



**Unité hospitalière
spécialement aménagée**

Orléans

(Loiret)

**Centre hospitalier
Georges Daumezon**

Du 13 au 16 mai 2013

Contrôleurs :

Dominique LEGRAND, chef de mission,

Michel JOUANNOT,

Jean LETANOUX,

Guillaume MONOD.

En application de la loi du 30 octobre 2007 instituant le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite inopinée de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Fleury-les-Aubrais (45), à proximité immédiate d'Orléans, du 13 au 16 mai 2013.

1 CONDITIONS DE LA VISITE

Le lundi 13 mai à 15h 15 les contrôleurs se sont présentés à la porte de l'UHSA, située au sein du centre hospitalier départemental Georges Daumezon 1, route de Chateau à Fleury-les-Aubrais. Ils ont été accueillis par le commandant, responsable de l'équipe pénitentiaire.

Une réunion s'est immédiatement tenue avec :

- le commandant pénitentiaire ;
- la directrice adjointe de l'hôpital, responsable des travaux et de la logistique et référente de l'UHSA ;
- le médecin responsable de l'UHSA ;
- le cadre supérieur de santé et les deux cadres de santé de l'UHSA.

Les contrôleurs ont ensuite visité l'ensemble des locaux ; ils y ont librement circulé tout au long du contrôle et se sont entretenus tout aussi librement tant avec les personnels qu'avec les personnes détenues hospitalisées. Les documents sollicités ont été mis à disposition sans difficultés.

Le directeur de cabinet du préfet de la région Centre, le président du tribunal de grande instance d'Orléans, le procureur de la République et le directeur de l'agence régionale de santé du Centre ont été informés de la visite.

Les contrôleurs ont pu assister à une audience tenue par le juge des libertés et de la détention et s'entretenir avec lui ainsi qu'avec un avocat représentant un patient de l'UHSA. Ils ont également rencontré le président de la commission médicale de l'établissement et le directeur de la maison d'arrêt d'Orléans à laquelle est rattachée l'équipe pénitentiaire locale.

Les contrôleurs ont quitté les lieux le jeudi 16 mai à 15h 40 après une réunion rassemblant notamment le directeur de l'établissement et la directrice adjointe en charge des travaux, les deux médecins de l'UHSA, la cadre supérieure de santé et l'une des cadres de santé de l'unité et le commandant pénitentiaire.

Le rapport de constat a été adressé au directeur du centre hospitalier Daumezon le 11 février 2014 ; ce dernier a adressé ses observations par courrier daté du 19 mars, reçu le 25 mars 2014 ; il en a été tenu compte dans la rédaction du présent.

2 PRÉSENTATION DU SITE HOSPITALIER GEORGES DAUMEZON

Le centre hospitalier (CH) Georges Daumezon, établissement public de santé à vocation départementale situé 1, route de Chateau à Fleury-les-Aubrais, fêtait, en 2013, ses cent ans d'existence. Le Docteur Rayneau, premier médecin directeur, a, dès l'origine, voulu un hôpital sans murs d'enceinte ni clôture. Cette volonté d'ouverture fut amplifiée par le docteur Daumezon qui, nommé directeur en 1938, donna, plus tard, son nom à l'établissement. A une époque où il n'existait pas de formation spécifique en faveur des personnels des établissements psychiatriques, ce médecin fit entrer le monde extérieur à l'hôpital, à travers les « centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active ». L'action de ces derniers s'est notamment traduite, pour les personnels, par des stages de formation et, pour le personnel et les patients, par l'organisation d'activités culturelles et sportives. Cette ouverture devait changer radicalement la conception du rôle du soignant et le regard porté sur le malade, devenu partie prenante d'une vie institutionnelle elle-même ouverte sur la cité.

La tradition se perpétue actuellement à travers de nombreuses structures d'hébergement ou de consultation situées hors les murs de l'hôpital (hôpitaux de jour, maison thérapeutique, appartements-relais, centre de jour pour personnes autistes, centres de jour pour personnes âgées, outre les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel et centres médico psychologiques). Le CH gère également un établissement hospitalier de soixante places, destiné aux personnes âgées dépendantes.

Le département du Loiret est divisé en huit secteurs de psychiatrie adulte dont sept, représentant 540 000 habitants, relèvent du CH Daumezon ; le dernier secteur, qui compte un peu moins de 100 000 habitants, est rattaché à l'hôpital de Montargis.

La psychiatrie infanto-juvénile est divisée en trois secteurs ; deux (représentant les secteurs adultes 1, 2, 3, 4, 5 et 8) sont rattachés au CH Daumezon et le troisième (couvrant les secteurs adultes 6 et 7) au CH de Montargis.

Jusqu'à début avril 2013, la répartition en pôles recouvrait exactement celle des secteurs. Depuis cette date, une réorganisation se fait jour autour de cinq pôles :

- le pôle Nord-Est prend en charge les secteurs 1, 4 et 7 ainsi que le centre d'accueil d'urgence et le service intersectoriel d'alcoologie et addictologie¹ ;
- le pôle Sud-Ouest prend en charge les secteurs 2, 3 et 5 ainsi que la résidence thérapeutique Maurice Pariente², le poly espace thérapeutique et de loisirs³ et les espaces-rencontre⁴ ;

¹ Le service comporte une unité d'hospitalisation au CH, une unité de liaison et un centre médico psychologique spécialisé, les deux derniers à Orléans.

² Située dans la ville d'Orléans, la résidence offre dix-sept places d'internat et quinze d'externat ; elle propose des soins et ateliers à des personnes adultes, isolées, souffrant de troubles psychiques en voie de stabilisation.

³ Accessibles aux personnes hospitalisées, l'espace, situé au sein de l'hôpital, offre des activités de groupe autour de la musique, des arts plastiques et du sport.

- le pôle « continuité » prend en charge les deux secteurs infanto-juvénile, le dispositif pour adolescents⁵ et le secteur 8 ;
- le pôle soins aux détenus regroupe l'UHSA et l'unité sanitaire de la maison d'arrêt d'Orléans (après la fermeture, programmée en 2014, de la maison d'arrêt d'Orléans, ce pôle inclura le service médico-psychologique régional (SMPR) du nouvel établissement pénitentiaire qui doit ouvrir à Saran) ;
- le pôle médico-technique regroupe la médecine somatique et les diverses structures d'appui (hygiène, pharmacie, médecine du travail et département d'information médicale).

Le CH Daumezon offre 218 lits d'hospitalisation à temps complet. Il est composé de pavillons disséminés sur un vaste terrain (une centaine d'hectares dont près de moitié de forêts) situé, ainsi qu'il a déjà été dit, à Fleury-les-Aubrais, commune de 21 000 habitants rattachée à l'agglomération d'Orléans qui en compte 271 000.

L'UHSA n'est pas mentionnée sur les panneaux indicateurs placés à l'entrée du CH ; on y accède par une entrée spécifique, située à 1 km de l'entrée principale.

Orléans est très aisément accessible par autoroute ; l'hôpital est par ailleurs régulièrement desservi par des bus, notamment depuis la gare ferroviaire d'Orléans, distante de 7,5 km⁶. Les bus, toutefois, s'arrêtent à l'entrée principale exclusivement, obligeant à continuer à pied pour rejoindre l'UHSA.

3 L'UHSA

3.1 Les conditions de l'ouverture

L'UHSA d'Orléans est la quatrième 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 sécurisé.

⁴ Cafeteria et médiathèque du CH.

⁵ Située au sein de l'hôpital, l'unité accueille à temps complet ou de manière séquentielle, et quatre à six adolescents de 12 à 18 ans.

⁶ Fleury dispose d'une gare ferroviaire située sur la ligne Paris-Orléans mais les transports en commun ne permettent pas un accès aisé à l'hôpital, distant de 5 km de la gare, et exigeant souvent une correspondance ou une marche à pied supérieure à quinze minutes.

Porté par la double conviction qu'une meilleure prise en charge des personnes détenues pouvait limiter la récidive et qu'une telle unité donnerait une visibilité au CH, le président de la commission médicale d'établissement (CME) s'est d'emblée impliqué dans le projet. Il semble qu'il se soit heurté, au départ, à la résistance de ses confrères et d'une grande partie du personnel hospitalier dont les arguments essentiels, selon les renseignements recueillis, tenaient, d'une part, à des postures idéologiques (refus de contribuer à l'action répressive), d'autre part au fait que la psychiatrie, déjà démunie à l'égard des populations « ordinaires », allait devoir prendre en charge la plus grosse part des dépenses destinées à soigner des personnes placées sous main de justice. La direction en revanche a très rapidement opté pour un soutien au projet. Depuis avril 2010, son suivi est confié à une directrice adjointe en charge des travaux et de la logistique qui avait auparavant appréhendé les problématiques du dispositif au cours de huit mois de stage au CH, effectués dans le cadre de ses études de directeur d'hôpital⁷. Dans le même temps, le médecin porteur du projet est décédé ; il a été relayé avec la même énergie par l'actuel médecin responsable de l'unité qui, depuis avril 2012, est responsable de l'ensemble du pôle « soins aux détenus ».

Côté pénitentiaire, l'officier commandant en poste au moment du contrôle a été nommé dès juin 2011 ; ayant réalisé l'ouverture de l'UHSA de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière de Paris en fin d'année 2008, il avait une connaissance concrète des difficultés rencontrées et des partenariats exigés par ce type de projet, qu'il a suivi dans ses divers aspects (contribution à l'écriture de la convention et du règlement intérieur, participation aux réunions de chantier, mise en place de formations).

Côté sanitaire, le recrutement des personnels s'est fait sur la base du volontariat. Des rencontres et des séjours ont été organisés pour les cadres de santé pressentis auprès des UHSA de Lyon et Nancy.

Une semaine de formation commune – soignants et surveillants – a été organisée ; animée par des psychologues de la direction interrégionale de Dijon, elle a permis de présenter les deux administrations aux personnels pénitentiaire et hospitalier et d'initier une découverte réciproque des expériences professionnelles.

Les personnels sont entrés dans les lieux à compter de janvier 2013, s'appropriant les locaux et les équipements techniques. Des mises en situation fictives ont été réalisées conjointement et régulièrement jusqu'à l'arrivée de premier patient, en mars 2013, permettant d'anticiper les difficultés auxquelles les personnels risquaient d'être confrontés, tout en donnant l'occasion d'une observation réciproque des méthodes d'intervention, soumises à une critique constructive.

La directrice adjointe, comme le commandant et le médecin responsable, évoquent un « partenariat très riche », « une découverte des cultures », « une volonté réelle de travailler ensemble » ; le médecin responsable veille fermement à ce que chacun conserve cependant sa place et œuvre dans le respect de sa stricte mission.

⁷ Elle a soutenu, en décembre 2009 à l'école des hautes études en santé publique, un mémoire intitulé : « prise en charge psychiatrique des détenus en unité hospitalière spécialement aménagée, prison médicalisée ou hôpital sécurisé ? ».

Les travaux ont été réalisés dans le cadre d'un marché public « conception-réalisation⁸ » signé en 2009, la conception ayant été confiée au cabinet d'architectes *Trinh et Laudat* (à l'origine de l'UHSA de Toulouse) et la réalisation au groupe *Spie Batignolles*.

Selon la directrice référente des travaux, la construction s'est heurtée à de sérieuses difficultés : cinq conducteurs de chantier se sont succédés, le vide sanitaire a été inondé, certains carrelages ne résistent pas, alors même qu'ils ne sont pas situés dans des lieux de passage. La réception des travaux a eu lieu le 12 novembre 2012.

L'ensemble est revenu à 14 millions d'euros, dont 2,2 à la charge de l'administration pénitentiaire. Des négociations étaient en cours au moment du contrôle, à propos de pénalités de retard que l'hôpital estime dues quand l'autre partie invoque des frais supplémentaires non prévus au cahier des charges.

Deux journées d'information ont été organisées au cours du premier trimestre 2012 à destination de l'ensemble des partenaires : agences régionales de santé (ARS), établissements pénitentiaires et hospitaliers des régions concernées ; des plaquettes d'informations relatives aux modalités d'admission et de sortie ont été adressées à l'ensemble des établissements pénitentiaires du ressort.

L'inauguration a eu lieu le 13 février 2013. La presse, qui a relayé l'évènement, a donné la parole au médecin responsable, permettant de donner une vision exacte des objectifs d'un tel établissement et, au-delà, de la condition sanitaire des personnes détenues. L'officier pénitentiaire commandant a été largement félicité, à cette occasion, de l'implication des personnels pénitentiaires et de la confiance présidant aux relations avec le personnel médical.

Conformément à l'article R 3214-3 du code de la santé publique, une convention de fonctionnement a été signée le 11 mars 2013 entre le Préfet de la région Centre et du Loiret, le directeur général de l'agence régionale de santé du Centre, le président et le procureur de la République du tribunal de grande instance d'Orléans, le directeur interrégional des services pénitentiaires de Centre-Est Dijon, la directrice interrégionale de la protection judiciaire de la jeunesse du Centre, le directeur de la maison d'arrêt d'Orléans et la directrice fonctionnelle du service pénitentiaire d'insertion et de probation du Loiret.

Le fonctionnement de l'U.H.S.A. repose sur deux principes fondamentaux :

- la primauté du soin, même si la personne demeure sous écrou pendant son hospitalisation et se trouve, de ce fait, soumise aux règles particulières restreignant sa liberté d'aller, de venir et de communiquer ;
- une double prise en charge sanitaire et pénitentiaire, afin d'assurer un accès aux soins dans un cadre sécurisé.

⁸ Marché permettant de confier à un groupement d'opérateurs économiques ou à un seul opérateur, une mission portant à la fois sur l'établissement des études et l'exécution des travaux.

La zone de compétence de l'UHSA couvre neuf départements, situés dans trois régions :

- Loiret, Loir et Cher, Cher, Indre, Indre et Loire, Eure et Loire (région Centre) ;
- Yonne, Nièvre (région Bourgogne) ;
- Aube (région Champagne-Ardenne).

Les établissements pénitentiaires concernés sont :

- la maison d'arrêt d'Auxerre(89), 90 places ;
- la maison d'arrêt de Blois (41), 114 places ;
- la maison d'arrêt de Bourges (18), 116 places ;
- la maison d'arrêt de Chartres (28), 112 places ;
- le centre de détention de Châteaudun (28), 599 places ;
- le centre pénitentiaire de Châteauroux (36), 362 places ;
- le centre de détention de Joux-la-Ville (89), 602 places ;
- le centre de semi-liberté de Montargis (45), 20 places ;
- la maison d'arrêt de Nevers (58), 118 places ;
- la maison d'arrêt d'Orléans (45), 105 places ;
- la maison centrale de Saint-Maur (36), 260 places ;
- la maison d'arrêt de Tours (37), 142 places ;
- la maison d'arrêt de Troyes (10), 116 places ;
- le centre de détention de Villenauxe-la-Grande (10), 608 places.

Au moment du contrôle, 3 364 personnes détenues étaient potentiellement concernées, dont 135 femmes et 20 mineurs.

La fermeture programmée des maisons d'arrêt de Chartres et Orléans et le projet de construction d'un centre pénitentiaire plus important à Saran risquent de modifier ces données.

3.2 Les bâtiments

Les locaux ont été construits sur un terrain de 3 340 m², situé à l'écart des autres pavillons, aux confins du domaine hospitalier ; ils sont accessibles par une entrée distincte, rue de la forêt.

L'espace à l'entour immédiat de l'unité n'avait pas encore été aménagé au moment du contrôle ; il semble que quelques plantations aient été envisagées.

Ceints d'un mur circulaire blanc de six mètres de hauteur entouré d'un chemin de ronde lui-même clos d'un grillage, les locaux n'évoquent pas d'emblée un lieu pénitentiaire malgré des caractéristiques de sécurité évidentes. L'entrée offre une figure très moderne par sa géométrie et le choix des couleurs (blanc-gris-jaune vif).



Vue générale de l'UHSA

3.2.1. La zone pénitentiaire

3.2.1.1. L'accès à l'établissement

L'établissement comporte deux accès, l'un pour les piétons, l'autre pour les véhicules.

Le poste de la porte d'entrée principale (PEP) se trouve à l'interface de ces deux entrées. Celui-ci offre une large paroi vitrée ouverte sur l'extérieur dotée d'un film sans tain, peu occultant, permettant aux personnes qui se présentent de percevoir leur interlocuteur pénitentiaire. Deux surveillants pénitentiaires sont affectés à la porte d'entrée, l'agent « sas » et l'agent PEP.



Les portes d'accès à l'établissement

Après avoir remis ses papiers d'identité à travers un passe-documents et explicité le motif de sa venue, la personne qui se présente pénètre à l'intérieur d'un sas en forme de L. Sur la droite en entrant sont disposés trente-deux casiers (de couleur bleue, jaune ou violette) destinés à recevoir les objets qui ne sont pas autorisés à l'intérieur de l'UHSA. Un tube à sable est posé à proximité de ces coffres.

Dans la continuité du mur, une porte conduit aux vestiaires des personnels, un pour les femmes et un pour les hommes ; ces lieux sont partagés par les personnels de l'hôpital et les membres de l'administration pénitentiaire.

En tournant sur leur gauche, les visiteurs et les personnels 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 « sas » si le passage sous le portique provoque, d'une façon répétée, le déclenchement du signal de détection d'une masse métallique. Au moment du contrôle, il n'était pas mis de chaussons de protection à disposition des visiteurs ; dans son courrier de mars 2014, le directeur fait savoir que c'est désormais chose faite.

En échange d'un jeton, les personnes affectées à l'UHSA, les personnels pénitentiaires et médicaux se voient remettre un appareil *DETC*⁹ et un trousseau de clés dont la composition varie selon leur appartenance administrative.

Des alarmes portatives individuelles (API) sont confiées aux intervenants occasionnels.

Toutes les entrées et sorties 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 se fait par un sas. Les contrôles des entrées et sorties sont effectués par l'agent « sas ».

Le poste de la PEP a une superficie de 30 m².

Une ligne téléphonique est dédiée au contact avec la sécurité civile, celle consacrée au lien avec l'aviation civile n'était pas mise en service au moment du contrôle.

Les quatre passe-documents sont dotés d'une interphonie de grande qualité.

Un ordinateur contribue à l'information professionnelle des personnels en permettant notamment d'accéder aux notes de la direction de l'administration pénitentiaire, de la direction interrégionale des services pénitentiaires, du directeur de la maison d'arrêt d'Orléans et du responsable de la structure.

3.2.1.2. La sécurité périmétrique et la surveillance

L'UHSA est entourée d'un mur d'enceinte en béton. A l'extérieur de l'enceinte un petit glacis est délimité par un grillage de faible hauteur. A l'intérieur de l'enceinte, le chemin de ronde est doté d'un dispositif de protection permettant de détecter tout mouvement dans cette zone.

Des agents pénitentiaires assurent dans le cadre de leur mission de prévention des évasions, la garde périmétrique de la structure par des rondes régulières, de jour comme de nuit.

Soixante-dix alarmes murales « coup de poing » ont été installées dans l'ensemble de la structure.

⁹ Appareil de radiocommunication doté d'un dispositif d'alarme.

Les alarmes déclenchées sont renvoyées dans les bureaux des infirmiers et aides-soignants ainsi qu'au poste de contrôle des circulations (PCC) de 7h à 19h ou à la porte d'entrée principale (PEP), de 19h à 7h.

Il est à noter que la validation de l'effectif des patients détenus à l'hôpital est assurée par le personnel hospitalier à raison de trois fois par jour à 7h, 13h et 19h. La fiche de présence est remise au premier surveillant, pour validation de l'effectif sur le logiciel GIDE.

3.2.2. La zone mixte

La zone mixte est constituée de quatre entités : le secteur administratif dédié à l'administration pénitentiaire, les parloirs, l'antenne greffe et les locaux techniques.

Le secteur administratif pénitentiaire est situé sur la droite après avoir franchi la porte qui sépare le sas d'accueil de l'intérieur de l'UHSA. Il comprend un local ménage, deux sanitaires, quatre bureaux : celui du responsable de la structure, de son adjoint, du premier surveillant et de la surveillante en poste fixe. Un cinquième, d'une superficie de 20 m², appelé bureau des escortes, sert aussi de salle de réunion ; les autres bureaux ont une surface de 12 m². Il accueille également le dispositif de téléphonie SAGI. Dans le secteur sont aussi inclus les trois chambres de veille réservées aux personnels assurant le service de nuit, une pour le gradé, deux pour les personnels de surveillance.

