée comme un établissement pénitentiaire, le cadre réglementaire de l'usage des armes est régi par une note spécifique de la direction de l'administration pénitentiaire, en date du 18 août 2013.

Les personnels pénitentiaires sont armés à l'extérieur et lorsqu'ils assurent l'escorte d'une extraction ou d'un transfert. Ils ne peuvent faire usage de leurs armes à feu qu'en cas de légitime défense²⁶.

Les ports d'armes sont gérés par la direction interrégionale en liaison avec l'établissement de Fresnes. Quinze personnels pénitentiaires y sont autorisés.

L'accès à l'armurerie est réglementé. Sur les portes de l'armurerie figurent les notes n° 67768 du 19/7/2013 et 2081 du 6/12/13 précisant la liste nominative des personnes des personnels de gendarmerie et de l'administration pénitentiaire ayant accès à celle-ci.

Deux agents bénéficient chaque semaine de séance de tir. Ainsi, chaque agent s'entraîne une fois par trimestre. Les tirs sont validés par les formateurs. En revanche, aucune formation n'est organisée à propos des gestes et comportements requis lors d'intervention en unité.

2.2.13 La sortie

2.2.13.1 Les données chiffrées

Au jour de la visite et depuis l'ouverture de l'UHSA au mois d'avril 2013, cent-un patients détenus sont sortis pour cent trente cinq entrées. Les sorties se répartissent comme suit :

Etablissement de destination	Nombre
MA de Bois d'Arcy	17
Libérés avec SDRE en CH	13
MA de Fleury-Mérogis	12
UPH Fresnes	12
MA Fresnes	11
MA Osny	6
CP Meaux	6
MC Poissy	5
MA Paris La Santé	4
CP Réau	4

²⁶ Note de la direction de l'administration pénitentiaire du 18 août 2013

Libérés	4
EPSNF Fresnes	2
Autre	5

Sur les cent-un patients sortis, cinquante-sept sont retournés dans leur établissement pénitentiaire d'origine et dix ont été affectés dans un autre établissement pénitentiaire.

2.2.13.2 L'accompagnement socioéducatif et l'aménagement des peines

L'accompagnement socioéducatif des patients détenus est assuré par deux intervenants : une assistante sociale à temps plein et un conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP) qui organise des permanences sur place depuis le mois de janvier 2014, en fonction du nombre de demandes, à hauteur d'une fois par mois environ.

L'**assistante sociale** travaille à l'UHSA depuis son ouverture. Elle bénéficie d'une bonne expérience en psychiatrie, ayant occupé précédemment le même poste, pendant quatorze ans, à l'unité pour malade difficiles du GHPG.

Elle est présente tous les jours à l'UHSA et se rend dans les unités pour recevoir les patients quatre demi-journées par semaine : les mardis et jeudis après-midi en unité 1 et les lundis après-midi et vendredi matin en unité 2. Elle rencontre ainsi de dix à douze patients par semaine, toujours en présence d'un soignant.

L'assistante sociale rencontre systématiquement les nouveaux arrivants dans les jours qui suivent leur hospitalisation, afin d'établir un bilan de leur situation sociale. Elle leur demande leur adresse à l'extérieur, l'adresse de leur famille, l'existence d'éventuels mandataires judiciaires. Elle profite également de ce premier entretien pour se présenter, expliquer aux patients son rôle ainsi que celui du CPIP, en insistant sur la distinction de leurs compétences qu'elle présente ainsi : l'assistante sociale s'occupe des démarches relatives aux droits sociaux tandis que le CPIP s'occupe des démarches relatives à l'exécution de la peine.

L'assistante sociale se charge également de prévenir la famille de l'hospitalisation si le patient le souhaite. A cette occasion, elle explique à la famille le fonctionnement de l'UHSA et indique la nouvelle adresse de l'intéressé, son nouveau numéro d'écrou le cas échéant ; elle indique également les formalités à accomplir pour venir le voir au parloir.

Elle prévient également la famille en cas de sortie. Il a été indiqué aux contrôleurs que l'assistante sociale était l'interlocuteur privilégié des familles pour obtenir des renseignements autres que médicaux.

Les démarches les plus fréquemment accomplies sont les suivantes :

- maintien des liens avec la famille ;
- rétablissement des ressources des patients (finalisation des dossiers de demande d'allocation adulte handicapé, information des caisses d'allocation familiales du changement d'établissement et donc de RIB du patient...) ;
- demandes de mesures de protection (10% des patients accueillis).

L'assistante sociale se charge aussi, plus ponctuellement, de réaliser les démarches de restitution de logement ou de résiliation de bail pour les patients placés en détention depuis peu de temps. Elle assure le lien avec les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou de la PJJ lorsque les patients ont des enfants suivis par ces services.