Au-delà du sas, un couloir conduit aux trois autres zones et à la salle de détente partagée par les personnels médicaux et pénitentiaires. Celles-ci ne sont accessibles qu'après avoir franchi, au fond du couloir, une nouvelle porte dont l'ouverture ressort de l'agent en poste au PCC.



Couloir conduisant vers les zones « mixtes » de l'établissement

Les parloirs occupent une superficie de 170 m². Les couloirs de circulation pour les visiteurs et les détenus-patients sont en arc de cercle et comportent, à leur extrémité, un mur en pavés de verre. Ils font tous les deux l'objet d'une surveillance vidéo.

Dans la partie « visiteurs » se situent :

- deux salles d'attente de 8 m². Elles sont équipées de deux linéaires de deux assises métalliques chacune, de fauteuils plastiques et d'une table de jeux adaptés aux enfants. Les murs sont peints d'une couleur orange ou jaune ;

- un sanitaire pour personnes à mobilité réduite ;
- un local de fouille des objets ou vêtements pouvant être déposés par les visiteurs.

Dans la partie réservée aux personnes détenues on trouve :

- deux salles d'attente d'une superficie de 8 m² équipées d'un banc de bois fixé au sol. Les murs sont revêtus de peintures jaune et grise, le sol également. Ces lieux font l'objet d'une surveillance vidéo ;
- un sanitaire adapté aux personnes à mobilité réduite ;
- une salle de fouille.

Les espaces de rencontre entre les visiteurs et les visités sont au nombre de cinq :

- une pièce d'une surface de 7 m² est destinée aux parloirs avocats, ainsi qu'aux notifications du greffe. Cet espace est équipé d'une table fixée au sol et de quatre chaises. Il est éclairé de façon naturelle par un *velux*TM zénithal protégé par un barreaudage, complété par un éclairage artificiel provenant de carrés de tube au néon encastrés dans le plafond. Le chauffage est assuré par un radiateur mural dont les fixations au mur ont été renforcées. Deux bouches de type VMC¹⁰ contribuent à son aération et un détecteur de fumée est fixé au plafond. Ce dernier est équipé d'un revêtement alvéolé destiné à amortir les sons. Un bouton d'alarme, des prises électriques et des prises informatiques complètent l'équipement. Une note de service apposée sur le mur rappelle les horaires d'accessibilité de l'établissement aux avocats ;
- un parloir famille d'une superficie de 12 m² est équipé d'une table fixée au sol, de quatre chaises et d'un mobilier adapté aux enfants : deux fauteuils plastiques de couleur verte et rose, une table basse ronde, non fixée au sol, sur laquelle sont déposés des jeux et des livres pour enfants. Hors les prises informatiques, l'agencement technique de ce lieu est par ailleurs similaire à celui décrit *supra*. Les murs sont peints en gris et mauve, le sol est en linoléum de couleur violette ;
- trois parloirs d'une surface de 7 m² équipés d'une table et de quatre chaises obéissant à la même décoration que les locaux précités.

Toutes ces pièces sont accessibles à partir des deux couloirs de circulation par une porte pleine dotée d'une lucarne rectangulaire. Les deux portes sont dépourvues de système d'ouverture interne, les personnes visitées et les visiteurs ne peuvent pénétrer et quitter ces lieux sans avoir recours à l'action d'un membre du personnel de surveillance. Dans les couloirs, des voyants lumineux signalent l'occupation des lieux.

La zone technique est composée de pièces qui contribuent à la logistique de l'établissement : lieu de stockage des repas, des cantines, de la lingerie hospitalière... Ces espaces sont accessibles à partir du couloir interne desservant la zone mixte mais aussi à partir de la cour intérieure de l'établissement qui avoisine le sas d'entrée des véhicules, facilitant ainsi les livraisons.

¹⁰ Ventilation mécanique contrôlée.

La zone « antenne greffe » comprend une salle d'attente, un vestiaire destiné à accueillir les effets personnels des personnes détenues, une salle de fouille, un bureau d'audience et un bureau « antenne greffe ».

La salle d'attente est dotée d'une surveillance vidéo à l'exemple du couloir de distribution de cette zone. D'une superficie de 7 m², elle est équipée d'un banc de bois fixé au sol. C'est une pièce aveugle aux colorations murales grises, fermée par une porte pleine dotée d'une lucarne rectangulaire vitrée.

Le vestiaire « personnes détenues » a une surface de 23 m². Il est équipé d'étagères sur lesquelles sont posées les boîtes en plastique contenant les effets et objets destinés à la personne arrivante ou ceux qui ne sont pas autorisés en détention, une fois la personne écrouée.

La salle de fouille, accessible par une porte pleine, occupe une surface de 7 m² ; elle est équipée d'un banc fixé au sol, d'un caillebotis, de quatre patères, d'un lavabo, d'un distributeur de savon, d'un essuie-mains en papier, d'une poubelle et d'un radiateur. Un bouton d'alarme est fixé sur l'un des murs. Une note de service émanant du chef d'établissement pénitentiaire rappelle la nécessité de procéder à une fouille intégrale des personnes détenues dans le secteur du greffe, notamment lors de l'écrou (Cf. § 3.12.3).

Le bureau d'audience, notamment destiné aux audiences arrivant, est équipé d'un bureau, de trois fauteuils, d'un outil informatique, d'une imprimante et d'un poste téléphonique. Il est éclairé naturellement par une fenêtre barreaudée qui donne sur la cour intérieure de l'établissement. Il dispose d'un bouton d'alarme mural.

Le bureau « antenne greffe » comprend un bureau, quatre fauteuils, une armoire basse de rangement, un ordinateur, une imprimante, un téléphone et un télécopieur. Un passe-documents surmonté d'une baie vitrée permet de réaliser les formalités d'écrou.

L'ensemble de cette zone est accessible depuis la cour intérieure par une porte dont la commande d'ouverture à distance est gérée par l'agent en poste à la PEP.



*Le couloir interne distribuant la zone mixte
Sur la droite, le PCC ; au fond, la porte conduisant aux unités médicales.*

En face du PCC, une salle est affectée aux repas et au repos des personnels ; elle est partagée par les équipes soignantes et pénitentiaires, qui s'y retrouvent au moment des déjeuners ou des pauses-café. Elle est équipée en tables, chaises, réfrigérateurs, four à micro-ondes, cafetière électrique, vaisselle, évier.... Une terrasse extérieure est accessible aux fumeurs, depuis la pièce principale.

3.2.3. La zone de soins et d'hébergement

3.2.3.1. Description générale

Pour accéder à la zone d'hébergement et de soins depuis l'espace « carrefour » proche du PCC, il faut d'abord franchir une première porte dont l'ouverture est commandée du PCC puis, après avoir parcouru une dizaine de mètres, franchir une seconde porte qui, selon les instructions affichées, doit toujours être fermée à clé.

A cet égard, les contrôleurs ont constaté que le nombre de clés permettant aux soignants d'accéder à l'ensemble des locaux ou espaces de la zone non pénitentiaire pouvait avoisiner la dizaine ; en l'absence d'un « passe » général, chaque soignant doit être muni d'un trousseau assez volumineux et pouvoir aisément différencier les clés.

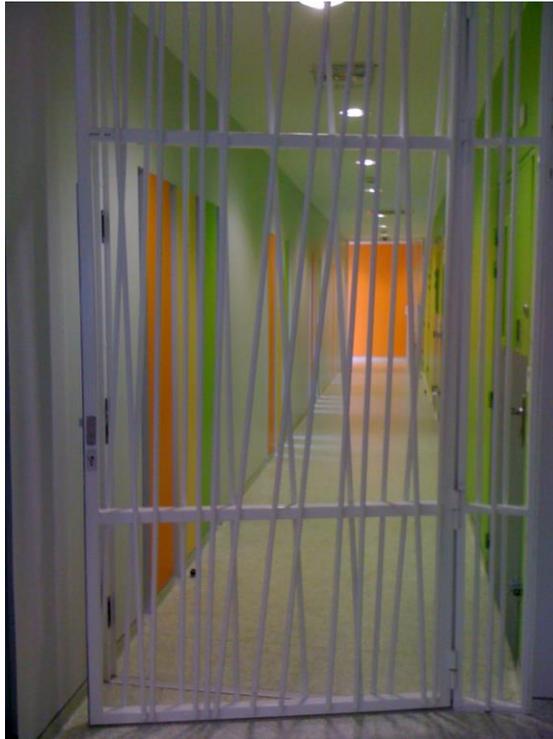
La zone de soins est située dans un espace circulaire dont le centre est constitué d'une cour qui n'est pas accessible ; cet espace accueille les bureaux médicaux et administratifs, les salles de soins, les bureaux des soignants et divers lieux d'activités thérapeutiques.

Quatre ailes, en forme de rayons, partent de cet espace central ; elles abritent les chambres et les lieux de vie collective. Deux d'entre elles constituent la zone d'hébergement A, les deux autres la zone B. Au moment du contrôle, seule la zone A était ouverte.

Le **premier secteur d'hébergement** de cette zone dispose de deux couloirs parallèles, de 15 m de long chacun, séparés par une zone fumoir ; ces deux couloirs aboutissent à un troisième, de 9 m de long, perpendiculaire aux deux premiers.

Le premier couloir dessert un salon de télévision et trois chambres individuelles ; le deuxième couloir, parallèle au précédent, dessert quatre chambres individuelles ; le troisième dessert deux chambres individuelles et une chambre à deux lits. Au total donc, cette zone dispose de **onze lits**.

Le secteur est dit « modulable », dans la mesure où l'accès à chacun des trois couloirs est assuré par deux grilles pouvant être fermées à clé par le personnel soignant.



Grille séparative

Après ce 1^{er} secteur d'hébergement, se trouvent la buanderie puis la porte d'accès à la cour de promenade et au terrain de sport.

En poursuivant l'itinéraire sur la gauche, on parvient à la salle à manger des patients puis au 2^{ème} secteur d'hébergement, enfin à la tisanerie.

Le **second secteur d'hébergement** est constitué d'un couloir de 24 m de long desservant successivement sur la gauche, l'office relais (attendant à la salle à manger), un salon de télévision et quatre chambres individuelles et, sur la droite, la salle de bains et cinq chambres individuelles. Au total donc, ce secteur dispose de **neuf lits**.

A droite en entrant, se trouvent successivement, la chambre d'isolement, le bureau des soignants, le local des soins, le local à pharmacie communiquant avec le précédent et un WC.

Au milieu, un hall en arc de cercle de 30 m de long et 3,50 m de large permet aux soignants et patients de déambuler librement.

3.2.3.2. Les chambres individuelles

La porte d'entrée comporte un vasistas de 0,30 m de haut et 0,10 m de large. Côté couloir, les portes sont ainsi équipées : en partie supérieure, un verrou avec clé ; en partie médiane, une poignée associée à un second verrou avec clé ; en partie basse, un verrou à loquet. Les patients peuvent verrouiller la porte de l'intérieur ; cette possibilité peut être supprimée par le personnel soignant.

La chambre a une superficie de 13 m² ; la salle de douche/WC attenante a une superficie de 3 m².

Le sol est recouvert d'un linoléum gris tacheté ; différentes couleurs, à dominante de bleus et de jaunes, sont appliquées sur les cloisons et la porte de la douche, donnant un aspect pimpant à l'ensemble.

Près de la porte d'entrée sont encastrés deux interrupteurs (l'un en va-et-vient pour le plafonnier, l'autre pour activer le volet électrique de la fenêtre) et une prise de courant. Une bouche de VMC ainsi qu'un détecteur de fumée sont fixés au plafond.

Un lit de 2,05 m de long et 0,74 m de large est fixé au sol. A la tête est fixé un dossier en bois de couleur crème ; le pied du lit est pareillement équipé. La hauteur d'assise est de 0,60 m et un matelas de 0,15 m d'épaisseur est posé sur le lit.

Au-dessus du lit, sont installés deux interrupteurs (l'un en simple allumage pour l'applique, l'autre en va-et-vient pour le plafonnier) ainsi qu'un bouton d'appel avec un haut-parleur pour communiquer.

Une table de chevet en béton de couleur jaune est érigée près du lit ; elle mesure 0,75 m de long et 0,40 m de large. Deux prises de courant sont encastrées au-dessus de ce chevet.

Face au lit, un téléviseur est installé derrière une vitre, dans la partie supérieure d'un placard ouvert, de couleur blanche, comportant par ailleurs neuf casiers de rangement.

Près de ce placard, à 0,78 m du sol, une planche sert de bureau, assorti d'une chaise en plastique de couleur verte. Deux prises de courant murales sont encastrées au-dessus du bureau.

L'éclairage naturel de la chambre est assuré par une fenêtre en verre épais dépoli de 1,50 m de haut et 0,85 m de large, équipée d'un volet électrique ; elle est protégée par des barreaux et ne peut être ouverte qu'avec une clé spéciale.

L'espace sanitaire comprend une douche, un WC et un lavabo. Les carreaux recouvrant les murs et le sol alternent le gris clair et le gris foncé.

Le système de douche, à l'italienne, est équipé d'un bouton thermostatique (eau chaude et froide) encastré dans le mur ; une grille d'évacuation des eaux est fixée au sol.

Un lavabo en inox est fixé au mur ; il est équipé d'un bouton presseur thermostatique avec eau chaude et froide. Un miroir de 1,50 m de haut et 0,75 m de large est installé en surplomb, avec deux prises de courant.

Le WC consiste en une cuvette en inox fixée au mur et équipée d'un poussoir encastré de chasse d'eau à double flux. Un bouton d'alarme est encastré au mur à mi-distance de la cuvette et du lavabo.

L'éclairage est fourni par une applique au-dessus du miroir du lavabo ; l'interrupteur est installé à l'extérieur.



Une chambre individuelle

3.2.3.3. Le fumoir

Accessible depuis le hall par une porte vitrée (qui peut être fermée à clé), le fumoir est une zone rectangulaire de 15 m de long et 2,80 m de large, bénéficiant d'un éclairage naturel zénithal sur toute sa longueur.

Les deux largeurs, ainsi qu'une des longueurs, sont entièrement vitrées ; l'autre longueur bénéficie de quatre ensembles de quatre claustras mesurant chacun 1,70 m de haut et 0,05 m de large. Cet espace s'avère particulièrement lumineux ; il est pourvu d'un cendrier mural et d'un dispositif d'allumage, à l'exclusion de quelque autre équipement.



Fumoir

3.2.3.4. Le hall

Comme indiqué *supra*, le hall est fréquemment emprunté par les patients, pour téléphoner, se rendre à la salle à manger ou aux activités proposées.

Des affiches placées à l'intérieur d'un panneau à vitrages coulissants fermé, fixé à l'entrée du hall, comportent diverses informations à l'intention des patients. Au moment du contrôle, s'y trouvaient :

- une note datée du 10 avril 2013 du directeur de la maison d'arrêt informant les patients détenus de la permanence d'un travailleur social de la maison d'arrêt chaque mercredi matin de 9h à 12h ;
- une note datée du 28 janvier 2013 du directeur de la maison d'arrêt informant les patients détenus des modalités de visites au parloir famille (Cf. § 3.10.1.1) ;
- la « charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante » ;
- la « charte européenne de l'enfant hospitalisé » ;
- la « charte de la personne hospitalisée » ;
- la « procédure de dépôt des plaintes et réclamations ; voies de recours pour les hospitalisations sans consentement » (Cf. § 3.7) ;
- la « procédure d'accès à votre dossier médical » ;
- une note d'information sur la CNIL.

Sur la vitre du bureau des soignants, une affiche comporte dix phrases courantes, traduites chacune en sept langues (anglais, espagnol, italien, allemand, turc, russe et arabe) : « je suis malade, je souhaite voir le médecin » ; « je souhaite voir un avocat » ; « je souhaite rencontrer l'aumônier » ; « j'ai besoin de vêtements » ; « je souhaite acheter des cigarettes » ; « je souhaiterais que l'on téléphone à ma famille » ; « je souhaite faire du sport » ; « je souhaite me faire couper les cheveux » ; « je souhaite prendre une douche » ; « je veux voir le dentiste ».

Sur le mur près de la porte d'entrée de la salle à manger :

- la liste de l'activité proposée chaque jour de la semaine (Cf. § 3.11.1) ;
- la liste du menu pour chaque jour de la semaine.

3.3 Les personnels de l'UHSA

3.3.1. Les personnels paramédicaux

Le recrutement du personnel a été effectué en partie par recrutement interne à l'hôpital sur la base du volontariat et en partie par recrutement externe. Environ la moitié du personnel provient de l'hôpital, le personnel extérieur provient de différents hôpitaux de la région Centre et également d'hôpitaux d'autres régions.

La politique de recrutement externe pour l'UHSA a été de ne pas se limiter à du personnel ayant travaillé en milieu psychiatrique, mais d'ouvrir les postes à des soignants venant des soins généraux (plusieurs soignants rencontrés par les contrôleurs n'ont jamais travaillé ni en hôpital psychiatrique ni en UCSA), afin de favoriser la diversité des regards professionnels et d'enrichir les approches pratiques cliniques.

Les fiches de poste du personnel paramédical est identique à celui du personnel des autres pavillons de l'hôpital.

L'effectif paramédical complet de l'UHSA est prévu pour quarante lits. Il se compose de 75,3 ETP (équivalents temps plein ainsi répartis :

- cadre supérieur de santé : 0,3 ETP ;
- cadre de santé : 2 ETP ;
- infirmier : 32 ETP ;
- infirmier en poste d'accompagnement de transfert : 1 ETP ;
- aide-soignant : 25,5 ETP ;
- aide-soignant en poste d'accompagnement de transfert : 1 ETP ;
- agent de service hospitalier : 10,5 ETP (dont 0,5 ETP pour les locaux communs avec l'administration pénitentiaire) ;
- autre personnel intervenant (ergothérapeute, moniteur sportif, éducateur,...) : 1 ETP ;
- secrétaire médicale : 1 ETP ;
- assistante sociale : 0,5 ETP ;
- personnel technique et logistique : 0,5 ETP.

Le personnel infirmier et aide-soignant travaille en tranches horaires de 12 heures.

Pour les infirmiers, il existe trois tranches horaires : 7h à 19h, 7h30 à 19h30, 8h à 20h. Deux infirmiers sont présents sur chacune des tranches, un par unité. L'infirmier en poste d'accompagnement de transfert est présent durant la tranche horaire 8h-20h, pour les deux unités.

Les aides-soignants sont tous présents sur la tranche horaire de 7h30-19h30, à l'exception de celui en poste d'accompagnement de transfert, présent pour les deux unités sur la tranche de 8h-20h.

L'équipe de nuit se répartit en deux tranches horaires. Pour chaque unité, un infirmier et un aide-soignant sont présents de 19h à 7h, un infirmier et un aide-soignant de 19h30 à 7h30.

Les agents de service hospitalier sont présents la journée, en tranche horaire journalière de 7 heures 40.

Lors de la visite des contrôleurs, il a été indiqué que, du fait que l'unité B n'était pas encore ouverte, des soignants affectés à cette unité venaient ponctuellement sur l'unité A, afin d'observer le travail clinique en cours et prendre contact avec la population accueillie. Le reste de leur temps de travail, ce personnel est affecté au pool de l'hôpital et intervient dans les unités en manque de personnel.

Par ailleurs, les postes paramédicaux sont pourvus, à l'exception du poste à temps plein dédié, notamment, aux activités d'ergothérapie et sport.

3.3.2. Les personnels médicaux

3.3.2.1. Les soins psychiatriques

Le personnel médical psychiatrique théorique de l'UHSA est de :

- praticien hospitalier de psychiatrie : 3 ETP ;
- interne : 2 ETP ;
- psychologue : 2 ETP.

La présence médicale des psychiatres de l'unité est assurée du lundi au vendredi de 9h à 18h et le samedi de 9h à 12h. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'en cas d'arrivée tardive (au-delà de 18h, l'un des deux psychiatres reste dans l'unité jusqu'à l'arrivée du patient.

Lors de la visite, l'un des trois postes de praticien hospitalier n'était pas pourvu ; l'un des deux autres était occupé par un médecin qui, pour ne pas fragiliser la structure, avait provisoirement renoncé à faire valoir ses droits à la retraite ; les postes d'interne n'avaient pas été proposés au choix des étudiants, du fait de l'ouverture trop récente de l'unité. Par ailleurs, aucun des deux postes de psychologue n'était pourvu. De ce fait, une seule des deux unités était ouverte, conduisant les personnels de l'autre à effectuer des remplacements dans les autres services de l'hôpital.

Dans son courrier en réponse au rapport de constat, le directeur de l'établissement fait savoir que ce poste a été pourvu en janvier 2014, peu avant l'ouverture de la deuxième unité, réalisée en février 2014.

Pour la nuit, les week-ends et jours fériés, la continuité des soins psychiatriques est assurée selon les mêmes modalités que pour les autres pavillons de l'hôpital, au moyen de la permanence médicale. Les médecins de l'UHSA et des autres pavillons participent de façon identique au tour de garde et d'astreinte pour l'ensemble des pavillons de l'hôpital.

En cas de nécessité d'une présence médicale en dehors du temps de présence des psychiatres, le personnel paramédical fait appel au médecin de garde, en téléphonant au standard de l'hôpital. Il est alors mis en contact avec le médecin de garde, qui se déplace à l'UHSA.

3.3.2.2. Les soins de médecine générale

L'effectif théorique de médecin généraliste à l'UHSA est de 0,5ETP. Au jour de la visite des contrôleurs, ce poste n'était pas pourvu.

Les soins somatiques sont assurés par le service de médecine générale de l'hôpital et par les médecins psychiatres de l'UHSA. Le service de médecine générale de l'hôpital est constitué d'un généraliste à temps plein et d'un pneumologue à 0,3 ETP. Le médecin généraliste intervient dans l'unité uniquement sur indication du psychiatre.

Pour la nuit, les week-ends et les jours fériés, la continuité des soins somatiques est assurée au moyen de la permanence médicale. En cas de nécessité, le médecin de garde intervient dans l'UHSA.

3.3.3. Le personnel pénitentiaire

3.3.3.1. Les effectifs

L'**effectif théorique** des personnels pénitentiaires de l'UHSA est de trente-neuf fonctionnaires.

Lors du contrôle la situation était la suivante :

- un officier, commandant, assurait la responsabilité de la structure sous l'autorité du directeur de la maison d'arrêt d'Orléans, officier au grade de capitaine ;
- un major le secondait en tant qu'adjoint ;
- six premiers surveillants, sur les huit prévus à l'organigramme de référence, encadraient les personnels de surveillance ;
- vingt-trois surveillants effectuaient un service en roulement, une surveillante était en poste fixe.

Le déficit en personnel de surveillance était de cinq. Il devait en partie être comblé par l'arrivée de trois surveillants à la fin du mois de mai.

L'effectif réel était donc de trente-deux agents.

Un conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP) attaché à la maison d'arrêt d'Orléans est spécialement affecté à l'UHSA, une demi-journée par semaine.

L'officier responsable de la structure a été affecté à l'UHSA, en juin 2011, soit une année avant la date prévue d'ouverture. Les autres personnels ont été mutés à la maison d'arrêt d'Orléans, établissement support administratif, en mai 2012. Compte tenu du retard pris dans la réalisation des travaux, ils sont arrivés sur le site de l'UHSA au mois de janvier 2013. Ils ont, entre-temps, travaillé à la maison d'arrêt ou été mis à la disposition d'établissements pénitentiaires de proximité.

Tous **les personnels affectés**, y compris le CPIP, l'ont été sur le principe du volontariat et après une formation habilitante. Les surveillants de roulement sont, pour neuf d'entre eux, des professionnels qui travaillaient précédemment à la maison d'arrêt d'Orléans (MAO). L'autre partie est constituée de deux professionnels expérimentés et de douze stagiaires, issus de l'école nationale d'administration pénitentiaire, titularisés dans le courant de l'année 2012. Il est à noter que ces derniers agents avaient pour élément commun une expérience professionnelle dans d'autres métiers de la sécurité : gendarme adjoint volontaire, adjoint de sécurité de la police nationale ou militaire.

Les premiers surveillants ont connu un parcours professionnel qui les a amenés à exercer à la MAO comme surveillant ou gradé.

Pour l'ensemble des personnels de surveillance, l'affectation a été précédée d'une sélection et d'une formation. La sélection a consisté en un entretien avec un psychologue, puis avec un jury composé, notamment, d'officiers pour partie membres de l'équipe régionale d'intervention et de sécurité (ERIS).

La formation spécifique des personnels pénitentiaires a été effectuée par des membres de l'ERIS de la région pénitentiaire de rattachement. Elle comporte cinq modules et se déroule sur un temps de dix journées.

A l'issue de ce temps de formation l'agent est habilité UHSA ou non, notamment au regard du respect des procédures de sécurité liées au port et à l'usage des armes.

Compte tenu de la période écoulée entre le moment de la formation et la prise effective du travail à l'UHSA - différée à cause du retard dans les travaux - les personnes habilitées ont été soumises à une nouvelle procédure d'habilitation ; deux parmi elles n'ont pas vu leur agrément renouvelé, elles ont donc regagné leur établissement d'origine, la MAO.

Les postes tenus en journée par les surveillants de roulement sont : la PEP, le « sas », le PCC, deux postes « d'agent intervention » et trois postes « escortes ». Le service est organisé selon le principe de longues journées, 8h-18h pour les postes « escortes » et 6h45-19h pour les autres. Aucun agent n'est spécialisé dans une activité particulière. Ils sont ainsi tous habilités à être chauffeur quand ils partent en transfert ou extractions. Pour rompre l'éventuelle monotonie d'une journée, des changements de poste sont programmés entre la PEP, le PCC et les agents d'intervention, au moment de la pause méridienne.

L'organisation actuelle du service, compte tenu du déficit en personnels, se traduit par un nombre d'heures supplémentaires relativement important, alors même que l'activité liée à une montée en charge lente de l'effectif des patients détenus n'est pas très conséquente. Hors le poste fixe, six équipes de quatre agents ont été constituées. Les congés sont pris par équipe en trois périodes : quatorze jours, vingt et un jours, puis à nouveau quatorze jours.

3.3.3.2. Les missions

Les personnels pénitentiaires assurent la garde des personnes détenues, l'organisation et le déroulement des parloirs, le suivi pénitentiaire de la situation des patients détenus, la coordination avec l'établissement pénitentiaire de rattachement (correspondance, gestion des cantines...). Ils procèdent aux formalités d'écrou de la personne détenue.

Hors la zone d'hospitalisation, ils assurent le contrôle des entrées et sorties des personnes et des véhicules, la surveillance de l'enceinte de l'UHSA.

Dans la zone d'hospitalisation, les personnels pénitentiaires ne sont habilités à intervenir que pour procéder à une éventuelle fouille des chambres, à la demande du personnel hospitalier, lorsque la sécurité des biens et des personnes est compromise.

Les personnels pénitentiaires assurent également l'escorte des convois sanitaires en cas d'hospitalisation ou d'extraction médicale d'un patient détenu, la réalisation des transferts entre l'UHSA et les établissements pénitentiaires lorsqu'un transport sanitaire n'est pas prescrit, la présentation des patients détenus devant le juge des libertés et de la détention (JLD).

Interrogés sur leur exercice professionnel, les agents rencontrés à l'aube de l'ouverture de l'UHSA ont confirmé leur intérêt pour la spécificité de leur fonction, évoquant l'enrichissement professionnel né de l'observation des méthodes de prise en charge effectuée par les personnels hospitaliers ; ils s'interrogeaient cependant sur un exercice dans la durée, compte tenu d'une activité quotidienne encore peu conséquente.

Le lien avec l'établissement pénitentiaire de rattachement est important pour partie des missions confiées à l'équipe UHSA pénitentiaire. Pour faciliter celui-ci, le responsable de la structure participe à la réunion hebdomadaire de direction et se déplace, lui ou son adjoint, d'une façon quotidienne à la MAO, notamment pour aider à la gestion des cantines ou de la correspondance. La relation établie, qui paraissait en l'état souffrir d'incompréhension, sera de nouveau à construire avec le centre pénitentiaire de Saran qui deviendra, dans le courant de l'année 2014, l'établissement de référence en lieu et place de la MAO qui fermera ses portes.

En attendant, la MAO est, pour les personnels de l'UHSA, l'entité qui gère leur dossier administratif mais aussi l'établissement support par exemple dans le domaine de la médecine de prévention. Les partenaires sociaux sont ceux de la maison d'arrêt qui ont inclus dans leur bureau un référent UHSA.

3.3.3.3. Les liens entre les personnels médicaux et pénitentiaires

Une semaine de formation commune a été organisée conjointement par les deux administrations, visant à une meilleure connaissance des milieux professionnels respectifs et à une meilleure prise en charge du public accueilli. Chaque corps professionnel a présenté son travail aux autres, puis des petits groupes de travail (de six à sept personnes) ont été constitués, mêlant personnel soignant et pénitentiaire, afin d'échanger sur les pratiques professionnelles respectives.

Il a été indiqué aux contrôleurs que des stages d'observation en milieu pénitentiaire avaient été prévus pour le personnel hospitalier mais n'avaient pu se mettre en place, du fait des reports successifs de la date d'ouverture de l'UHSA.

Par ailleurs, il a été indiqué aux contrôleurs que les deux administrations, sanitaire et pénitentiaire, souhaitent poursuivre les formations communes ; au jour de la visite cependant, aucun projet n'était en préparation.

Lors de la visite des contrôleurs, la communication entre le personnel médical, paramédical et pénitentiaire s'effectue essentiellement sur la base d'échanges informels. Le logiciel « cahier électronique de liaison » n'a pas été déployé au sein de l'UHSA.

Les psychiatres et les cadres de santé ont des échanges oraux informels avec le personnel pénitentiaire pour la gestion de l'UHSA. Ces échanges sont pluriquotidiens, et sont décrits par le personnel médical comme étant très utiles et très satisfaisants pour gérer le fonctionnement de l'institution. Ainsi, le personnel de l'administration pénitentiaire peut être amené à donner, de façon informelle, des renseignements sur les patients accueillis, quand ceux-ci présentent un risque particulier pour la sécurité des personnes. Ces informations permettent une meilleure prise en charge du patient ainsi que la protection des patients vulnérables.

Le personnel paramédical (infirmiers, aide-soignant, ASH) entretient des échanges formels avec le personnel de l'administration pénitentiaire dans le cadre de certains aspects de la vie quotidienne des patients : cantines, parloirs, extractions. Ces échanges liés aux missions de l'UHSA font l'objet de directives écrites, établies conjointement par l'administration pénitentiaire et l'hôpital.

Conformément à l'obligation de respect du secret médical, le personnel médical et paramédical ne donne à l'administration pénitentiaire aucune information sur l'état de santé des patients hospitalisés, ni sur les soins dont ils bénéficient ni sur leur traitement ou sur le déroulement général de l'hospitalisation.

Il n'existe aucune réunion institutionnelle formelle entre le personnel médical et l'administration pénitentiaire. Au moment du contrôle, il était envisagé d'instaurer une réunion hebdomadaire entre responsables médicaux et pénitentiaires.

Le partage de vestiaires, les rencontres effectives en salle de repos-repas, la possibilité laissée aux personnels pénitentiaires, d'accéder en uniforme au restaurant de l'hôpital de rattachement, sont des signes, parmi d'autres, du lien établi.

Quelques semaines après l'ouverture, les interlocuteurs rencontrés se sont tous félicités de la qualité de la collaboration établie dans le respect de la place de chacun.

Un signe explicite de cette satisfaction a été donné par le directeur de l'hôpital qui, par courriel du 16 avril, a tenu à remercier les personnels pénitentiaires de leur intervention à l'occasion de l'agression dont avaient été victimes des personnels soignants de la part d'un patient-détenu. Il a souhaité que son écrit soit porté à la connaissance de l'ensemble des personnels de surveillance, ce qui fut fait.

3.4. Les patients

Les premières demandes d'admission ont été adressées en mars ; le premier patient a été accueilli le 11 mars 2013, cinq jours après la demande.

Au 16 mai, l'UHSA avait accueilli vingt-trois patients (dont une femme). Aucun mineur n'avait été accueilli, le patient le plus jeune était âgé de 20 ans. A l'exception d'un prévenu, tous les patients étaient condamnés (dont cinq dans le cadre de procédures criminelles). La répartition entre soins libres et soins contraints est équivalente (onze admission en soins psychiatrique sur décision du représentant de l'Etat - ASDRE - et douze admission en soins libres – SL). Trois patients sont passés du statut de soins contraints en soins libres durant leur séjour.

Les arrivées se sont échelonnées comme suit :

- onze en mars ;
- sept en avril ;
- cinq en mai.

Deux refus ont été opposés, l'un en mars et l'autre en avril :

- l'un pour « troubles de la personnalité non décompensés et absence de contact avec le médecin référent » ;
- l'autre pour « échéance trop courte avant la date de libération ».

Quatre dossiers étaient en attente au moment du contrôle, pour des demandes formulées entre le 12 avril et le 7 mai.

Les arrivées s'effectuent selon un rythme dont la lenteur a surpris tous les membres de l'équipe ; l'hôpital envisage une nouvelle information tant auprès des établissements pénitentiaires que des hôpitaux, qui semblent continuer d'accueillir des patients en urgence sans les réorienter vers l'UHSA.

Les patients accueillis depuis l'ouverture viennent de huit établissements, sur les quatorze du ressort et concernent à la fois des maisons d'arrêt, des centres de détention et centres pénitentiaires ainsi que la maison centrale de Saint-Maur. La maison d'arrêt d'Orléans a, à elle seule, adressé le tiers des effectifs (huit patients). Les maisons d'arrêt d'Auxerre, Blois, Chartres, Nevers et Troyes n'en ont adressé aucun.

Les durées de séjour se sont échelonnées entre cinq et cinquante-trois jours. La durée moyenne de séjour est de vingt-six jours (raccourcie par deux courts séjours – cinq et huit jours – de patients originaires de la maison d'arrêt d'Orléans).

Au 16 mai 2013, la situation était la suivante :

	Unité A	Unité B
Nombre de lits hors CI	20	20
Chambre d'isolement	1	1
Hommes	13	
Femmes	0	
Mineurs	0	
Prévenus	0	
Condamnés	13	
• Dont procédure criminelle	3	
• Dont procédure correctionnelle	10	
Plus ancienne hospitalisation	9 semaines	
Patients en SPDRE	8	
Patients en SL	5	

Patient le plus âgé	48 ans	
Patient le plus jeune	24 ans	

3.5. L'admission

La convention de fonctionnement recommande d'organiser autant que possible en amont les admissions en soins libres mais prévoit un accueil sept jours sur sept et donc une possibilité d'admission en urgence.

La pratique, au moment du contrôle, exprimait une forte préférence pour un accueil programmé. Plusieurs motifs ont été invoqués : l'absence d'escortes pénitentiaires de nuit et le week-end, la difficulté à rassembler les documents administratifs, la difficulté à effectuer les formalités d'écrou en dehors des jours et heures ouvrables, le manque de personnel médical.

L'admission comporte une phase préalable informelle – contacts entre médecins et entre équipes soignantes – avant de suivre un parcours administratif formalisé.

L'administration pénitentiaire intervient plus particulièrement à propos du transport et des formalités d'écrou.

3.5.1. Les aspects médicaux et administratifs

Un premier contact a généralement lieu par téléphone, de médecin à médecin. Si un accueil paraît envisageable, la demande est formalisée par écrit.

En cas d'admission en soins libres, elle émane du médecin de l'unité sanitaire (US) ou du service médico-psychologique régional (SMPR). En cas d'hospitalisation sans consentement, le directeur de l'établissement hospitalier de rattachement de l'US ou du SMPR demandeur cosigne la demande, et s'engage à reprendre le patient si l'hospitalisation doit se poursuivre au-delà de la levée de l'écrou.

Dans tous les cas, le demandeur est invité à fournir des renseignements tenant à l'identité, la couverture sociale, les motifs et éléments cliniques motivant la demande, les antécédents somatiques et psychiatriques, les diagnostics et traitements passés et en cours, les avis du généraliste et du psychiatre et les « objectifs attendus de l'UHSA ». Le formulaire comporte aussi des renseignements d'ordre juridique et pénitentiaire (statut, CPIP référent).

Le médecin responsable de l'UHSA ne demande pas le motif de la condamnation, ni d'autres renseignements que ceux que son homologue estimera devoir indiquer à propos de la personnalité et des antécédents médicaux et psychiatriques. En pratique, des renseignements de personnalité – dangerosité et vulnérabilité, parfois motif de condamnation – sont transmis oralement.

Bien que la réponse appartienne au seul médecin, la demande est examinée de manière collégiale avec le cadre de santé et, le cas échéant, les infirmiers.

La réponse fait l'objet d'une décision médico-administrative, signée du médecin responsable de l'UHSA et du directeur du CH Daumezon. Au moment du contrôle, il n'y avait jamais eu de désaccord.

En cas de réponse positive, le demandeur avise les services préfectoraux de son département qui, de leur côté, informeront les services préfectoraux du Loiret. L'admission à l'UHSA ne sera mise en œuvre qu'à réception des deux arrêtés, transmis à l'UHSA par le bureau des entrées.

A ce stade, des contacts informels entre équipes soignantes permettent d'appréhender au mieux la personnalité du patient pour mettre en œuvre un accueil adapté.

Le transport est co-organisé par l'administration pénitentiaire et le CH Daumezon.

En cas d'admission en soins libres (et hors cas d'urgence), il est réalisé par un véhicule pénitentiaire. En cas d'hospitalisation sous contrainte, il est effectué par ambulance, avec deux soignants et deux ambulanciers, escortés par un véhicule pénitentiaire. Le CH Daumezon a passé convention avec une société d'ambulance privée, qui intervient également pour la maison d'arrêt.

Au moment du contrôle, le délai entre la demande téléphonique et l'arrivée était d'une huitaine de jours.

Il est indiqué que le seul fait d'obtenir une réponse positive permettait souvent aux équipes demandeuses de différer l'urgence.

En cas d'urgence absolue, le patient transite par l'hôpital de proximité.

3.5.2. Les aspects pénitentiaires de la procédure d'admission

3.5.2.1. L'organisation du départ

Les formalités médicales et administratives remplies, l'action de l'administration pénitentiaire est enclenchée sous la forme d'un dossier de changement d'affectation de la personne détenue concernée. Celui-ci s'établit à l'initiative de l'établissement de départ. La décision de changement d'affectation et l'ordre de transfert sont les deux pièces pénitentiaires nécessaires pour que le transfert de la personne détenue vers l'UHSA puisse être programmé.

La décision de changement d'affectation et l'ordre de transfert relèvent le plus souvent de la compétence de la direction interrégionale des services pénitentiaires.

En fonction de la situation pénale de l'intéressé (notamment si la personne à hospitaliser est condamnée à une très longue peine ou incarcérée dans une maison centrale) et du lieu de l'hospitalisation (s'il se situe dans le ressort géographique d'une autre direction interrégionale pénitentiaire), la décision peut relever de la compétence de l'administration centrale.

Si la personne détenue est prévenue, l'accord des autorités judiciaires est sollicité.

Une fiche de liaison est remplie par l'établissement de départ et comprend les informations suivantes : situation administrative de la personne, situation pénale, liens avec l'extérieur, vie en détention, niveau de sécurité et toutes observations complémentaires utiles.

La date de réalisation du transfert est fixée en commun par la direction de l'établissement de départ et le responsable pénitentiaire de l'UHSA.

Pour aider à la gestion matérielle de la translation entre les deux lieux de détention et ne rien oublier d'essentiel, il a été établi un « inventaire pour admission à l'UHSA ». Celui-ci comprend les items suivants :

- le ou les arrêtés (hospitalisation et transfert) de placement en établissement psychiatrique sans consentement ;
- le dossier médical de l'UCSA, sous pli cacheté ;
- la fiche de liaison, le dossier pénitentiaire ;
- la copie de la pièce d'identité, la carte vitale, les permis de visite, la fiche de téléphone SAGI, la feuille de situation du compte nominatif et les valeurs bijoux ;
- le bagage des effets personnels, les médicaments éventuellement, les cigarettes pour les fumeurs ;
- l'existence d'une fouille corporelle avant son départ.

3.5.2.2. Le transport

A. Transport des patients admis en soins libres

Les patients admis en soins libres sont transportés par un véhicule pénitentiaire. L'établissement ne dispose en l'état que d'un véhicule de marque *Citroën™* de type C8 pour effectuer ces missions. Le second véhicule dit de service permet d'assurer le lien administratif avec la MAO. Il est prévu de doter le service d'un autre véhicule en capacité de transporter des personnes détenues. Dans son courrier en réponse au rapport de constat, le directeur indique que c'est chose faite.