Elle apporte également une aide à l'écriture en rédigeant avec les patients des courriers administratifs divers (à destination de la banque ou du Bâtonnier de l'Ordre des avocats pour obtenir la désignation d'un avocat commis d'office...).

Lorsque le patient quitte l'établissement, l'assistante sociale se met en contact, soit dans le cas d'un retour en détention, avec le SPIP de l'établissement, soit, dans le cas d'un placement en hôpital, avec l'assistante sociale de l'hôpital. Lorsque le patient quitte l'UHSA pour recouvrer sa liberté, l'assistante sociale l'aide à effectuer les démarches de sortie pour organiser l'hébergement et le transport à domicile, ainsi que pour récupérer le paquetage complet qu'il a laissé dans son établissement d'origine.

Le **conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation** se déplace peu à l'UHSA, en raison de sa faible disponibilité d'une part, celui-ci étant affecté au CP de Fresnes et ayant vu le suivi des patients hospitalisés à l'UHSA s'ajouter à sa charge de travail sans que du temps supplémentaire lui ait été dégagé, et, d'autre part, en raison d'un faible nombre de demande des patients détenus, attribué à la présence quotidienne de l'assistante sociale.

Le CPIP reçoit les demandes des patients détenus relatives aux modalités d'exécution de leur peine (octroi des crédits de réduction de peine, des réductions de peine supplémentaires, demandes d'aménagement de peine) par courrier. Il y apporte le plus souvent réponse par courrier et, lorsque cela s'avère nécessaire, se déplace à l'UHSA pour rencontrer les patients détenus.

Depuis le mois de janvier 2014, début de son intervention, le CPIP s'est rendu à trois reprises à l'UHSA : les 17 janvier, 11 février et 11 mars 2014. Il a rencontré, respectivement, six, cinq et deux patients détenus.

Au jour de la visite, le travail du CPIP consistait principalement en l'information des patients détenus sur leur situation pénale et les procédures d'aménagement de peine. Seuls deux patients détenus avaient une démarche d'aménagement de peine en cours au jour de la visite.

Il a été indiqué aux contrôleurs que, compte tenu de la faible durée de séjour des patients détenus à l'UHSA, peu de démarches d'aménagement de peine peuvent être entreprises ; l'examen, ou la satisfaction, des demandes en cours est souvent reporté à la sortie de l'UHSA en raison de la fragilité du patient pendant son séjour ou du désistement de ses demandes.

Depuis l'ouverture de l'UHSA, aucune permission de sortir ni aucun aménagement de peine n'ont été accordés aux patients détenus. Seuls les crédits de réduction de peine et réductions de peine supplémentaires sont accordés pendant leur séjour.

Il a été indiqué aux contrôleurs que le juge de l'application des peines référent pour l'UHSA souhaiterait pouvoir mettre en place des aménagements de peine dans la perspective de l'ouverture prochaine de l'unité 3, dont il a été précisé qu'elle accueillerait des patients stabilisés.

Aucune action commune n'était, au jour de la visite, organisée par l'assistante sociale et le CPIP, à l'exception de la réalisation ponctuelle d'entretiens communs.

Tous deux décrivent leur collaboration comme un échange d'informations : le CPIP renseignant l'assistante sociale sur la situation pénale du patient, sa date de fin de peine et transmettant les informations qu'il peut détenir dans le dossier pénitentiaire comme le numéro de téléphone de la famille (le dossier pénitentiaire étant conservé à Fresnes) ; l'assistante sociale renseignant le CPIP sur les démarches sociales entreprises, les revenus de la personnes et ses possibilités d'hébergement extérieur dans la perspective de l'élaboration des dossiers d'aménagement de peine.

Tous deux s'accordent pour dire qu'au jour de la visite la priorité était donnée au soin du patient détenu mais que la perspective de l'ouverture de l'unité 3, davantage tournée vers la sortie, pourrait les amener à travailler davantage de concert.

2.2.13.3 Les formalités de départ

A L'aspect médical

La fin des soins à l'UHSA est décidée par le médecin référent du patient.

Lors de la sortie, le médecin référent se met en contact téléphonique avec le médecin qui suivra le patient : médecin psychiatre intervenant à l'établissement pénitentiaire de retour ou chef de service de l'hôpital qui accueille le patient, afin de lui transmettre des informations sur le déroulement de l'hospitalisation à l'UHSA.

Il adresse ensuite au médecin qui suivra le patient un compte rendu d'hospitalisation écrit.

Le dossier médical du patient est conservé à l'UHSA et archivé au GHPG.

B L'aspect administratif

Lorsque le patient est admis en soins libres, le médecin référent rédige un « bulletin de sortie » qu'il remet à l'administration pénitentiaire, afin que celle-ci prépare l'ordre de transfèrement.