La composition de l'escorte – trois agents avec ou sans gradé – les moyens de contrainte employés dépendent de la personnalité et de l'état de la personne transportée.

B. Transport des patients admis sans leur consentement

Le transport de ces patients est organisé avec deux véhicules :

- un véhicule sanitaire commandé par l'hôpital, dans lequel se trouvent la personne détenue et, à ses côtés, des soignants ;
- un véhicule pénitentiaire, avec le chauffeur et deux surveillants, escorte le véhicule sanitaire.

La dangerosité supposée de la personne détenue, son classement au fichier des détenus particulièrement surveillés (DPS) peut nécessiter le renfort d'une escorte de la gendarmerie. Pour les DPS, il s'agit d'une obligation réglementaire.

3.5.2.3. Les formalités d'arrivée

Les patients détenus sont affectés administrativement à la MAO ; les formalités d'écrou sont cependant réalisées à l'UHSA au sein de la zone géographique appelée l'antenne greffe. La procédure de « l'écrou déporté », en utilisant la fiche d'escorte transmise par télécopie par

le greffe, est alors réalisée par un des personnels gradés. Le dossier pénitentiaire, le compte nominatif ainsi que les valeurs et bijoux¹¹ sont transportés pour classement à la MAO.

Au sein du greffe de cet établissement, les dossiers des personnes présentes à l'UHSA sont classés sur une étagère spécifique, à l'exception des patients détenus originaire de la MAO qui conservent leur classement originel.

La prise en charge de l'arrivant à l'UHSA obéit aux pratiques professionnelles habituelles de l'administration pénitentiaire en la matière.

Une fouille corporelle est en principe effectuée, une décision de fouille par secteur ayant été prise en ce sens par le directeur de l'établissement. Selon les informations recueillies, lorsque la personne détenue a subi une fouille corporelle en quittant son établissement d'origine et n'a pas échappé au regard pénitentiaire, la fouille corporelle prescrite à l'arrivée n'est pas systématiquement effectuée.

Le paquetage de l'arrivant est contrôlé. La convention de fonctionnement de l'UHSA d'Orléans a prédéterminé le paquetage-type du patient détenu admis à l'UHSA ; les produits d'hygiène, le linge de corps, le linge de nuit, les vêtements sont ainsi listés sur le plan qualitatif et quantitatif. La personne écrouée est autorisée à compléter ce paquetage type par des affaires plus personnelles : lunettes de vue, photos, objets attachés à la pratique d'un culte, carnets d'adresse, enveloppes, timbres, montre, petit radio-réveil, parfum et tabac.

Les objets ou effets qui ne correspondent pas à ces indications sont retirés et placés au vestiaire dans des contenants en plastique déposés sur des étagères (Cf. § 3.2.1.1). Sont ainsi strictement interdits, les briquets, les allumettes, les vêtements de couleur bleu marine ou blanche, les couvre-chefs ou assimilés.

Un inventaire contradictoire des effets personnels est dressé avec, pour les objets autorisés, l'indication de la quantité entrant « coté infirmier » et la quantité restant à la fouille. Tout effet sorti pendant la durée du séjour fait l'objet d'une nouvelle annotation.

Le contenant plastique, nominatif, utilisé pour recueillir les effets restant au vestiaire contenait préalablement le paquetage destiné à la personne écrouée. Il s'agit de produits d'hygiène corporelle¹², d'un bon de cantine arrivant, des tarifs de cantine, du livret d'accueil spécifique à l'UHSA, de feuilles de papier vierge, d'un stylo et d'enveloppes timbrées.

La cantine arrivant propose des articles pour les fumeurs, du tabac de différentes marques, des timbres et le nécessaire à correspondance, stylos, enveloppes et bloc papier.

Un **livret d'accueil** de quatre feuillets évoque, de façon très synthétique, la charte de la personne hospitalisée, le droit de recours pour contester le mode d'hospitalisation, l'existence d'un règlement intérieur, la question de la personne de confiance, la composition de l'équipe soignante, la présence médicale, les activités thérapeutiques et de médiation, les examens

¹¹ Pour les bijoux et valeurs, une nomenclature des objets acceptés a été dressée en conformité avec l'instruction codificatrice provisoire du 16/12/2005.

¹² Savon, gel douche, shampoing, tube de crème à raser, tube de dentifrice, brosse à dent, peigne, paire de sandales de douche, et rouleaux papier WC.

complémentaires et les actes chirurgicaux. Un paragraphe est consacré à la vie collective et au rôle des personnels de surveillance, aux horaires de visites et aux parloirs, à l'audience auprès du JLD et aux conditions d'accès au téléphone. Le document évoque également les horaires de repas, la gestion du tabac, de la télévision, les interdits et les conséquences des éventuelles dégradations matérielles commises.

Les contrôleurs ont pu consulter dans le bureau de l'antenne greffe différents registres et les dossiers individuels des personnes écrouées :

- les dossiers des détenus patients, composés de photocopies des pièces du dossier pénitentiaire, comportent notamment les éléments suivants : copie de l'avis médico-administratif, copie des arrêtés préfectoraux, décision de changement d'affectation, décision de transfert, copie de la fiche d'escorte, fiche liaison remplie par l'établissement de départ, fiche d'identité de la personne détenue, bordereau de remise des permis de visite, inventaire des effets personnels, fiche silhouette¹³. Dans l'un des dossiers, était classé le compte-rendu de l'intervention réalisée dans la zone médicale par les personnels de surveillance en raison du refus d'un patient en chambre d'isolement de prendre son traitement (cet écrit était daté du 6/05/2013).
- un registre vestiaire/fouille inventaire est tenu. Il rend compte des effets conservés à au vestiaire et de ceux laissés à la disposition du patient détenu ; il est contresigné par ce dernier et le personnel de l'administration pénitentiaire ayant réalisé l'opération de fouille.

3.6. L'accueil

3.6.1. L'accueil pénitentiaire

L'audience arrivant fait partie du processus d'accueil des personnes hospitalisées à l'UHSA. Elle est réalisée par le commandant, son adjoint ou le personnel d'encadrement présent. Selon les informations recueillies, elle peut être différée dans le temps en fonction de l'état psychique de la personne écrouée pour conserver une efficience.

Hors les documents remis lors de l'écrou, il est précisé aux patient-détenus, l'existence d'un règlement intérieur, consultable à la demande.

Une audience arrivant est également conduite par le CPIP, présent au sein de l'unité chaque mercredi matin. Elle se déroule dans le même local, porte fermée, un surveillant demeurant à proximité. Elle a essentiellement pour but de rassurer la personne, de vérifier sa situation au regard des aménagements de peines (toutes les personnes admises à l'UHSA, dans la mesure où elles sont écrouées à la MAO, relèvent de la compétence du juge de l'application des peines d'Orléans), éventuellement de faire le lien avec la famille.

¹³ La fiche silhouette a vocation à noter les cicatrices, les tatouages, les traces de coups que pourraient comporter le corps de la personne hospitalisée.

3.6.2. L'accueil médical

L'entretien médical d'arrivée est effectué le jour même par un psychiatre de l'unité, en présence d'un soignant. Il est réalisé dans un bureau médical de l'unité. Cet entretien a lieu après l'accueil du patient par l'équipe soignante, et après que les documents d'arrivée (livret d'accueil, formulaire de personne de confiance...) lui ont été remis.

L'état clinique du patient est réévalué, pour confirmer la pertinence de l'indication d'hospitalisation à l'UHSA. Si le tableau clinique présenté par le patient ne correspond pas aux indications de l'unité, l'hospitalisation pourra être remise en cause et le patient ne restera dans l'unité que le temps nécessaire pour lever son hospitalisation et le renvoyer dans son établissement d'origine.

Lors de l'entretien, les circonstances et l'indication de l'hospitalisation sont reprises avec le patient ; le cadre général de sa prise en charge (traitement, bilan somatique, entretiens, activités thérapeutiques) lui sont expliqués.

A l'admission de chaque patient, un bilan somatique est effectué systématiquement. Il comprend un examen clinique, un bilan biologique, un électrocardiogramme (ECG). Pour les patients admis en SDRE, l'examen clinique obligatoire est effectué par le psychiatre référent. Sur indication spécifique, un test urinaire de dépistage de substances psycho-actives (cannabis, dérivés morphiniques, benzodiazépines) peut être prescrit.

Il n'y a aucun protocole de prescription systématique à l'arrivée d'un patient. La prescription médicale réalisée dans l'établissement d'origine avant l'admission est réévaluée en fonction de l'état clinique du patient et modifiée si nécessaire. Elle sera ajustée par la suite, en fonction de son évolution.

La chambre est attribuée en fonction de la disponibilité et de l'égalité de la répartition des patients entre les deux ailes de l'unité. Le patient est libre de porter ses vêtements personnels.

La période d'observation d'un arrivant ne se fait pas en l'isolant du groupe des autres patients mais au contraire en le laissant libre de s'y intégrer. Cette démarche résulte d'un choix clinique de la part de l'équipe ; celle-ci estime qu'un patient sera beaucoup moins sur la retenue de ses faits et paroles s'il participe à la vie collective que s'il en est isolé, et que l'évaluation de son état clinique et de son comportement général sera beaucoup plus précise et fiable.

3.7. Les droits du patient détenu

3.7.1. Dispositif général d'information

Un livret d'accueil d'une cinquantaine de pages est édité au profit de tous les patients du CH. Il n'est pas à jour et n'est pas remis aux patients détenus. Dans la mesure cependant où les patients-détenus sont, à part entière, des patients du CH et devraient bénéficier des mêmes informations, il est apparu utile de décrire brièvement ce livret.

Rédigé en termes clairs et de manière pédagogique, il évoque :

- les différents modes d'hospitalisation (conditions, modalités d'admission, statut, conditions de mainlevée) ;

- les droits des patients (consulter un médecin ou un avocat, libre correspondance, consulter le règlement intérieur, droit de vote, liberté religieuse et philosophique),
- la procédure pour obtenir communication du dossier médical ;
- la liste et les adresses des instances et autorités avec qui le patient peut communiquer (le Contrôleur général des lieux de privation de liberté n'est pas indiqué) ;
- les mesures de protection juridique.

Ainsi qu'il a déjà été indiqué à propos des formalités d'admission, **le livret d'accueil propre l'UHSA**, un dépliant d'une seule page au format A4, a été spécialement conçu pour les patients détenus. Son intitulé vise à la délivrance d'informations sur « les conditions d'accueil et de séjour ».

La première page invite à ne pas hésiter à solliciter les soignants pour toute information complémentaire. Elle indique aussi que la charte de la personne hospitalisée (affichée dans le hall central) et le règlement intérieur sont disponibles sur demande.

Le document aborde notamment, de manière très succincte :

- le rôle du personnel de surveillance (« il s'occupe de tout ce qui concerne les aspects liés à votre détention : visites, courrier, linge personnel, cantines etc. ») ;
- la composition des équipes soignantes (énumération des fonctions) et la présence médicale ;
- les principales règles de vie commune (visites, téléphone, tabac, télévision) ;
- les interdits (relations sexuelles, substances illicites et actes de violences) ;
- le rythme des repas, avec invitation à signaler dès l'arrivée le régime et les habitudes alimentaires ;
- les conditions des examens complémentaires et actes chirurgicaux (il est notamment indiqué « pour certains examens un consentement écrit vous sera demandé » ; il est également précisé que les jours et heures des déplacements ne sont pas communiqués).

Les informations relatives aux droits des patients et plus particulièrement le droit de former recours contre la décision d'admission et l'accès au JLD sont évoqués de manière particulièrement elliptique ; il y sera revenu plus loin.

Dans le hall de l'UHSA, **une affiche** élaborée par le CHD renseigne sur :

- la procédure de dépôt de plaintes et réclamations ;
- les demandes d'indemnisation ;
- les voies de recours concernant les hospitalisations sans consentement (ce dernier point sera examiné plus loin (Cf. 3.7.3.1 et 3.7.3.2.D)).

S'agissant des **plaintes et réclamations**, dont il est indiqué que la commission des relations avec les usagers les examine deux fois par an, il est fait état des modalités de saisine suivantes :

- courrier au directeur de l'hôpital ;
- demande de rendez-vous auprès du médiateur (*via* un courrier adressé au directeur) ;
- rédaction d'un écrit sur le cahier des plaintes et réclamations, disponible au secrétariat de direction.

Il est également fait mention de la possibilité de suggérer des améliorations en matière de qualité ou de remplir le questionnaire de sortie, sur des fiches à disposition dans les unités.

S'agissant des **demandes d'indemnisation**, trois modalités d'action sont indiquées :

- amiable, par demande de rendez-vous au médiateur, contacté par courrier adressé au directeur ;
- « juridique », en « adressant une requête au tribunal compétent » ;
- saisine de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (avec mention de l'adresse) ; seule cette rubrique fait état des conditions de l'action¹⁴.

3.7.2. Mise en œuvre de quelques droits particuliers

3.7.2.1. 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 cet état. »

Aucune mention relative au recueil des observations des patients ne figure dans le livret d'accueil général ni dans le dépliant informatif propre à l'UHSA.

En pratique, si l'avis du patient a manifestement son importance (« on prend du temps, on recherche l'adhésion »), il ne semble pas qu'il soit spécialement recueilli à l'occasion des projets de décisions relatives au maintien des soins ou à la définition de la prise en charge, mais plutôt dans un cadre à la fois plus quotidien et plus large (quels sont les effets du traitement, comment est-il supporté...).

¹⁴ Il est indiqué : « Pour des événements graves survenus après le 5 septembre 2001, et ayant entraîné une incapacité permanente partielle (IPP) supérieure à 24%, ou une durée d'incapacité temporaire de travail d'au moins 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur 12 mois, ou à titre exceptionnel, lorsque vous avez été déclaré inapte à exercer votre activité professionnelle ou lorsque vous subissez des troubles particulièrement graves dans vos conditions d'existence ».

Il s'agit d'une reprise partielle des termes de l'article D1142-1 CSP.

3.7.2.2. La personne de confiance

Bien que le livret d'accueil, obsolète, ne soit pas distribué au sein de l'UHSA, il est apparu utile aux contrôleurs de faire état de la manière dont les deux documents d'information abordaient cette question.

Le livret d'accueil évoque :

- la possibilité, pour toute personne majeure hospitalisée, à l'exception des majeurs sous tutelle, de désigner par écrit, une personne de confiance ;
- le rôle de cette personne (accompagner le patient dans ses démarches et entretiens médicaux, afin de l'aider dans ses décisions) ;
- les limites (rôle purement consultatif, accord du patient avant la transmission d'informations dans le respect des règles sur le secret professionnel).

Le dépliant informatif de l'UHSA écrit à ce propos : « il vous est proposé de désigner une personne de confiance qui pourra recevoir des informations sur votre état de santé et rencontrer le médecin si vous le souhaitez. Un formulaire vous sera remis à ce sujet. Cette personne devra bénéficier d'un permis de visite ».

En pratique, il est apparu que la distinction n'était pas très claire dans l'esprit des équipes entre personne à prévenir en cas d'urgence et personne de confiance ; pour certains, cette dernière semble plutôt appréhendée comme susceptible de faire alliance avec l'équipe médicale.

3.7.2.3. Le droit à la vie privée

Ainsi qu'il a déjà été indiqué, le dépliant informe les patients que l'administration pénitentiaire est en charge de l'organisation des parloirs. Les notes de service relatives à l'organisation des parloirs (modalités de prise de rendez-vous, rythme, horaires, nombre de personnes admises) sont affichées dans la zone hébergement et dans la salle d'attente des familles ; les restrictions médicales apportées à ce droit restent rares et l'ensemble sera détaillé plus loin (Cf. §3.10.1).

S'agissant de l'accès au téléphone, le dépliant indique « les patients-détenus sont autorisés à téléphoner tous les jours sous 'certaines conditions' » ; il est précisé que les conversations peuvent être écoutées, enregistrées et interrompues à tout moment. Les notes de service détaillant l'utilisation du téléphone ne font pas l'objet d'un affichage. En pratique, il n'est pas apporté de restriction à ce droit, dont la mise en œuvre sera exposée plus loin (Cf. § 3.10.2).

Le livret d'accueil de l'unité précise qu'aucune nouvelle ou information médicale n'est donnée par téléphone, ce qui garantit la confidentialité de l'hospitalisation. En principe, le standard de l'hôpital renvoie vers le secrétariat de l'UHSA toutes les communications qui concernent ses patients, sans davantage délivrer d'informations.

Le droit à la correspondance est garanti dès l'arrivée par la remise d'un nécessaire de correspondance ; il ne fait pas l'objet d'informations et ne semble pas souffrir de restrictions. Sa mise en œuvre est évoquée plus loin (Cf. § 3.10.3).

3.7.2.4. L'accès au culte

Outre la mention relative au droit, pour le patient, de se livrer aux activités religieuses de son choix, le livret d'accueil du CH indique la présence d'un aumônier catholique chaque après-midi, du lundi au vendredi ainsi que la possibilité, par l'intermédiaire des cadres de santé et des infirmiers, d'être mis en relation avec les représentants d'autres cultes.

Le dépliant propre à l'UHSA fait état de cette même possibilité.

En pratique, aucune demande en ce sens ne s'était exprimée jusqu'au jour du contrôle, pas plus qu'il n'y avait, de la part de quiconque, de signe extérieur d'appartenance à une quelconque religion.

3.7.2.5. L'accès au dossier médical

L'accès au dossier médical se fait sur demande écrite de la part du patient ou des ayants-droit à la direction de l'hôpital. Vingt-quatre heures après réception de la demande, un courrier d'information est retourné au demandeur, précisant les dispositions légales en vigueur et les modalités pratiques d'obtention du dossier.

La seule restriction d'accès tient à l'état du patient (état psychiatrique aigu, agitation, agressivité).

3.7.2.6. Les mandataires judiciaires

Tuteurs et curateurs n'interviennent pas autrement que pour des questions d'ordre matériel ; ils sont sollicités par l'assistant social lorsque les comptes nominatifs sont insuffisants pour cantiner.

3.7.2.7. La situation au regard des aménagements de peine

Ainsi qu'il a été dit plus haut, le juge d'application des peines d'Orléans est compétent dès lors que la personne détenue, devenue patient, est écrouée à la MAO. Le CPIP fait le lien avec ses homologues et vérifie la situation de l'intéressé au regard des aménagements de peine. Ceux-ci restent théoriquement possibles mais, en pratique, selon le CPIP, il est peu réaliste de déposer une demande de permission de sortir ou de formuler une requête en aménagement de peine avec quelque chance de succès. Au moment du contrôle, aucune demande de ce type n'avait jamais été déposée.

Les réductions supplémentaires de peines en revanche, peuvent être examinées sans difficultés ; au moment du contrôle cependant, le caractère récent de l'ouverture n'avait pas permis un tel examen.

3.7.3. La situation particulière des personnes détenues hospitalisés sans leur consentement

3.7.3.1. Les arrêtés préfectoraux d'admission, notification et voies de recours

L'administration n'a pas défini de circuit précis garantissant qu'une information complète et fiable est délivrée par une personne compétente à l'occasion de la **notification** des arrêtés d'admission.

A leur arrivée, les patients sont informés oralement de leur statut par l'infirmier ou le médecin ; il est rare que leur état, à ce moment, permette d'entrer dans le détail. Toutefois, dès lors qu'un patient exprime une hostilité à la mesure, le médecin l'informe de la possibilité de former recours et de sa comparution prochaine devant un JLD, qui pourra être l'occasion de faire valoir ses arguments.

Le bureau des entrées (BE) reçoit l'arrêté de la préfecture du Loiret portant admission ou transfert ; lorsque le prévenu est originaire d'un autre département, l'agence régionale de santé (ARS) communique l'arrêté initial. Selon les renseignements recueillis, l'administration hospitalière n'a pas souhaité qu'un lien direct soit établi entre l'ARS et l'UHSA, se sorte que l'arrêté préfectoral est adressé à l'UHSA par le BE.

La décision préfectorale est formellement notifiée par un cadre ou un infirmier de l'unité (« ça dépend de la relation », est-il indiqué). Ces personnels sont théoriquement en capacité de donner les renseignements utiles. En pratique, ils semblent s'attacher essentiellement à convaincre le patient de la nécessité des soins : « on rappelle les raisons du placement, on leur dit que si tout n'était pas en ordre, on ne les aurait pas reçus et que, si un médecin a confirmé, c'est qu'ils ont besoin d'être là ».

Copie du document est remise au patient, invité à signer un accusé réception que le secrétariat de l'UHSA retourne au bureau des entrées (BE). Le BE renvoie à son tour l'accusé réception à l'ARS, sans en conserver copie.

L'arrêté contient une mention relative à la possibilité de faire **recours**, ainsi qu'aux modalités.

Le secrétariat de l'UHSA indique que la plupart des patients ne souhaite pas conserver le document ; il est alors placé au dossier du patient.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, seule une affiche, apposée dans le hall, renseigne à propos des recours.

Elle indique, en premier lieu, la possibilité de saisir la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (avec mention de l'adresse postale).

Elle mentionne, en deuxième lieu, la possibilité de saisir le JLD (par « courrier au Directeur », « rencontre avec le médiateur non médical » ou « dépôt d'un courrier au greffe du tribunal de grande instance », avec mention de l'adresse). Il est précisé que la requête doit contenir certaines informations utiles (notamment les coordonnées du demandeur et l'exposé des motifs de la demande).

La possibilité d'un recours administratif est notée en dernier lieu, assortie d'une restriction non prévue par les textes et comportant un oubli à propos du délai. Il est écrit : « Pour les HDT : possibilité de contester la notification de la décision d'admission, dans les deux (mois), devant le Tribunal Administratif d'Orléans ».

Au moment du contrôle, un recours avait été formé.

3.7.3.2. L'intervention du juge des libertés et de la détention (JLD)

A- L'information du patient

Le livret d'accueil de l'hôpital ne fait mention du JLD qu'en tant que membre de la liste des autorités avec qui le patient peut communiquer, sans plus d'explication quant à son rôle.

Le dépliant d'accueil remis aux patients admis à l'UHSA consacre à peine plus d'une ligne au JLD, placée dans la rubrique « vie collective », entre « les visites et les parloirs » et « le téléphone ».

Il est écrit : « si vous êtes hospitalisé en soins sans consentement, la procédure vous sera expliquée ».

Aucun de ces documents ne présente le JLD comme garant des libertés individuelles et des droits du patients ni n'évoque son intervention de plein droit à l'issue de quinze jours d'hospitalisation¹⁵, ni la possibilité, pour le patient, de le saisir à tout moment, ni non plus la possibilité de former recours contre ses décisions.

B- Le rôle de l'avocat

Le barreau d'Orléans compte près de 200 avocats dont un quart environ est volontaire pour contribuer aux permanences pénales auxquelles est rattachée la défense des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement. Un avocat rencontré au tribunal explique que les jeunes avocats désireux d'intégrer cette permanence doivent accepter d'être suivis par un « tuteur » durant un an. Quelques formations spécifiques ont été proposées, suite à la loi du 5 juillet 2011, par la cour d'appel et l'école du barreau, sans obligation.

L'avocat consulte le dossier au greffe le matin de l'audience ; le patient n'est pratiquement jamais rencontré avant sa venue au tribunal (le médecin responsable a cité un cas). Selon les renseignements recueillis, il semble que l'entretien se tienne quelques minutes avant l'appel de la cause, à travers la vitre du box dans lequel se tient le patient détenu lors de l'audience, à proximité de l'escorte. L'avocat rencontré à l'occasion d'une audience, qui représentait son client, indique : « je vérifie la procédure, l'existence des certificats médicaux, je n'ai jamais rien trouvé à redire aux arrêtés préfectoraux ; mon rôle s'arrête là, surtout lorsque je n'ai pas pu rencontrer la personne ».

Le magistrat rencontré qualifie de « modeste » l'investissement du barreau en cette matière, précisant que les avocats sont mal à l'aise et s'interrogent sur l'intérêt de leur intervention.

C- L'audience

Le JLD indique tenir trois audiences par semaine, et avoir rendu, au total, 159 décisions entre le 1er janvier et le 15 mai 2013.

Selon les chiffres fournis par l'établissement, dix patients venaient de l'UHSA, neuf dans le cadre de l'examen de plein droit, le dernier avait formé une demande de mainlevée ; tous ont été maintenus en soins ; il n'y a eu aucun recours.

¹⁵ Délai légal à l'époque du contrôle.

Quatre patients n'ont pas comparu, dont deux par suite d'une contre-indication médicale, ce qui, selon le magistrat, ne représente pas un taux supérieur à la moyenne des autres établissements hospitaliers. Le dialogue avec les patients de l'UHSA existe, dans la mesure où « ils sont ralentis mais pas plus « sédatisés » que les autres patients ».

Le magistrat estime globalement que les arrêtés préfectoraux sont succincts et les certificats médicaux « parfois légers » ; le constat de l'état du patient à l'audience l'a, jusqu'alors, empêché d'en tirer les conséquences. Sur l'ensemble des procédures examinées, une seule mainlevée a été ordonnée en raison d'une saisine tardive.

La convocation est adressée à l'UHSA par le greffe du JLD quelques jours avant l'audience ; pour des questions de sécurité, elle n'est remise au patient qu'au matin de l'audience. En cas de certificat médical d'incompatibilité à l'audition, l'intéressé n'est pas nécessairement informé de l'existence même de l'audience. La convocation indique la possibilité d'être assisté d'un avocat choisi ou commis d'office. En pratique, il est fait appel à l'avocat de permanence. La liste des avocats inscrits au barreau d'Orléans n'est pas affichée au sein de l'unité.

Le patient est conduit au tribunal dans un véhicule pénitentiaire (un monospace de cinq ou sept places, à vitre teintées), il est placé à l'arrière, généralement menotté et parfois entravé, entouré de deux agents ; deux soignants suivent dans un véhicule de l'hôpital.

L'entrée s'effectue par un sous-sol conduisant à un parking réservé aux forces de l'ordre, dont l'accès est surveillé par un policier et des caméras. Le reste du trajet s'effectue à pied, en passant par la zone des geôles. Celles-ci sont rudimentaires mais propres (2,80 m sur 1,90 m, un bas flanc et un WC à la turque) ; il est précisé que les patients passent rarement par les geôles et que lorsque tel est le cas, le séjour est court. L'attente a plutôt lieu à l'étage, en haut d'un escalier en béton conduisant à la salle d'audience ; le palier comporte deux chaises en mauvais état et un cendrier ; il donne accès direct au box des prévenus.

L'audience est publique mais la configuration des lieux, et plus particulièrement l'emplacement des portes d'entrées, tient le public à distance).

Le magistrat cherche à savoir si le patient a reçu des informations sur son intervention ; il indique que certains patients vivent mal cette comparution (« qu'est ce qu'on me reproche ? ») et que certains tiers à l'origine du placement expriment un regret (« si j'avais su qu'on se retrouverait au tribunal... »). Il présente son rôle, interroge le patient sur son vécu de l'hospitalisation et ses projets ; il évoque les certificats médicaux sans en donner lecture intégrale. Exceptionnellement, le magistrat interroge les soignants ; ceux de l'UHSA ont demandé que leur nom ne figure pas sur la note d'audience.

La décision n'est pas annoncée sur-le-champ mais transmise par télécopie à l'UHSA dans les quarante-huit heures. Il semble que cette pratique, initiée par un prédécesseur, soit née d'une demande de l'hôpital, qui souhaitait éviter des retours agités.

D Notification et recours

La décision du JLD est portée à la connaissance du patient dans les mêmes conditions que l'arrêté préfectoral.

Le secrétariat a pu établir que les dix patients concernés avaient signé un accusé réception attestant que la décision leur avait été remise ; l'accusé réception n'est pas toujours daté. Lorsque la date est indiquée, elle montre que l'accusé réception a été signé, au plus tard, six jours après la décision (la date d'arrivée à l'unité n'étant pas mentionnée).

Les soignants disent ne pas informer expressément l'intéressé qu'un appel est possible. Cette possibilité est inscrite au pied de la décision (dont il est par ailleurs indiqué que les patients ne la conservent pas toujours).

Enfin, ainsi qu'il a déjà été dit *supra*, l'affiche d'information placée dans le hall n'indique pas clairement qu'un recours peut être formé contre les décisions du JLD.

Au moment du contrôle, un seul recours avait été formé.

3.8. Le registre de la loi

Le registre de la loi est tenu au bureau des entrées et rend compte à la fois des ASPDRE et les ASPDT, pour l'ensemble de l'établissement.

Organisé en double page par patient, il est conçu pour indiquer, d'une part, l'identité du patient, les modalités de son admission, l'existence éventuelle d'une mesure de protection juridique, la forme de la prise en charge, l'intervention du JLD, la date de mainlevée et, d'autre part les arrêtés préfectoraux et certificats médicaux exigés par la loi.

Les contrôleurs ont examiné le registre en cours au moment du contrôle, ainsi que le précédent. Les observations suivantes peuvent être faites :

- l'arrêté initial de placement n'y figure pas toujours (lorsque le patient vient d'un autre département, ne figure que l'arrêté ordonnant son transfert et son admission à l'UHSA) ;
- il manque de nombreux certificats médicaux ;
- plusieurs des patients admis à l'UHSA depuis largement plus de vingt-quatre heures¹⁶ (quinze jours) n'y étaient pas inscrits ;
- le dispositif des décisions du JLD n'est pas reporté ;
- la mention « détenu » était parfois portée au regard du nom de la personne.

Aucun des deux registres ne portait mention de la visite d'une autorité.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur du centre hospitalier indique « à ce jour, une copie des certificats médicaux est envoyée au bureau des entrées et l'original est conservé dans le dossier papier de l'UHSA ainsi que dans cortex de notre logiciel ».

¹⁶ Délai légal d'inscription fixé par l'article L3212-11 du code de la santé publique.

3.9. La prise en charge des patients

3.9.1. L'organisation des soins

3.9.1.1. Les soins psychiatriques

A Organisation générale

Le projet médical de l'UHSA est fondé sur la prise en charge en semi-urgence des personnes détenues présentant une pathologie psychiatrique aiguë.

Les principales indications sont : la tentative de suicide actée ou le risque majeur de passage à l'acte suicidaire, la dépression mélancolique, l'état délirant aigu. De nombreux patients de l'UHSA présentent une problématique toxicomaniaque ; elle ne constitue pas une indication *per se* d'hospitalisation, mais elle est prise en charge lors du séjour du patient.

La durée du séjour à l'UHSA n'est pas décidée en amont de l'hospitalisation mais conditionnée par l'évolution favorable de l'état clinique. Au regard des indications d'hospitalisation, la durée moyenne de séjour prévisible est de l'ordre de quatre semaines.

L'accueil du patient se fait au seuil de la partie médicale de l'UHSA, par au moins deux membres de l'équipe médicale, généralement un infirmier et un aide-soignant (selon la disponibilité du personnel).

Le patient est conduit dans sa chambre, où il peut déposer ses effets personnels. Les règles de vie de l'unité lui sont expliquées oralement. Un imprimé de désignation d'une personne de confiance est remis. Le cas échéant, les soignants aident à la compréhension des documents remis par le gradé qui a effectué l'écrou (Cf. §3.5.2.3).

Un état des lieux de la chambre est fait avec le patient. Il comprend vingt-trois items (état des murs, plafond, sol, fenêtre, meubles, équipement, lingerie, télévision, etc....), cotés selon les critères suivants : bon, moyen, hors service, absent. L'état des lieux est renouvelé à la sortie du patient. Il est indiqué sur l'état des lieux remis au patient que les dégradations volontaires constituent une faute disciplinaire et qu'une retenue au profit du Trésor public peut être effectuée sur la part disponible de son compte nominatif.

Puis le patient est accompagné pour une visite de l'unité. A l'issue de la visite, le patient est laissé libre de rejoindre les autres patients ou bien de se reposer dans sa chambre.

La journée-type est basée sur le principe du projet de soins, selon lequel les patients doivent bénéficier le plus possible d'une vie collective :

- 7h45 à 8h30 : ouverture des chambres, service du petit déjeuner et distribution des traitements ;
- 8h30 à 9h30 : temps libre ;
- 9h30 à 10h30 : temps en chambre fermée, durant la réunion clinique des soignants ;
- 10h30 à 12h00 : entretiens médicaux, temps libre, activités occupationnelles et thérapeutiques ;
- 12h00 : service du déjeuner et distribution des médicaments ;
- 13h30 à 14h30 : temps en chambre fermée ;

- 14h30 à 18h30 : entretiens médicaux, temps libre, activités occupationnelles et thérapeutiques ;
- 18h30 : distribution des traitements, retour en chambre, service du diner.

Dans son courrier du 17 mars, le directeur a fait savoir que, depuis la visite des contrôleurs, l'ouverture des chambres s'effectuait à 7h30.

Les patients sont vus par le psychiatre au moins une fois par semaine ; les entretiens peuvent être plus fréquents (quotidiens si nécessaire) soit sur demande du patient, soit à l'initiative du médecin et/ou de l'équipe paramédicale, si l'état clinique du patient le nécessite.

Les entretiens se font dans l'un des bureaux de l'unité du patient. Ils sont réalisés par le psychiatre référent, accompagné d'un membre de l'équipe paramédicale. Un résumé de chaque entretien est consigné dans le dossier médical et dans le dossier infirmier après l'entretien.

Dans le cadre des horaires indiqués plus haut, les patients sont libres de circuler dans l'unité, vêtus de leurs vêtements personnels. Ils ont la possibilité de s'isoler dans leur chambre selon leur volonté, le verrou intérieur leur permet de ne pas être dérangés.

Les traitements du matin et du midi sont donnés dans le poste de soins, où un seul patient à la fois est admis. Le traitement du soir est donné avant le service du dîner. Les traitements de nuit sont distribués en chambre par le personnel de nuit.

La nuit, les portes des chambres sont fermées pour des raisons de sécurité.

Les familles des patients peuvent être reçues par le médecin référent du patient. Pour des raisons de convivialité, elles sont reçues en dehors de l'UHSA, dans un bureau situé dans un pavillon de l'hôpital.

B- L'isolement

a- La procédure

La mise en chambre d'isolement fait l'objet d'un protocole établi au niveau de l'hôpital et destiné à l'ensemble des pavillons.

La version utilisée lors du contrôle est datée du 19 avril 2007 ; elle a été rédigée par la coordinatrice du groupe Audit MCI (mise en chambre d'isolement), vérifiée par le service direction qualité et validée par le président de la commission médicale de l'établissement (CME).

La mise en chambre d'isolement est faite sur prescription médicale. Six indications sont retenues :

- prévention de la violence du patient envers lui-même ;
- prévention de la violence envers autrui ;
- prévention d'un risque de rupture thérapeutique (fugue, refus de soin) ;
- isolement intégré dans un programme thérapeutique ;
- isolement en vue de diminuer les stimulations ;

- demande du patient.

Le protocole de mise en isolement fait l'objet d'un document de suivi de quatre pages comprenant : la fiche de prescription médicale, les consignes médicales et le suivi infirmier, la fiche de surveillance des soins, la fiche de surveillance de la contention.

La fiche de prescription médicale indique l'identité du patient, les modalités d'hospitalisation, l'information du patient et de sa famille, la/les indication(s) médicales utiles.

La fiche de soins infirmiers précise les autorisations de sortie de chambre, de communication avec l'extérieur, les modalités de repas, la surveillance clinique.

La fiche de surveillance et de soins en isolement fait apparaître onze critères de surveillance (visite médicale, visite infirmière, constantes, alimentation, hydratation, traitement, élimination...).

La fiche de surveillance de la contention fait apparaître douze indicateurs cliniques (état somatique, points d'appuis, de contention, hydratation, points thromboemboliques, risques d'inhalation...) pour surveiller l'état de santé du patient.

Après la mise en chambre d'isolement, les fiches sont consignées dans le dossier infirmier du patient et une étiquette rouge marquée « isolement » est fixée sur le dos du dossier infirmier, afin de l'identifier rapidement.

Il n'existe pas de registre des mises en chambre d'isolement.

La durée de mise en isolement est déterminée selon l'évolution de l'état clinique du patient ; elle n'est pas standardisée ; il n'y a pas de durée minimale. Il a été rapporté aux contrôleurs que certaines mises en isolement ont duré quelques heures.

La validité de la prescription d'isolement est de 24 heures au maximum. Si l'état du patient le nécessite, après évaluation de la pertinence clinique de la prescription, elle est renouvelée, en semaine, par un médecin de l'unité et, les dimanche et jours fériés, par le médecin de garde de l'hôpital.

Lors de la visite, un patient était en chambre d'isolement à sa demande, depuis son arrivée en hospitalisation, une dizaine de jours auparavant. Les contrôleurs ont rencontré ce patient et lui ont proposé un entretien, qu'il a formellement refusé.

b- Les locaux d'isolement

Chacune des deux unités est pourvue d'une chambre d'isolement identique, contiguë au bureau des soignants.

Compte tenu de l'occupation de la chambre d'isolement de la zone A durant les quatre jours du contrôle, la chambre d'isolement de la zone B, inoccupée, a été visitée.

La chambre a une surface de 16 m². L'éclairage naturel est assuré par une fenêtre en verre épais dépoli de 1,50 m de haut et 0,85 m de large ; elle ne peut être ouverte qu'avec une clé spéciale. La fenêtre est équipée d'un volet électrique dont la commande est située dans la salle de bains contiguë.

On accède dans la chambre soit par la porte donnant dans le couloir soit par la porte donnant dans le local de douche contigu. Cette dernière peut être fermée à clé sur prescription médicale.

Une fenêtre de 0,90 m de haut et 0,90 m de large permet une surveillance visuelle permanente depuis le bureau des soignants ; cette fenêtre peut être occultée par un store relevable et inclinable, commandé par une molette dans le bureau des soignants.

Au centre de la chambre, un lit de 2 m de long sur 0,90 m de large est fixé au sol. Il est recouvert par un matelas en plastique de 0,15 m d'épaisseur.

Dans un renforcement, protégé de la vue par un muret de 1 m de haut, est fixé au mur un bloc WC/lavabo en inox ; une balayette WC avec son support est posée au sol. Un bouton d'appel mural est installé à proximité. Les contrôleurs ont constaté que le système d'évacuation du lavabo était défectueux et en ont transmis l'information.

La chambre ne comporte aucun interrupteur permettant d'allumer depuis l'intérieur.

L'éclairage artificiel est double : d'une part, une applique murale commandée du couloir ou de la salle de douche, d'autre part, un plafonnier à luminosité réduite commandé du couloir.

La salle de douche attenante a une superficie de 8 m². Le sol, ainsi que les parois entourant la zone de douche, sont revêtus d'un carrelage gris.

Un lavabo en inox est fixé au mur ; il est surmonté d'un boîtier encastré équipé des boutons de commande d'eau chaude et d'eau froide, puis d'un miroir rectangulaire. Deux prises de courant sont encastrées sur le côté.

La douche est de type « à l'italienne » : l'évacuation de l'eau est assurée par une grille encastrée au sol ; la pomme de douche et le robinet thermostatique sont encastrés dans le mur.

Un bouton d'appel est installé à égale distance de la douche et du lavabo.

L'éclairage du local est assuré par une applique fixée au-dessus du lavabo, commandée par un interrupteur à proximité.

L'accès à cet espace est possible par deux portes : l'une donnant dans la chambre proprement dite, l'autre donnant dans le couloir. Cette dernière ne peut être ouverte qu'avec une clé et comporte un vasistas rectangulaire.



Chambre d'isolement

c- La contention

La contention est pratiquée sur prescription médicale. Il n'y a pas de durée standard ou minimale de contention, elle est prescrite uniquement le temps nécessaire pour l'apaisement du patient. La validité de la prescription est de 24 heures au maximum et doit faire l'objet d'une réévaluation médicale avant d'être renouvelée.

La contention est mise en place par le personnel soignant, exclusivement. Elle est effectuée au moyen de sangles larges et matelassées, qui enserrant, sans les blesser, les membres supérieurs, les membres inférieurs, l'abdomen. Le verrouillage des sangles est effectué par des pivots aimantés et des attaches en *velcro™*.

La prescription médicale de contention et la fiche de surveillance médicale sont consignées dans le dossier infirmier du patient, conservé dans le poste de soins.

Il n'existe pas de registre du suivi des actes de contention.

3.9.1.2. Les soins somatiques

Pour les soins somatiques, l'UHSA est équipée d'un bureau médical, disposant d'un lit d'examen et d'un point d'eau ; chaque unité est équipée d'un chariot d'urgence.

Après l'examen d'entrée, le patient est revu par un médecin (psychiatre ou généraliste) s'il le réclame ou si son état de santé le nécessite. La durée moyenne de séjour étant de quelques semaines, aucun bilan de suivi n'est prévu au cours de l'hospitalisation.