Lorsque le patient est admis sans consentement, le médecin référent prépare un certificat médical demandant la levée des soins, qu'il adresse à l'autorité administrative. Le médecin attend ensuite l'arrêté de levée de la mesure de soins sous contrainte pour le transmettre à l'administration pénitentiaire afin que soit préparé l'ordre de transfèrement.

Il a été précisé aux contrôleurs que l'administration pénitentiaire était prévenue de la demande du médecin afin qu'elle puisse anticiper l'ordre de transfèrement.

Le délai entre la réception de l'arrêté de levée de la mesure d'hospitalisation sous contrainte et le transfert effectif du patient n'excède jamais quelques heures.

Les contrôleurs ont pu constater dans le registre des la loi que les bulletins de sortie étaient tous datés du jour de sortie prévu par l'arrêté de levée d'hospitalisation.

C L'aspect pénitentiaire

Les formalités de levée d'écrou sont réalisées en collaboration avec le greffe du CP de Fresnes qui faxe à l'UHSA les documents nécessaires tandis que le personnel pénitentiaire de l'UHSA s'occupe sur place des prises d'empreintes.

En cas de fin de peine pure et simple, les formalités de levée d'écrou sont effectuées directement au CP de Fresnes qui a conservé les bijoux et valeurs ainsi que le dossier pénal du patient.

En cas de fin de peine avec maintien d'une mesure de soins sans consentement, les formalités de levée d'écrou sont réalisées à l'UHSA, le CP de Fresnes se chargeant d'acheminer les bijoux et valeurs à la trésorerie de l'hôpital de destination.

Il est procédé de même en cas de transfert vers un autre établissement pénitentiaire, le CP de Fresnes se chargeant de l'envoi des bijoux et valeurs ainsi que du dossier pénal directement à l'établissement de destination.

Le paquetage de départ fait l'objet d'un inventaire contradictoire.

Le CP de Fresnes se charge de la demande de transfert et se trouve destinataire de l'ordre de transfèrement. L'établissement pénitentiaire ou l'hôpital de destination se chargent ensuite du transport du patient.

Les transferts vers les établissements pénitentiaires ont lieu le plus souvent au moyen d'un véhicule et d'une escorte pénitentiaire. Lorsque l'état du patient ne le permet pas, le transport est réalisé au moyen d'un véhicule sanitaire, escorté par le véhicule pénitentiaire.

3 CONCLUSIONS

- Observation n°1 : Les locaux de l'UHSA, tant collectifs qu'individuels, sont propres et lumineux. Les personnels, tant sanitaires que pénitentiaires, sont formés et la plupart sont apparus motivés. Sous les réserves qui suivent, ce type de structure permet aux personnes détenues de recevoir des soins de qualité dans un environnement sécurisé et adapté. Il est regrettable que des personnes détenues soient encore admises à l'hôpital de proximité, moins adapté à leur statut, et d'où elles sortent souvent prématurément (Cf. 2.2.2.3 ; 2.2.5).
- Observation n°2 : La présence d'un mineur, qui de plus est âgé de moins de seize ans, dans une structure où il côtoie des majeurs en permanence sans par ailleurs bénéficier de l'intervention régulière de personnels spécialisés garantissant l'aspect éducatif de la prise en charge (service de la protection judiciaire de la jeunesse), pose question (2.2.6.1.C).
- Observation n° 3 : Des efforts ont été entrepris en matière d'information des patients, qui reçoivent, d'une part, un livret d'accueil spécifique et, d'autre part, un document sur les droits et recours. Certaines informations sont toutefois imprécises (manque d'éléments sur le rôle de certaines autorités, défaut d'adresse), et parfois erronées (délai de saisine du JLD, modalités de contestation de la régularité de la décision d'admission). Les contrôleurs observent que certaines informations relatives aux droits et voies de recours figurent dans les deux livrets alors que d'autres ne figurent que dans un seul, créant ainsi un risque de confusion. Les informations relatives aux droits et voies de recours gagneraient en clarté si elles étaient présentées dans un seul document (Cf.2.2.7). Les contrôleurs ont d'ailleurs constaté que, si les patients avaient dans l'ensemble compris la mesure dont ils faisaient l'objet, beaucoup d'entre eux n'avaient pas connaissance des voies de recours à leur disposition (Cf.2.2.7.4. A).
- Observation n°4 : Les contrôleurs ont constaté qu'aucune procédure n'avait été mise en place pour s'assurer du recueil formel des observations du malade, au sens de l'article L3211-3 du code de la santé publique, à l'occasion des décisions relatives au maintien des soins ou à la définition de la prise en charge (Cf.2.2.7.2. A).
- Observation n°5 : Les contrôleurs ont observé que la désignation d'une personne de confiance n'était pas favorisée : aucun formulaire type n'est édité par le GHPG, de nature à permettre cette désignation alors même que le personnel soignant de l'UHSA n'a pas une bonne connaissance de ce dispositif et ne communique pas l'information au patient (Cf.2.2.7.2. B).
- Observation n°6 : La prise en charge au quotidien obéit à un déroulé précis, très cadré, qui laisse peu de place à l'initiative et exclut la possibilité de s'isoler. Les activités n'étaient pas toutes organisées au moment de la visite et les contrôleurs ont observé que les patients passaient beaucoup de temps devant le poste de télévision dans la journée. Le soir, l'accès à la télévision ne permet pas à tous ceux qui le souhaitent de