Les consultations dans les services de chirurgie et de spécialités médicales ainsi que la gestion des urgences sont organisées selon les mêmes modalités que pour les autres pavillons de l'hôpital. Une convention a été établie avec le Centre Hospitalier Régional d'Orléans (CHRO) pour la gestion des urgences, qui incombe au SAMU. Les consultations de dentiste et les examens biologiques relèvent du CHRO. De même, les interventions chirurgicales nécessitant un service de réanimation et un court séjour en chambre sécurisée sont effectuées au CHRO.

Des conventions avec le secteur libéral ont été passées pour les examens radiologiques, les consultations d'endocrinologie, la lecture des électrocardiogrammes (ECG), ainsi que pour certaines interventions chirurgicales ambulatoires.

L'ouverture de l'UHSA est trop récente et le nombre de patients trop faible pour pouvoir réaliser une étude épidémiologique fiable de l'état de santé somatique et des besoins médicaux nécessaires.

Si une extraction est nécessaire, le transport du patient détenu s'effectue dans un véhicule sanitaire, l'escorte suivant dans un véhicule pénitentiaire. Arrivé sur le lieu du rendez-vous médical, l'accompagnement sécuritaire du détenu patient devenu piéton appartient aux membres de l'administration pénitentiaire qui décideront des moyens de contrainte qu'il convient d'utiliser (Cf. § 3.12.4). Il a été indiqué aux contrôleurs que, pour les examens effectués à la MAO – examen dentaire notamment –, l'extraction était réalisée à l'aide du véhicule pénitentiaire.

3.9.1.3. Les réunions institutionnelles

Une réunion institutionnelle clinique a lieu chaque matin du lundi au vendredi de 9h30 à 10h30. Les médecins, cadres et personnel soignants (infirmiers, aides-soignants, ASH) sont tous conviés à s'y rendre, selon leur disponibilité. Les représentants de l'administration pénitentiaire ne sont pas conviés à cette réunion, afin de préserver le secret médical.

L'objectif de cette réunion est de faire circuler l'information de la façon la plus large et la plus ouverte au sein de l'équipe soignante. La situation de chaque patient est abordée, les éléments cliniques récents sont échangés de façon synthétique. Cette réunion peut être l'occasion d'aborder certains points de la prise en charge du patient, en particulier de décider de la mise en place d'une activité thérapeutique.

Les psychiatres ont prévu de mettre en place d'autres réunions institutionnelles afin de réaliser des synthèses cliniques générales concernant un ou plusieurs patient(s), de réfléchir à l'organisation des soins, de parler de la vie institutionnelle. Ces réunions sont actuellement à l'état d'ébauche et ne sont pas encore formalisées, ni quant au contenu, ni quant à la périodicité. Leur mise en place est conditionnée par les recrutements d'agents sur les postes vacants (psychiatre, psychologue).

Aucune réunion n'avait encore été formellement organisée au moment du contrôle entre personnels médical, soignant et pénitentiaire mais l'intention en était exprimée de part et d'autre.

3.10. La gestion de la vie quotidienne

3.10.1. Les règles de vie

Les règles de vie sont basées sur le principe selon lequel les patients doivent pouvoir bénéficier d'un maximum de temps de vie commune dans l'unité.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, le livret d'accueil remis au patient expose succinctement les règles de vie ; elles concernent : les soins et médicaments, les activités, le téléphone, les visites et les parloirs, l'horaire des repas, le tabac, la télévision, les interdits (interdiction des relations sexuelles, des substances illicites, des actes de violence), les dégradations.

Les règles de vie de l'UHSA sont quasiment identiques à celles des autres pavillons de l'hôpital. Les différences concernent uniquement les aspects de la sécurité (chambres fermées la nuit) et de la communication avec l'extérieur (téléphone, parloir).

3.10.2. 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. Les patients et les soignants ne participent pas à l'élaboration des menus mais peuvent transmettre leurs observations à la direction de l'hôpital.

Une liaison chaude est assurée entre la cuisine centrale et l'UHSA deux fois par jour. Les chariots sont livrés dans la zone d'attente de l'UHSA par le personnel hospitalier ; le personnel de l'UHSA vient les récupérer et les conduire dans l'office de l'unité. Les chariots sont laissés en chauffe ; les plats ne sont sortis que lorsque les patients sont installés dans la salle à manger et prêts à prendre leur repas.

Le petit déjeuner et le déjeuner sont servis dans la salle à manger et font l'objet de deux services, un par aile. Cela permet de constituer des groupes d'au plus dix patients, plus conviviaux et plus faciles à gérer. Les patients viennent ensemble à la salle à manger ; le placement est libre ; les soignants n'imposent un placement qu'aux patients dont le comportement et/ou l'état pathologique sont incompatibles, afin d'éviter les risques de conflit.

Après la prise du traitement du soir, le dîner est servi sur un plateau individuel, en chambre, au moment du changement d'équipe.

Des menus spéciaux – sans sel, hypocaloriques... – sont servis aux patients sur indication médicale. Quatre menus sont proposés : normal, sans porc, poisson, végétarien. Lors de la visite des contrôleurs, le jeudi 16 mai, la répartition des menus était :

Normal : 6 / Sans porc : 6 / Végétarien : 2 / Poisson : 1.

Les couverts sont métalliques, les verres en verre sécurit, les bols et assiettes sont en plastique. Il est demandé à chaque patient de rester assis à sa place jusqu'à ce que le dernier ait fini son repas, de débarrasser leurs couverts et de passer l'éponge sur la table à leur place. Le service est effectué par le personnel soignant.

3.10.3. La cantine

Un bon de cantine arrivant est fourni au patient par l'administration pénitentiaire. Le patient le remplit une fois arrivé dans l'unité d'hospitalisation, le personnel soignant récupère le bon et le redonne à l'administration pénitentiaire, qui gère la commande. Une fois la cantine arrivée à l'UHSA, un fonctionnaire de l'administration pénitentiaire la remet au personnel soignant, qui la transmet au patient. Le délai d'obtention de cette première cantine est de 48 heures.

Douze produits sont proposés à la cantine arrivant : sept concernent la tabagie (quatre marques de cigarettes, feuilles, tabac à rouler) et cinq concernent la papeterie (timbres, stylos noir et bleu, blocs de papier à lettres, enveloppes).

Hors la cantine arrivant, des cantines spécifiques UHSA ont été mises en place par la direction de la MAO. La gestion de ces cantines s'inscrit dans le cadre global de la maison d'arrêt. Les bons de cantine sont au nombre de trois. Un est consacré à la cantine non alimentaire, le deuxième au tabac et revues, le troisième à la cantine alimentaire et liquide.

Le premier bon comporte quarante et un articles qui sont, pour vingt-six d'entre eux, des produits d'hygiène corporelle. Les autres correspondent au nécessaire à correspondance et à l'achat de jeux de cartes.

Le deuxième bon comprend seize articles liés au tabac, deux aux frais postaux, trente-deux aux journaux et revues.

Le troisième bon fait état de seize articles : bonbons, gâteaux secs et boissons telles que *Coca-cola™*, jus d'orange ou eau de source.

La distribution des bons a lieu les dimanches et mercredis. Ils sont ramassés les jeudis soirs. Les journaux et revues sont distribués aux patients détenus quotidiennement. Les cantines autres sont livrées dans la semaine suivant le dépôt du bon.

Les commandes sont remises au régisseur des comptes nominatifs de la MAO, à l'occasion des translations quotidiennes du responsable pénitentiaire de l'UHSA ou de son adjoint vers la maison d'arrêt. Les produits cantinés sont acheminés à l'UHSA de la même manière. Ils sont remis en chambre par les personnels soignants. Il a été indiqué aux contrôleurs que ce processus est peu satisfaisant car les patients observent ce que les uns et les autres reçoivent, ce qui conduit parfois à des rackets à l'encontre des plus vulnérables. Un projet de modification de la remise des cantines est en cours, consistant à ce que chaque patient soit accompagné individuellement dans le local de stockage.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur a indiqué que la distribution des produits cantinés était désormais effectuée par les personnels de l'administration pénitentiaire dans le hall PCC où le patient était accompagné par un personnel hospitalier.

Les patients détenus, à l'exemple de la population pénale plus classique, expriment la même remarque négative quant à la durée du processus commande-livraison. Ils indiquent également que les produits livrés ne correspondent pas toujours à la commande passée. Cette dernière appréciation est à rapprocher de l'état psychique des acheteurs qui oublient parfois la réalité de leur commande. Les contrôleurs ont été témoins d'une telle difficulté rencontrée par un membre de l'équipe soignante.

3.10.4. Le tabac

La consommation de tabac est autorisée la journée, dans les espaces en plein air de l'UHSA. Pour la nuit, il est proposé des substitutifs nicotiques (gommes, patches).

Les traitements substitutifs sont également proposés aux patients afin de réduire leur consommation et, si possible, de les sevrer. Il a été rapporté aux contrôleurs qu'un patient a bénéficié de cet aide et a arrêté de fumer lors de son hospitalisation.

Les patients sont libres de conserver leurs cigarettes mais ils sont incités à les confier au personnel paramédical, afin d'éviter les vols et conflits. Le personnel peut être amené à conserver les cigarettes des personnes jugées vulnérables, afin d'éviter les pressions des autres patients à leur encontre.

Les briquets et allumettes sont interdits, un dispositif d'allumage électrique est posé à l'entrée des cours de promenade.

3.10.5. L'entretien des locaux

L'entretien des locaux est assuré par l'équipe des agents de service hospitalier. Un agent est affecté à un poste dédié aux espaces communs avec l'administration pénitentiaire. Ils ont été associés à la semaine de formation précédant l'ouverture de l'UHSA et ils ont des temps de rencontre informels, quotidiens, avec les agents de l'administration pénitentiaire.

De plus, les agents sont invités à participer aux réunions cliniques. Ils ont donc une bonne connaissance de l'institution et des patients, avec qui ils entretiennent de fréquents échanges informels.

3.11. Les liens avec l'extérieur

3.11.1. Les visites

Les informations sur les modalités des visites figurent dans plusieurs notes de service destinées aux patients et aux visiteurs (familles, avocats, autres visiteurs).

A- Les règles régissant les visites des familles

Outre les informations reprises ci-après, deux notes du 28 janvier 2013 (l'une à destination des familles, l'autre à destination des patients détenus) précisent que « lorsque la visite comporte des enfants, le détenu peut recevoir en cabine deux personnes et deux enfants de moins de 13 ans ou un adulte et trois enfants de moins de 13 ans ». Ces notes sont lisibles sur le panneau d'affichage de la zone de soins et dans les salles d'attente des familles.

Les demandes de parloirs se font par téléphone auprès de la vagemestre, de 9h à 12h et du lundi au vendredi ; elles doivent être formulées 48h à l'avance.

Les parloirs familles ont lieu du lundi au vendredi aux horaires suivants : 13h30 – 14h30, 14h45 – 15h45, 16h – 17h.

Le rythme « pénitentiaire » est de trois parloirs par semaine pour les prévenus et un pour les condamnés.

Le médecin indique n'intervenir que si un motif d'ordre médical conduit à limiter ou suspendre provisoirement, les visites. Il en va ainsi dès lors que l'exercice d'un parloir s'avère être à l'origine d'une détérioration de l'état du patient, ou en cas d'introduction de produits stupéfiants. Des tests urinaires sont d'ailleurs pratiqués en cas de soupçon. La même décision peut être prise lors de la période d'observation. En pratique, le tableau ci-dessous (*infra* B) montre qu'un patient a fait l'objet d'une suppression de parloir pour motif médical.

D'autre part, sur recommandation d'un médecin, un parloir peut être médiatisé (c'est-à-dire qu'un soignant est présent durant le parloir), après accord du ou des visiteurs. Depuis l'ouverture, ce cas ne s'est pas non plus présenté.

Si une famille appelle pour obtenir des informations d'ordre médical, sa demande est transférée au médecin ; celui-ci adresse un courrier à la famille demanderesse pour organiser un rendez-vous.

Une note du directeur de la maison d'arrêt du 4 mars 2013 (incluse dans le document déposé dans les salles d'attente familles) stipule que « les sacs de linge propre, amenés les jours de parloir par les visiteurs titulaires d'un permis de visite, devront obligatoirement être accompagnés d'un listing détaillé des effets contenus dans le sac. Ce document sera disponible auprès des surveillants de la porte d'entrée principale. En l'absence d'une liste, le surveillant refusera le sac et ce afin d'éviter d'éventuelles réclamations ultérieures ».

Les contrôleurs ont pris connaissance à la fois de la fiche d'inventaire des effets personnels, signée contradictoirement par le patient et le surveillant, à l'arrivée du patient dans l'établissement, et de la fiche détaillant l'échange de linge lors d'un parloir, signée par le surveillant.

La fiche d'inventaire renseigne une liste de onze effets personnels, avec, pour chacun : la quantité maximum, la quantité à l'écrou, la quantité entrant côté infirmier, la quantité restée à la fouille, la quantité sortant.

Avec la même liste de onze effets personnels, la fiche d'échanges lors d'un parloir renseigne quant à elle : la quantité maximum, le solde précédent, la quantité sortante, la quantité entrante, le nouveau solde.

La liste des onze effets personnels et la quantité maximum autorisée pour chacun s'établit comme suit :

Slips, caleçons : 7 ; soutiens gorge : 7 ; paires de chaussettes : 7 ; pyjamas ou pantalons de survêtement : 2 ; T-shirts ou chemises : 7 ; veste de survêtement (sans capuche) : 1 ; pull ou sweat (sans capuche) : 2 ; blouson (sans capuche) : 1 ; paire chaussure ville/sport : 1 ; serviette de toilette : 1 ; livres brochés : 3.

B- Le déroulement des parloirs

Le 15 mai 2013, les contrôleurs ont pu observer le déroulement d'un parloir. Une famille (le père, la concubine, deux enfants) est arrivée à 14h30. Après contrôle des permis de visite et des pièces d'identité, la famille a franchi le portique de détection et a été accompagnée directement par une surveillante jusqu'au parloir familial, sans passer par la salle d'attente. Le parloir a débuté à 14h45, dès l'arrivée du patient. Durant toute la durée de la visite, la surveillante est restée à proximité ; deux autres surveillants déambulaient dans le couloir, côté patient. Le parloir a cessé à 15h30 et la famille a été invitée à patienter dans la salle d'attente durant le temps de fouille du patient et son retour dans la zone de soins. A 15h40, la famille quittait l'établissement.

Selon les informations recueillies auprès de la famille dans la salle d'attente, il s'agissait de la troisième visite effectuée à l'UHSA. La famille a déclaré apprécier l'accueil et l'amabilité des surveillants. Auparavant, le patient était détenu à la maison d'arrêt d'Orléans : pour la famille, les conditions de visite sont fortement améliorées et, pour le patient, les conditions de vie sont aussi meilleures (selon ses propres dires : « ici, on est dans un hôpital et non en prison »).

Un « Registre des parloirs », déposé dans la salle de fouille côté familles, a été ouvert le 15 mai 2013.

A la 1^{ère} page (« note d'information pour la population pénale ») figure ce tableau de programmation des mouvements pour les parloirs :

Mouvements aller	Mouvements retour	Horaires parloirs
13h15 – 13h25	14h30 – 14h40	13h30-14h30
14h30 – 14h40	15h45 – 15h55	14h45-15h45
15h45 –15h55	17h00 – 17h10	16h-17h

A la 2^{ème} page, figure un tableau renseignant : la date du parloir, le numéro d'ordre, le nom du surveillant, ses observations et sa signature, les consignes particulières. La consigne particulière pour le parloir observé le 15 mai était ainsi rédigée : « Rappel : les familles doivent être placées en salle d'attente famille le temps de la fouille du patient ».

A la page suivante (« contrôle de l'encadrement »), quatre emplacements de signature sont prévus pour : le 1^{er} surveillant, l'adjoint à l'officier, l'officier responsable, la direction.

La fréquence des parloirs famille depuis l'ouverture jusqu'au 15 mai 2013 s'établit comme suit :

	Jours de présence	Nombre de permis de visite	Nombre de visites	Remarques
Patient 1	61	2	1	<i>La famille a pris contact pour une 1^{ère} visite puis plus rien.</i>
Patient 2	18	0	0	
Patient 3	7	0	0	
Patient 4	14	6	0	<i>La famille est éloignée. Elle a pris cependant contact.</i>
Patient 5	15	4	3	<i>Patient condamné, donc 1 visite/semaine.</i>
Patient 6	11	7	0	<i>Visite non autorisée par le médecin (patient très agité et imprévisible).</i>
Patient 7	29	0	0	
Patient 8	36	1	5	<i>Patient condamné, donc 1 visite/semaine.</i>
Patient 9	47	2	0	<i>Famille éloignée.</i>
Patient 10	33	0	0	

Patient 11	3	2	0	<i>Aucun contact de la famille.</i>
Patient 12	12	0	0	
Patient 13	7	11	0	<i>Aucun contact de la famille.</i>



Un parloir familial

C- Les autres visites

Pour les avocats, les experts de la police ou de la gendarmerie, les éducateurs et les enquêteurs, une note de service du 28 janvier 2013 fixe ainsi les modalités de visite :

- « les prises de rendez-vous se font par téléphone de 9h15 à 11h45, du lundi au vendredi ;
- les horaires de parloirs, du lundi au samedi, vont de 9h à 12h ;
- l'heure limite d'accès à l'établissement est 11h30 ;
- une autorisation exceptionnelle en dehors de ces horaires pourra être accordée par le responsable UHSA ou son adjoint ».

Pour les visiteurs de prison et les membres des différents cultes, une note de service du 17 janvier 2013, stipule :

- « les visites se font sur rendez-vous par téléphone et à la demande des patients détenus ;

- les visites ont lieu du lundi au samedi de 9h à 12h ».

Depuis l'ouverture et à la date du contrôle, il n'y a eu aucune demande de parloir de la part d'un visiteur de prison ou d'un aumônier.

3.11.2. Le téléphone

Le livret d'accueil traitant de la vie collective indique que :

- « Les patients détenus sont autorisés à appeler tous les jours sous certaines conditions » ;
- « La prise en charge médicale (soins, examens, extractions) est prioritaire sur un rendez-vous téléphonique » ;
- « Toutes les conversations téléphoniques sont susceptibles d'être écoutées, enregistrées et interrompues à tout moment (article 727-1 du code de procédure pénale) ».

Par une note de service du 10 février 2013, signée par le chef d'établissement de la maison d'arrêt d'Orléans (Accès au téléphone des patients détenus séjournant au sein de l'UHSA), il est cependant précisé que sont exclus de cette dernière éventualité notamment les appels et conversations avec le CGLPL et les avocats.

Cette même note énumère ainsi les conditions d'accès au téléphone :

- être condamné définitif ;
- obtenir l'accord préalable de l'autorité judiciaire compétente, pour les prévenus. Cette décision doit comporter l'identité et les numéros d'appel des destinataires (article R57-8-24 du CPP). Le patient détenu est informé que le magistrat peut refuser, suspendre ou retirer l'autorisation de téléphoner à un membre de sa famille ;
- faire une demande d'ouverture et d'approvisionnement d'un compte téléphone à l'aide de l'imprimé-type ;
- transmettre une liste de correspondants, limitée à vingt numéros de téléphone maximum en indiquant pour chaque numéro le nom de la personne et son adresse à l'aide de l'imprimé-type ;
- pour les patients détenus particulièrement signalés ou appartenant à une mouvance susceptible de susciter un intérêt médiatique particulier, des pièces justificatives (facture téléphone par exemple) devront être fournies avec la demande.

Quant aux modalités de l'accès gratuit au téléphone des patients arrivant dans l'établissement, elles sont explicitées par une autre note spécifique du chef d'établissement de la maison d'arrêt d'Orléans en date du 10 février 2013. Il y est prévu que « dans le cadre du maintien des liens familiaux et dans le respect de la réglementation en vigueur, les patients détenus, remplissant certaines conditions, ont la possibilité de téléphoner à leurs proches, gratuitement dans les 48 heures de leur arrivée, pour un crédit de un euro ». Les conditions d'accès gratuit sont les mêmes que précédemment, hormis le nombre maximum de numéros de téléphone autorisés : trois au lieu de vingt.

Ces deux notes sont censées être affichées pour les patients au sein des unités de vie et de soins. Les contrôleurs n'en ont pas fait le constat.