suivre un programme choisi et la détermination des patients admis ne semble pas répondre pas à des critères très élaborés (Cf. 2.2.8.3, 2.2.11.2 et 2.2.11.3).

- Observation n°7 : certains traitements sont dispensés en salle commune ; les patients se présentent en groupe et la situation n'est guère apparue propice à l'expression d'une quelconque doléance ou demande de renseignements ni à la délivrance d'informations confidentielles (Cf. 2.2.8.3).
- Observation n°8 : L'isolement et la contention ne font pas l'objet d'un protocole et ne sont pas enregistrés en dehors du dossier de soins du patient. Hormis une surveillance attentive et l'administration d'un traitement, il ne semble pas que cette mise à l'écart s'accompagne d'autres formes de soins susceptibles de lui conférer un caractère réellement thérapeutique.

En outre, la chambre d'isolement n°2 n'offre au patient aucune possibilité d'échapper au regard des soignants : l'ensemble de l'espace est visible à l'œil nu, toilettes comprises. Un tel dispositif est attentatoire à la dignité (Cf. 2.2.8.3.B).

- Observation n°9 : A l'occasion de l'admission d'une personne détenue, les contrôleurs ont pu observer que les personnels pénitentiaires avaient déterminé seuls les modalités d'intervention, allant jusqu'à entrer dans la zone de soins sans y avoir été invités. Les contrôleurs rappellent que, hormis pour en assurer la fouille et le contrôle des équipements et aménagements spéciaux et sauf urgence, le personnel pénitentiaire n'a accès aux locaux de soins et aux chambres des patients qu'à la demande du personnel hospitalier. La situation évoquée ci-dessus, certes particulière, rappelle la nécessité d'une anticipation et d'échanges sereins et clairement établis entre les différents acteurs (Cf. 2.2.6.1.C).
- Observation n°10 : Les contrôleurs s'interrogent sur la place importante que prend la sécurité au détriment d'un environnement favorisant le dialogue et la compliance aux soins : recours apparemment systématique à des mesures de sécurité intensives telles les mises en pyjama dès le départ de l'établissement pénitentiaire, l'accompagnement systématique des patients en cour de promenade, l'usage systématique des menottes et de la ceinture abdominale durant les transports, le maintien des dispositifs de contrainte – et la présence systématique du personnel pénitentiaire – durant les consultations médicales extérieures ; ce dernier point, en particulier, constitue une atteinte à la confidentialité des soins. L'ensemble doit faire l'objet d'une réflexion, notamment chez les personnels de santé ; les contrôleurs rappellent en effet que la primauté du soin constitue un principe fondamental (2.2.6.1 ; 2.2.8.4).
- Observation n°11 : La proportion de personnes soumises à une fouille intégrale (plus de 60%), sans motivation précise, relève du même constat. Les contrôleurs rappellent la nécessité de respecter l'article 57 de la loi du 24 novembre 2009, qui soumet les décisions de fouille intégrale à de strictes conditions (Cf. 2.2.10.1).

Table des matières

1	Les conditions de la visite	2
2	Présentation du site hospitalier	3
2.1	Le groupe hospitalier spécialisé Paul Guiraud	3
2.2	L'UHSA.....	4
2.2.1	Conditions d'ouverture et de fonctionnement	4
2.2.2	Les bâtiments	6
2.2.3	Les personnels de santé.....	12
2.2.4	Le personnel pénitentiaire.....	15
2.2.5	Les patients	20
2.2.6	L'admission et l'accueil.....	22
2.2.7	Les droits du patient détenu	29
2.2.8	La prise en charge des patients.....	40
2.2.9	La gestion de la vie quotidienne	47
2.2.10	Les liens avec l'extérieur	48
2.2.11	Les activités	53
	Semaine.....	55
	Nombre groupes	55
	Nombre individuels	55
	Nombre de personnes différentes.....	55
	Nombre de prises en charge	55
2.2.12	La discipline.....	57
2.2.13	La sortie.....	60
3	Conclusions.....	65