L'imprimé-type de demande d'accès gratuit au téléphone est proposé systématiquement à chaque arrivant. Le patient peut y cocher soit la case : « Je ne souhaite pas bénéficier du téléphone gratuit » soit la case « Je souhaite bénéficier du téléphone gratuit maximum de 1 euro, qui permet en moyenne 5 minutes de communication en métropole, en un ou plusieurs appels ». Dans ce cas, il indique également les noms, prénom, adresse, numéro de téléphone de trois correspondants maximum. L'imprimé est daté et signé par le patient.

L'imprimé type « Cantine téléphone UHSA » permet au patient de formuler une demande d'ouverture de compte téléphone ou de réapprovisionnement de ce compte.

La demande d'ouverture est ainsi formulée : « Je souhaite l'ouverture d'un compte téléphone et demande à la régie d'approvisionner mon compte téléphone en bloquant le montant suivant à mon compte nominatif. Les communications seront prélevées lors de mon départ de l'UHSA ou à la fin du mois. Le solde de l'approvisionnement qui n'aura pas été consommé sera débloqué de mon compte ». Doivent alors figurer obligatoirement au verso de l'imprimé « dix numéros de téléphone au maximum¹⁷ en précisant pour chacun les noms des correspondants et leur adresse ».

La demande de réapprovisionnement est ainsi rédigée : « Je souhaite réapprovisionner mon compte téléphone pour le montant suivant ».

Le montant pouvant être crédité est, au choix du patient, de cinq, dix, trente, cinquante ou soixante euros.

Le bon de cantine, daté et signé par le patient, comporte en bas une partie réservée à l'administration. Deux mentions y sont à cocher : « somme bloquée sur Gide, la somme peut être approvisionnée sur SAGI » ; « somme non bloquée, pécule insuffisant, elle ne peut être approvisionnée sur SAGI ». Cette partie est signée et datée par la régie des comptes nominatifs.

Pour faciliter l'actualisation en temps réel des comptes nominatifs de chaque patient, la vagemestre de l'UHSA est en liaison permanente (téléphonique ou par télécopie) avec le service comptabilité de la maison d'arrêt d'Orléans.

Les numéros d'appel et l'identité des correspondants choisis par le patient sont transmis au responsable pénitentiaire de l'UHSA, avec les pièces justificatives. Après contrôle, les numéros autorisés sont enregistrés et préprogrammés dans le PC Phone mural de chaque zone par la vagemestre. Celle-ci est informée par l'établissement pénitentiaire d'origine des numéros de téléphone autorisés pour chaque patient accueilli.

¹⁷ Selon les informations recueillies, cet écart avec l'information figurant dans la note du 10/2/2013 s'explique par la mise en forme du document. « Pour autant, les patients ont bien évidemment la possibilité de renseigner un second imprimé ou plus s'ils le souhaitent ; et ce, à tout moment de l'hospitalisation ».

Le poste téléphonique PC Phone est fixé côté hall central sur la cloison de la salle de bains.

Il est constitué d'un combiné noir filaire et d'un boîtier gris comportant un écran de visualisation de quatre lignes et un clavier de seize touches (dix pour chaque numéro de 0 à 9 ; trois pour chacune des lettres A, B, C ; trois pour des touches techniques).

Au-dessus du combiné sont indiqués les horaires d'utilisation du téléphone : 8h à 10h et 14h à 18h. Dans son courrier de mars 2014, le directeur fait savoir qu'en pratique, l'accès, le matin, est possible jusqu'à midi.

De part et d'autre du combiné sont fixées les deux pages d'explications permettant d'utiliser le PC Phone. Il est à noter que ces explications sont libellées en trois langues (français, anglais, russe) et agrémentées de photos de l'écran de visualisation correspondantes à différentes phases de la procédure d'utilisation.

Les contrôleurs ont observé qu'en l'absence de cabine isolante, les communications peuvent être aisément écoutées par des patients ou du personnel circulant dans le hall. Selon les informations recueillies, ce matériel avait été fourni tel quel à l'ouverture par l'administration pénitentiaire.

Le poste de contrôle *SAGI* est géré par la vagemestre de l'UHSA. Il est installé sur un bureau dans la salle des escortes de la zone pénitentiaire. Ce bureau supporte une imprimante raccordée à un ensemble informatique, le PC Phone de contrôle, un combiné téléphonique, un télécopieur.

En termes de contrôle, il n'y a pas d'enregistrement des appels entrants : seuls les appels sortants sont automatiquement enregistrés. Quant à l'écoute en direct des conversations, elle n'est pas systématique et dépend de la disponibilité de la vagemestre.

Selon les informations recueillies, les enregistrements effectués automatiquement sur un disque dur sont écoutables durant trois mois ; l'identification du numéro appelé et la durée de la communication restent possibles au-delà de ce délai.

La fréquence d'utilisation du téléphone par les treize patients présents lors du contrôle était la suivante :

	Jours de présence à l'UHSA	Ligne ouverte	Pécule disponible	Fréquence des appels	Durée moyenne des appels	Observation
<i>Patient 1</i>	61	Non				
<i>Patient 2</i>	18	Oui	Non régulier	1 fois / 3 jours	4 minutes	
<i>Patient 3</i>	7	Oui	Non régulier	Plusieurs fois / jour	1 minute	<i>Souvent sur répondeur</i>

Patient 4	14	Non				<i>N'a pas fait de demande</i>
Patient 5	15	Oui	Oui	1 fois / 2 jours	5 minutes	
Patient 6	11	Oui	Oui			<i>Isolement thérapeutique</i>
Patient 7	29	Non				<i>N'a pas fait de demande</i>
Patient 8	36	Oui	Oui	1 fois / jour	- minutes	
Patient 9	47	Oui	Oui	1 fois / 2 jours	5 minutes	
Patient 10	33	Non				<i>N'a pas fait de demande</i>
Patient 11	3	Oui	Oui	1 fois / jour	- minutes	
Patient 12	12	Oui	Oui	1 fois / jour	5-15 minutes	
Patient 13	7	Oui	Oui	1 fois / jour	10-20 minutes	

3.11.3. Le courrier

Ainsi qu'il a été dit, le patient, à son arrivée, reçoit un nécessaire de correspondance courrier composé de deux enveloppes, d'un bloc de correspondance et d'un stylo à bille. Au-delà de ces objets de correspondance, il peut utiliser le « bon de cantine arrivant ».

Il n'existe pas de registre pour les courriers départ ou arrivée des patients. Le seul registre est celui dit « des autorités », ouvert le 10 mars 2013. Les courriers destinés aux autorités ou envoyés par elles ne sont pas ouverts par le vaguemestre, dès lors que l'identification de l'expéditeur ou du destinataire figure lisiblement sur l'enveloppe. Il est à noter, d'une part, que ce registre prend en compte tout « courrier avocat », arrivée ou départ, d'autre part, qu'il comporte la signature du patient.

Tous les courriers destinés aux patients sont libellés à l'adresse de la maison d'arrêt d'Orléans. Le commandant les récupère quotidiennement à la maison d'arrêt. Ils sont ensuite remis aux patients par le personnel soignant. Ces courriers sont ouverts à la maison d'arrêt car :

- « si un mandat est glissé, c'est le vaguemestre de la maison d'arrêt qui l'enregistre sur le cahier prévu à cet effet ;

- si le patient a quitté l'UHSA, le vaguemestre fait suivre le courrier en l'affranchissant ».

Tous les courriers émanant des patients sont déposés dans une boîte aux lettres murale installée près du panneau d'affichage ; ils doivent être ouverts, sauf ceux destinés aux autorités. Chaque jour, le contenu de la boîte aux lettres est récupéré par le personnel soignant et apporté au bureau de la vaguemestre pour transmission à la maison d'arrêt. Les courriers transitent par le service du vaguemestre de la maison d'arrêt pour plusieurs raisons :

- si le patient est indigent ou arrivant, le courrier est affranchi par le vaguemestre ;
- si le patient écrit à une autorité du TGI, le courrier est apporté directement par le vaguemestre lors de sa navette avec le TGI ;
- si le patient veut envoyer un mandat ou un courrier en recommandé avec accusé de réception, l'envoi est géré conjointement par la comptabilité et le vaguemestre de la maison d'arrêt.

Ceci étant, la vaguemestre de l'UHSA regarde les courriers arrivées des patients : « Si une mauvaise nouvelle est annoncée, il est préférable que le courrier ne soit pas remis sans un minimum de précaution ».

Les contrôleurs ont pu constater qu'aucune information écrite concernant les modalités de réception ou d'envoi de courriers n'était disponible pour les patients, que ce soit dans le livret d'accueil ou sur le tableau d'affichage.

3.12. Les activités

3.12.1. Organisation générale

Des activités sont proposées par les soignants, après accord médical. Au moment du contrôle, il n'était pas fait de distinction claire entre aspect thérapeutique et aspect occupationnel. Au regard de l'ouverture récente de l'UHSA, l'équipe soignante a choisi de mettre à profit les ateliers occupationnels proposés aux patients pour mieux évaluer les besoins et la faisabilité des activités thérapeutiques à mettre en place.

Chaque atelier est encadré par au moins deux soignants, quelle que soit leur fonction. Il a été indiqué aux contrôleurs que les activités sont « laissées à l'initiative des soignants, en fonction de leurs compétences ». Une liste hebdomadaire des activités proposées est affichée dans l'espace commun, face au poste infirmier. Les patients sont libres de s'y inscrire selon leurs motivations, aucune indication médicale par activité et/ou par patient n'est posée.

Au moment du contrôle, la liste s'établissait comme suit :

- lundi : actualité ; deux inscrits ;
- mardi : sport ; cinq inscrits ;
- mercredi : arts plastiques ; deux inscrits ;
- jeudi : jeux de société ; quatre inscrits ;
- vendredi : atelier discussion ; quatre inscrits
- samedi : écriture/bibliothèque ; quatre inscrits ;

- dimanche : sport ; cinq inscrits ;

Soit un total de vingt-six inscriptions.

Du fait de la libre adhésion, quatre patients totalisent à eux seuls vingt et une des vingt-six inscriptions. Les patients non inscrits sont régulièrement sollicités par les soignants.

Les observations recueillies par les soignants lors des ateliers sont présentées lors des réunions cliniques matinales. Elles sont reprises en équipe et contribuent à la réflexion clinique et à l'élaboration de la prise en charge soignante de chaque patient.

Le projet de l'équipe soignante à terme est de pouvoir mettre en place des activités thérapeutiques qui seront proposées aux patients sur indication médicale, avec des objectifs thérapeutiques individualisés. D'autre part, il n'existe pour l'instant pas de supervision clinique des activités, du fait du peu de recul dans le temps et également du fait de l'absence de personnel qualifié.

Certaines activités relativement structurées (promenade, bibliothèque, sport, activités manuelles) feront ci-dessous, l'objet d'une description spécifique, les autres s'établissent comme suit :

- écriture. Il s'agit, pour les patients, de rédiger un texte (fiction ou commentaire) à partir d'une information sélectionnée dans un journal ;
- « groupe info ». Il s'agit d'un échange entre les patients et le personnel soignant sur la vie quotidienne et les activités ;
- groupes de parole. Ouverts à tous les patients, ils se déroulent en présence d'un soignant régulateur.

Les patients peuvent aussi, à leur demande ou sur proposition des soignants, jouer à différents jeux de société dans la salle à manger : cartes (belote, rami, tarot), « *Pictionnary*™ », « *Trivial Pursuit*™ », *Triomino*™ (dominos en triangle).

Sous l'appellation « activité multimédia », il est proposé aux patients de visionner un film DVD de leur choix, ou d'utiliser des jeux vidéo, dans l'un des salons de télévision des zones d'hébergement.

3.12.2. Les promenades

Cette activité est libre en permanence en journée, hormis les heures où les patients sont enfermés dans leur chambre (9h15 à 10h30 ; 13h à 14h30).

Les patients peuvent donc s'aérer, seuls ou en groupe, dans la zone de détente extérieure.

Le sol de cette zone jouxtant la zone « sportive » est de teinte ocre et stabilisé.

Un grillage de 3 m de haut, surmonté de barbelés de type concertina, entoure toute la zone extérieure (espace détente et espace sportif).

Sur chacun des quatre plots rectangulaires en ciment, sont installés une table et deux bancs en béton gris foncé. Deux autres plots en ciment supportent un banc en béton de couleur gris clair et de forme étoilée. Ces deux bancs sont surmontés par une pergola triangulaire en toile.

Les contrôleurs ont constaté que le personnel soignant restait proche des patients qui déambulaient dans cet espace.

Il n'est pas tenu de statistiques de fréquentation de ce lieu de promenade.

3.12.3. Le sport

Le sport peut être pratiqué à l'extérieur dans la zone dédiée, équipée d'une table de ping-pong en béton. Le sol de couleur pourpre est de type « tout temps ».

Seules deux disciplines y sont disponibles : le tennis de table et le badminton. Le filet et les deux poteaux sur roulettes pour le badminton sont entreposés dans un local réserve faisant face à la bibliothèque (Cf. *infra*). Il a été indiqué aux contrôleurs que la pratique du hand-ball, du volley-ball ou du football n'était pas admise par l'administration pénitentiaire dans cet espace « pour des raisons de sécurité ».

Le sport peut être aussi pratiqué dans la salle spécialement aménagée. Celle-ci a une superficie de 41 m².

Elle est équipée de : un rameur d'entraînement, un vélo d'appartement type « home trainer », deux bancs, deux barres murales et horizontales de maintien, un espalier mural et vertical muni de quinze barres horizontales, huit tapis de sol, un ballon de 0,60 m de diamètre. Un lavabo et une armoire de rangement complètent l'équipement. L'armoire de rangement contient : des ballons, des balles de ping-pong et de badminton, des coussins (pour nuque ou genou).

En l'absence d'un éducateur sportif, ce sont des soignants qui, selon leurs compétences, assurent l'animation dans cette salle : une séance de 1h à 1h30 est proposée deux fois par semaine. A la demande de patients, des séances supplémentaires peuvent avoir lieu, selon la disponibilité des soignants.

Selon les informations recueillies, des séances de relaxation sont à l'étude.

La salle bénéficie d'un éclairage naturel grâce à deux portes-fenêtres. Elle est agrémentée de couleurs vives et de décorations murales. Elle était, lors du contrôle, dans un état quasiment « neuf ».

Dans son courrier de mars 2014, le directeur fait savoir qu'un éducateur sportif a été recruté.

3.12.4. La bibliothèque

La bibliothèque est accessible aux patients chaque mardi et vendredi après-midi. La gestion et l'animation ont été confiées à une aide-soignante.

La salle a une surface 18 m² ; elle bénéficie d'un éclairage naturel grâce à une porte-fenêtre et est agrémentée d'une décoration murale.

L'espace est équipé d'une armoire avec étagères, d'une table basse ronde, de deux chaises et trois fauteuils, d'une tablette mobile supportant un écran et un clavier informatiques (non opérationnels lors du contrôle)¹⁸.

¹⁸ Un meuble adapté pour une chaîne Hifi et un micro-ordinateur a été commandé.

Lors du contrôle, 343 livres étaient disponibles ainsi que des revues (notamment *Géo*, *Paris-Match*, *Moto Revue*, *Moto magazine*) et quelques bandes dessinées. La liste des ouvrages est affichée sur une armoire, qui contient une chaîne Hifi (utilisable seulement en radio FM), des livres et des revues.

Il a été précisé que « tous les livres proviennent de dons de particuliers, notamment des membres du personnel ».

Depuis l'ouverture de l'UHSA, vingt-et-un patients sont venus emprunter un total de quarante livres.

Les contrôleurs ont été témoins de l'arrivée dans la salle de deux patients, accompagnés d'un soignant : l'un des patients recherchait en particulier un livre ou une revue sur le Sénégal ; après dialogue avec l'aide-soignante, il a finalement emprunté une revue *Géo* sur l'Afrique. L'autre patient est venu juste « pour voir ».

Selon les informations recueillies, « ici, les patients apprécient de se poser, de lire au calme, d'écouter de la musique ».

Enfin il est prévu que, dès réception du micro-ordinateur, soit élaboré avec les patients un « journal de l'UHSA ».

3.12.5. Les activités manuelles.

Les activités manuelles - essentiellement composition papier et peinture - sont animées par l'aide soignante qui gère la bibliothèque. Elles se déroulent dans un local dédié, d'une superficie de 30 m². Le sol ainsi que les murs sont carrelés. L'éclairage naturel est assuré par deux portes-fenêtres.

Son équipement comprend : une armoire haute à deux portes coulissantes comportant trois étagères sur lesquelles sont entreposés du matériel et des matériaux divers, un évier double bac, un meuble bas à deux portes supportant un lavabo encastré, deux tablettes à roulettes, une étagère posée au sol avec quatre tablettes, deux tables rectangulaires et quatre chaises pliantes. Un chevalet en bois était posé entre l'évier et le lavabo.

Deux séances d'une heure chacune ont permis à cinq patients de réaliser un panneau promouvant l'utilisation de la bibliothèque.

Il est envisagé que les patients fabriquent une carte postale destinée à leurs proches.

La fréquentation des activités par les patients depuis l'ouverture de l'établissement jusqu'au 15 mai 2013 s'établit ainsi :

	Nombre de patients	Nombre d'utilisations (1)
Sport	24	50
Jeux de société	15	28
Bibliothèque	5	5
Multimédia	1	1
Ecriture	6	6

Groupe info	7	8
Activité manuelle	2	5
Activité jeux vidéo	7	9
Groupe de parole	6	7

(1) Ne sont comptabilisées que celles ayant fait l'objet d'une observation par les soignants

3.13. La discipline

3.13.1. Les incidents

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

En cas d'incident, une procédure disciplinaire est initiée, un rapport d'incident est rédigé et une enquête est diligentée ; l'ensemble est classé au dossier pénitentiaire du patient détenu. Si le patient quitte l'UHSA avant l'expiration d'un délai d'un mois, il appartiendra à l'établissement pénitentiaire accueillant le patient à l'issue de son hospitalisation d'exercer ou non les poursuites et d'éventuellement traduire la personne devant la commission de discipline. Si, passé ce délai, le patient est toujours à l'UHSA, les poursuites ne sont plus considérées comme opportunes ; la procédure est alors clôturée.

Il est communément admis que la poursuite, dans ces conditions, ne sera pas pratique courante.

Depuis l'ouverture de l'UHSA, une seule enquête disciplinaire a été réalisée.

3.13.2. Les demandes de prêt de main forte

La règle veut que les personnels pénitentiaires ne pénètrent pas au quotidien au sein de la zone médicale. Une telle présence n'est possible qu'à la demande du personnel hospitalier lorsque la sécurité des personnes ou des biens est compromise.

La convention de fonctionnement de l'UHSA d'Orléans comporte en annexe dix fiches réflexes de l'intervention des personnels pénitentiaires au sein du service des soins de l'UHSA.

Les fiches réflexes traitent de l'évasion, de l'agression, de l'intrusion, du survol aérien, de la prise d'otage, de l'occupation des toits, du mouvement collectif ou mutinerie, des projections, de l'incendie et de l'urgence vitale. Ces fiches fixent les procédures en répondant aux questions suivantes : qui prévient ? Comment ? Qui intervient ? Quelles sont les modalités d'intervention du personnel soignant et du personnel pénitentiaire ?

La gestion d'un incident prévoit trois niveaux d'intervention : le premier est géré par le personnel soignant, le second par appel au renfort de tous les personnels soignants de l'unité, le troisième consiste en une intervention des personnels pénitentiaires.

Depuis la mise en service de l'UHSA, les personnels pénitentiaires ont été amenés à intervenir à trois occasions dans la zone médicale :

- la première fois pour procéder à la recherche d'un couteau subtilisé à l'équipe soignante ; l'intervention a consisté à fouiller cinq chambres en présence d'un personnel hospitalier et par palpation de leur occupant ; l'objet perdu a été retrouvé ;
- la deuxième intervention a eu lieu à la demande du personnel soignant pour maîtriser un patient détenu qui avait commis des actes d'agression physique sur autrui – codétenu puis soignants – dans la cour de promenade ;
- la troisième visait à contraindre un patient à accepter la médication qu'il refusait de prendre spontanément.

3.13.3. Les fouilles

En référence à l'article 57 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, le directeur de la MAO a pris deux décisions de fouille par secteur.

La première, en date du 15 février 2013, indique qu'une fouille intégrale sera réalisée sur chaque patient détenu arrivant à l'UHSA. Cette décision de fouille par secteur n'est pas motivée en fait. Elle est affichée dans la salle de fouille de la zone « antenne-greffe ».

La seconde a été prise le 30 mars 2013, elle vise la zone des parloirs et décide qu'une fouille par palpation sera effectuée avant la visite et qu'il sera procédé à une fouille intégrale du patient détenu à l'issue de celle-ci. Cette décision est motivée en fait par la suspicion de présence d'objets ou de substances prohibées sans référence à d'éventuelles découvertes survenues au sein de l'établissement.

Dans le bureau de l'antenne greffe est déposé un registre des fouilles corporelles. Il a été ouvert le 28 mars 2013. Trente-sept fouilles y ont été notées, trente fouilles intégrales et sept par palpation. Les motifs indiqués sont « départ, transfert, extraction, arrivant, parloir ». La décision de fouille est notée comme celle d'un premier surveillant ainsi que le motif de celle-ci. Leur signature figure au registre.

Les feuillets de ce registre comportent les renseignements suivants : date de la réalisation de la mesure, identité de la personne détenue, motifs de la fouille, mode opératoire (palpation ou intégrale), identité de l'autorité qui a décidé la fouille.

A une seule occasion le motif de la fouille n'avait pas été inscrit.

L'examen du registre montre que la fouille d'une chambre ne constitue pas un motif de fouille intégrale de son occupant.

3.13.4. Les moyens de contrainte

Trois notes de service en date du 17 janvier 2013 fixent les règles concernant l'utilisation des moyens de contrainte :

- la première rappelle qu'il est donné délégation au responsable de la structure, à son adjoint et aux six personnels premiers surveillants pour constituer l'escorte et déterminer l'utilisation des moyens de contrainte à l'occasion d'une extraction en vue d'un examen médical ou d'une hospitalisation ;

- la deuxième est une grille d'évaluation des risques permettant de déterminer un niveau de dangerosité. Le niveau faible se traduit par une absence d'utilisation des moyens de contrainte. Le niveau moyen préconise l'utilisation des menottes ou entraves. Le niveau élevé conduit à la mise en place de ces deux moyens de contrainte. Il est spécifié que, pour les patients détenus mineurs, le port conjoint des menottes et des entraves est proscrit. Pour les détenus âgés de plus de 70 ans, le port des entraves n'est pas prescrit, celui des menottes ne l'est que si leur dangerosité est avérée. Jointe à cette note, une fiche de suivi d'extraction médicale a été élaborée. Elle permet de noter l'identité de la personne extraite, l'évaluation des risques qui en a été faite, la mesure de sécurité appliquée durant le transport et la composition de l'escorte. L'évaluation des risques est faite à partir de trois items, évasion, agression, autres troubles, classés en élevé, moyen ou faible.

- la troisième note a pour objet les mesures de sécurité à appliquer pendant les soins lors d'une extraction médicale. Elle décline trois niveaux de surveillance :

- niveau 1 : la consultation peut s'effectuer hors la présence du personnel pénitentiaire et sans moyens de contrainte (dans la grille d'évaluation des risques, les trois croix sont dans le niveau faible) ;
- niveau 2 : la consultation se déroule sous la surveillance constante du personnel pénitentiaire mais sans moyens de contrainte (dans la grille d'évaluation des risques, une croix au moins est cochée au niveau moyen) ;
- niveau 3 : la consultation se déroule sous la surveillance constante du personnel pénitentiaire avec le maintien des moyens de contrainte (dans la grille d'évaluation des risques, une croix au moins apparaît dans le niveau élevé).

En pratique, selon les informations recueillies, il apparaît que les extractions se traduisent par la mise en œuvre systématique de l'ensemble des moyens de contrainte pendant le temps du transport et lors de l'accompagnement dans les zones de circulation de l'hôpital, jusqu'à la porte de la salle de soins.

3.14. La sortie

3.14.1. L'accompagnement socioéducatif

Deux intervenants assurent plus particulièrement le suivi social du patient, dans les limites de la courte durée du séjour et de leurs emplois du temps respectifs : un assistant social (0,5 ETP) et un conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (0,10 ETP). Chacun intervient dans une logique qui lui est propre et dans un champ géographique déterminé, le premier dans la zone administrative ou de soins, le second dans la zone pénitentiaire exclusivement. Des contacts peuvent occasionnellement avoir lieu entre les deux à propos d'un patient-détenu précis mais aucune action commune n'est mise en place, chacun estimant que l'aspect médical, ici, prédomine.

L'assistant social assure une présence quotidienne, chaque jour de la semaine, de 9h à 13h. Il dispose d'une expérience en psychiatrie adulte et, pour pourvoir ce poste, s'est formé à la criminologie. Outre sa participation au staff quotidien, il décrit ses missions en trois points :

- *ab initio*, collecter l'information auprès des antennes SPIP dont dépendent les patients et apporter un éclairage social à l'équipe médicale ;
- à la demande de l'équipe médicale, compléter cette information sur un point précis (démarche auprès du patient lui-même, de ses proches ou d'un partenaire quelconque (service de gérance de tutelle, CMP...)) ;
- à la demande du patient et en cas de proche levée d'écrou, effectuer les démarches adéquates (mise à jour des droits sociaux, recherche de logement, formation...) ; le cas échéant, apporter un soutien ponctuel (aide à l'écriture).

La rencontre avec le patient n'est pas systématique ; lorsqu'elle a lieu, elle se déroule dans l'un des bureaux dédiés aux entretiens médicaux et sociaux. L'intéressé estime que ses démarches concernent une quinzaine de patients par mois.

Une **conseillère pénitentiaire d'insertion et de probation** (CPIP) rattachée à la MAO est déléguée une-demi journée par semaine à l'UHSA. Sa mission première est consacrée aux arrivants, reçus de manière systématique, avec qui elle aborde essentiellement la situation pénale, les liens avec la famille, les projets, dans la mesure où leur état le permet. A la demande, elle reçoit tout autre patient qui le souhaite, en vue d'une information ou d'une démarche spécifique. Les demandes de renseignements porteraient assez souvent sur les transfèrements (il semble en effet que quelques patients, moins malades qu'ils n'ont tenté de le faire paraître et/ou déçus de trouver à l'UHSA un cadre plus strict qu'ils ne l'avaient imaginé, cherchent une autre manière de quitter l'établissement d'origine) ; de nombreuses demandes de renseignements concernent l'aménagement des peines (la CPIP contactée dit à ce propos : « on se rend souvent compte qu'ils n'ont rien compris au système ; ici au moins, on a le temps d'expliquer »).

Elle indique recevoir en moyenne six patients par permanence (« à l'UHSA, contrairement à la détention, on n'attend pas, les 'détenus' sont emmenés par les personnels soignants et les rendez-vous s'enchaînent très vite »).

3.14.2. Les formalités de départ

3.14.2.1. Les aspects médicaux

La fin des soins à l'UHSA est décidée par le médecin référent du patient. Cette décision est prise en fonction de l'évolution clinique du patient, selon les éléments recueillis lors des entretiens médicaux et après en avoir échangé collégalement lors de réunions cliniques.

Quand la fin de l'hospitalisation est décidée, afin d'assurer la continuité de la prise en charge médicale dans l'établissement d'origine, le médecin référent se met en relation avec son homologue de l'établissement de retour du patient (unité sanitaire, SMPR...). Les informations relatives au déroulement de l'hospitalisation et aux soins dont a bénéficié le patient sont données verbalement, puis un compte-rendu médical est adressé par courrier. Le dossier du patient est ensuite archivé à l'UHSA, dans un local dédié à cet effet.

3.14.2.2. Les aspects administratifs

Pour le patient admis en soins libres, le « billet de sortie » délivré par le médecin est remis à l'administration pénitentiaire ; la direction interrégionale prend une décision d'affectation (en pratique, l'établissement d'origine) et un ordre de transfert. La suite est gérée par cette administration (Cf. *infra*).

Pour les patients admis sur décision du représentant de l'Etat, le médecin adresse à l'autorité administrative un certificat médical détaillé justifiant qu'il peut être mis fin à l'hospitalisation et précisant que le patient accepte de demeurer à l'UHSA en soins libres tant que le transport vers l'établissement pénitentiaire désigné par la DI n'aura pu se concrétiser. Le patient est invité à signer explicitement cet accord.

Au moment du contrôle, le préfet du Loiret avait toujours donné une suite positive et relativement rapide aux demandes de mainlevée. En pratique, l'arrêté mettant fin à la mesure est adressé par l'administration préfectorale au bureau des entrées qui le transmet par télécopie immédiatement à l'UHSA. Dans les jours qui suivent, l'ARS envoie au patient un exemplaire personnel, reçu alors que ce dernier a le plus souvent quitté les lieux.

A la mi-mai 2013, dix patients-détenus avaient terminé leur séjour et tous avaient rejoint leur établissement d'origine¹⁹.

Si, dans la grande majorité des cas, la situation s'est résolue de manière satisfaisante, le médecin responsable a toutefois attiré l'attention des contrôleurs sur un cas particulier, qui fait craindre que certaines hospitalisations se prolongent bien au-delà de la stabilisation de l'état du patient. Il s'agit d'un patient qui, en 2005, avait bénéficié d'une décision d'irresponsabilité pénale et, par voie de conséquence, d'une mesure d'hospitalisation d'office²⁰. Depuis lors, il avait connu des périodes d'hospitalisation entrecoupées de « congés d'essai » et de fugues ; il avait également été condamné à plusieurs reprises et incarcéré, sans que la mesure de placement « d'office » soit jamais levée. A nouveau incarcéré en septembre 2012, il avait été adressé à l'UHSA en mars 2013 par le médecin de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt où il purgeait sa peine. Après quelques semaines, estimant que les troubles étaient stabilisés, le médecin de l'UHSA a proposé la mise en place d'un programme de soins, avec retour à la maison d'arrêt assorti d'un suivi psychiatrique hebdomadaire et d'entretiens infirmiers. Un refus lui a été opposé au motif que la réglementation ne prévoit la prise en charge des détenus que sous la forme d'une hospitalisation complète. Le médecin de l'UHSA indique avoir formulé une nouvelle²¹ demande de mainlevée, non suivie d'effet²².

¹⁹ Au moment du contrôle, il était prévu qu'un futur sortant soit accueilli au CP de Château-Thierry, qui n'était pas son établissement d'origine.

²⁰ Cette mesure était l'ancêtre de l'actuelle admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

²¹ Une précédente demande de mainlevée avait été déposée en août 2012 par le médecin psychiatre hospitalier en charge du patient ; une expertise avait été diligentée, qui avait conclu à la nécessité de maintenir la mesure de soins contraints. Le préfet avait refusé la mainlevée.

²² La décision du préfet n'a pas été communiquée aux contrôleurs. En tout état de cause, aux termes de l'article L 3113-8 du code de la santé publique, la mainlevée nécessite l'avis du collège et celui, concordants, de deux experts psychiatres.

Parallèlement, par deux décisions peu motivées (l'une rendue dans le cadre du contrôle systématique, l'autre sur saisine de l'intéressé), le JLD a maintenu la mesure.

Dans ces conditions, tant le directeur de l'hôpital que le médecin responsable de l'UHSA craignent de devoir héberger durablement les personnes condamnées ayant bénéficié parallèlement, dans le cadre d'une autre procédure, d'une mesure d'irresponsabilité pénale²³.

3.14.2.3. Les aspects pénitentiaires

La levée d'écrou fait suite à la décision médicale. La date et l'horaire de départ sont fixés en collaboration avec le personnel soignant.

Le dossier pénal, les bijoux et valeurs sont récupérés à la MAO. Le paquetage de départ fait l'objet d'un inventaire contradictoire ; il est remis au chef d'escorte.

Jusqu'à présent aucun accompagnement sanitaire n'a été nécessaire. Si tel devait être le cas un véhicule pénitentiaire suivrait l'ambulance.

3.15. Eléments d'ambiance

L'ouverture de l'établissement était très récente au moment de la visite ; il apparaît qu'elle a été conjointement et correctement préparée et qu'un réel dialogue s'est instauré entre les différents services intervenant dans la prise en charge des patients-détenus, dans le respect des compétences et missions de chacun.

L'architecture de l'UHSA atténue l'aspect carcéral du lieu, laissant une large place à sa dimension première : le soin.

Outre la manière dont s'effectue la prise en charge médicale quotidienne, la dimension humaine apparaît significative à travers, notamment, l'organisation des parloirs et la place donnée à l'intervention sociale.

Le dialogue entretenu par l'équipe pénitentiaire avec l'équipe médicale et soignante permet une prise en charge dans des conditions de sécurité satisfaisantes.

Un complément d'information à l'adresse des divers établissements pénitentiaires et hospitaliers du ressort devrait permettre, dès lors que le poste de médecin sera pourvu, une montée progressive et une diversification des accueils dont un nombre important provenait, au moment du contrôle, de l'établissement de rattachement.

²³ Bien que la responsabilité s'apprécie au moment des faits et qu'une condamnation postérieure à une déclaration d'irresponsabilité soit juridiquement possible, se pose toutefois la question des conditions dans lesquelles cette personne a comparu, et été condamnée, alors qu'elle bénéficiait d'une mesure de soins sous contrainte permettant de douter de sa pleine responsabilité.

Conclusions

Observation n° 1 : L'architecture des lieux, l'organisation des espaces, le soin mis dans la décoration intérieure, doivent être salués ; ils démontrent qu'il est possible de conjuguer sécurité et bonnes conditions d'accueil. Les contrôleurs ont par ailleurs pu constater que les patients bénéficiaient d'une certaine liberté de mouvement et profitaient de la vie en collectivité dans des conditions autrement plus favorables que ce qui est habituellement pratiqué dans le cadre d'une hospitalisation sur le fondement de l'article D 398 CPP.

Observation n° 2 : Il est souhaitable qu'un temps de médecin généraliste soit spécifiquement affecté à l'UHSA, conformément aux termes de la convention de fonctionnement (§ 3.3.2).

Observation n° 3 : La mise en place de formations communes, les simulations d'intervention effectuées avant même l'ouverture de l'UHSA, ont permis une découverte des cultures et des pratiques professionnelles. Cette anticipation permet aux personnels médicaux et pénitentiaires de travailler dans un climat de confiance et de respect mutuels, dans le respect des places de chacun. Afin que ce climat perdure, il serait bon de poursuivre les formations entreprises. La mise en place de réunions institutionnelles médico-pénitentiaires permettrait également de pérenniser la collaboration, au-delà des personnes (§ 3.3.3.3 et 3.9.1.3).

Observation n° 4 : Au vu du rythme des admissions (relativement lent au moment du contrôle et de la provenance des patients (près de la moitié des établissements pénitentiaires n'avaient pas adressé de patients et un nombre important venait de la maison d'arrêt d'Orléans), il apparaît utile de procéder à une nouvelle information des établissements pénitentiaires et hospitaliers (§3.4).

Observation n° 5 : Le choix a été fait de privilégier la vie collective ; les temps en chambre fermée sont relativement réduits et l'accès aux chambres quasiment libre ; la participation aux activités est basée sur le volontariat. Cette organisation semble de nature à favoriser l'autonomie de la personne (§ 3.9.1.1. A, 3.10.1, 3.12.1).

Observation n° 6 : L'organisation des parloirs ainsi que leur conception sont respectueuses des droits des personnes (§ 3.11.1).

Observation n° 7 : L'emplacement du téléphone et l'absence de cabine compromettent le respect du caractère privé des conversations (§ 3.11.2).

Observation n° 8 : La mise à l'isolement n'est pas systématiquement prescrite à l'arrivée, l'équipe estimant que l'observation sera plus fiable si le patient-détenu est laissé libre de se joindre à la collectivité de ses pairs. Les contrôleurs ont conscience que cette pratique est susceptible d'évolution, compte-tenu notamment de la lourdeur des pathologies et du nombre de patients, ils tiennent cependant à saluer ce choix. La mise à l'isolement et l'utilisation de la contention font l'objet de protocoles établis au niveau de l'établissement hospitalier, ce qui constitue également une pratique à généraliser. Il conviendrait cependant de mettre en place un registre au sein de l'UHSA (§ 3.9.1.1 B).

Observation n° 9 : Comme dans beaucoup d'établissements psychiatriques, le droit à la désignation d'une personne de confiance n'est pas réellement mis en œuvre et devrait faire l'objet d'une réflexion collective au sein de l'hôpital (§ 3.7.2.2).

Observation n° 10 : Le recueil des observations des patients admis en soins sans leur consentement ne répond pas aux dispositions de l'article L3211.3 CSP (§ 3.7.2.1).

Observation n° 11 : Comme dans de nombreux établissements hospitaliers, il a été constaté que la notification des décisions administratives incombait à un personnel ne disposant pas toujours des compétences utiles pour renseigner efficacement la personne (§ 3.7.3.1).

Observation n° 12 : Les informations contenues sur l'affiche placée dans le hall à propos des modalités de recours contre les décisions administratives sont inexactes et, qui plus est, de nature à créer la confusion dans l'esprit des personnes (la CDHP et le JLD y sont mentionnés à tort ; qui plus est, il est indiqué que le JLD pouvait être saisi par courrier adressé au directeur ou par rencontre avec le médiateur non médical, alors que ces modalités restrictives sont parfaitement injustifiées) (§ 3.7.3.1).

Observation n° 13 : Le rôle du juge des libertés et de la détention n'est pas clairement précisé aux patients ; aucun document n'indique que ce magistrat est garant des libertés individuelles et que tout patient hospitalisé sans son consentement aura la possibilité de comparaître devant lui dans un délai de douze jours (quinze au moment du contrôle). Le patient est informé tardivement de la date d'audience, ce qui ne lui laisse pas le temps, en particulier, de contacter un avocat. Pour des motifs qui n'ont pas été clairement exposés aux contrôleurs, la décision n'est pas énoncée par le magistrat mais par des personnels soignants qui n'ont pas nécessairement compétence pour ce faire et admettent ne pas toujours évoquer la possibilité d'un recours. Ainsi qu'il a été dit, l'affiche apposée dans le hall au moment du contrôle n'aidait pas à clarifier les droits des patients-détenus. L'ensemble de la manière dont est mise en œuvre cette procédure est à revoir (§ 3.7.3.2).

Observation n° 14 : Le registre de la loi n'est pas tenu de manière rigoureuse (§ 3.8).

Table des matières

1	Conditions de la visite	2
2	Présentation du site hospitalier Georges Daumezon	3
3	L'UHSA 4	
3.1	Les conditions de l'ouverture	4
3.2	Les bâtiments	7
3.2.1.	La zone pénitentiaire	8
3.2.2.	La zone mixte	10
3.2.3.	La zone de soins et d'hébergement.....	13
3.3	Les personnels de l'UHSA	17
3.3.1.	Les personnels paramédicaux.....	17
3.3.2.	Les personnels médicaux.....	19
3.3.3.	Le personnel pénitentiaire	20
3.4.	Les patients	23
3.5.	L'admission	25
3.5.1.	Les aspects médicaux et administratifs	25
3.5.2.	Les aspects pénitentiaires de la procédure d'admission	26
3.6.	L'accueil.....	29
3.6.1.	L'accueil pénitentiaire.....	29
3.6.2.	L'accueil médical.....	30
3.7.	Les droits du patient détenu	30
3.7.1.	Dispositif général d'information	30
3.7.2.	Mise en œuvre de quelques droits particuliers	32
3.7.3.	La situation particulière des personnes détenues hospitalisés sans leur consentement 34	
3.8.	Le registre de la loi	38
3.9.	La prise en charge des patients.....	39
3.9.1.	L'organisation des soins	39
3.10.	La gestion de la vie quotidienne.....	44
3.10.1.	Les règles de vie	44
3.10.2.	La restauration	45
3.10.3.	La cantine.....	45

3.10.4.	Le tabac.....	46
3.10.5.	L'entretien des locaux.....	47
3.11.	Les liens avec l'extérieur.....	47
3.11.1.	Les visites.....	47
3.11.2.	Le téléphone.....	51
3.11.3.	Le courrier.....	54
3.12.	Les activités.....	55
3.12.1.	Organisation générale.....	55
3.12.2.	Les promenades.....	56
3.12.3.	Le sport.....	57
3.12.4.	La bibliothèque.....	57
3.12.5.	Les activités manuelles.....	58
3.13.	La discipline.....	59
3.13.1.	Les incidents.....	59
3.13.2.	Les demandes de prêt de main forte.....	59
3.13.3.	Les fouilles.....	60
3.13.4.	Les moyens de contrainte.....	60
3.14.	La sortie.....	61
3.14.1.	L'accompagnement socioéducatif.....	61
3.14.2.	Les formalités de départ.....	62
3.15.	Eléments d'ambiance.....	64