



**Unité hospitalière
spécialement aménagée
de Lyon**

**Centre Hospitalier Le Vinatier
(Rhône)**

Du 24 au 27 avril 2011

- Anne GALINIER, chef de mission ;
- Jacques GOMBERT,
- Michel JOUANNOT,
- Louis LE GOURIEREC.

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 Lyon au centre hospitalier du Vinatier du 24 au 27 avril 2012.

1 LES CONDITIONS DE LA VISITE.

Dès leur arrivée au centre hospitalier le mardi 24 avril à 11h30, les contrôleurs se sont présentés à la direction de l'hôpital où ils ont été immédiatement accueillis par le directeur général.

L'ensemble des documents demandés a été mis à la disposition des contrôleurs. Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec des patients détenus qu'avec des personnels de santé et pénitentiaires.

Les contrôleurs ont immédiatement effectué une visite des locaux de l'unité hospitalière spécialement aménagée, une réunion de présentation s'est ensuite tenue en début d'après-midi.

Les contrôleurs ont ainsi rencontré :

- le directeur de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas ;
- la directrice adjointe du directeur général de l'établissement, directrice de pôle ;
- le président de la commission médicale d'établissement ;
- le médecin coordonnateur de pôle ;
- le médecin responsable de l'UHSA ;
- le cadre supérieur de santé.

Les contrôleurs se sont entretenus téléphoniquement avec le procureur de la République et le délégué du Défenseur des droits.

Ils ont assisté à une audience tenue par le juge des libertés et de la détention au sein de l'établissement.

Le directeur de l'agence régionale de santé de Rhône-Alpes a été informé téléphoniquement de la visite.

Un rapport de constat a été adressé au directeur du centre hospitalier Le Vinatier le 23 octobre 2012 aux fins de recueillir ses observations. Il y a répondu par une lettre du 10 décembre 2012. Ces observations sont intégrées dans le présent rapport.

2 PRESENTATION DU SITE HOSPITALIER.

2.1 Le centre hospitalier spécialisé du Vinatier.

Le centre hospitalier le Vinatier est un établissement public de santé mentale.

En 1876, « l'Asile départemental d'aliénés de Bron » ouvre ses portes sur un terrain de 37 hectares ; en 1937 l'établissement devient « hôpital départemental » et son implantation s'agrandit à 112 hectares ; une ferme, un verger, un potager, des vignes y sont implantés.

En 1986, le dispositif public de secteur est organisé. Le centre hospitalier Le Vinatier se dote, outre des secteurs d'hospitalisation temps plein, d'hôpitaux de jour (HDJ), de centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) et de centres médico-psychologiques (CMP) installés dans la ville.

Le département du Rhône est découpé en vingt-trois secteurs de psychiatrie. Le centre hospitalier le Vinatier est chargé de l'organisation des soins psychiatriques de onze secteurs pour adultes et cinq intersecteurs pour enfants. Ces secteurs sont répartis sur sept arrondissements de Lyon, et les communes de Bron, Vaulx-en-Velin, Villeurbanne, Caluire-et-Cuire, Décines-Charpieu, Meyzieu, Neuville-sur-Saône, Rillieux-la-Pape.

En 2011, l'établissement s'est structuré en dix pôles : quatre pôles psychiatriques polyvalents, cinq pôles psychiatriques transversaux et le pôle direction.

En 2010, la capacité d'accueil du centre hospitalier était la suivante : 713 lits d'hospitalisation temps plein dont 15 lits pour enfants, 3 lits d'hospitalisation à domicile, 10 placements familial thérapeutique, 78 places en appartements thérapeutiques, 326 places en hôpital de jour, 38 hébergements de nuit, 417 places en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), 156 places en ateliers thérapeutiques, 38 centres médico-psychologiques, 47 lits en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), 40 places en maison d'accueil spécialisée (MAS), et 15, en service d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD).

Le pôle SMD-PL (santé mentale des détenus-psychiatrie légale) est un pôle intersectoriel. Il assure la prise en charge de la santé mentale des personnes détenues de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas, de Saint Quentin-Fallavier, de l'établissement pénitentiaire pour mineurs de Meyzieu et l'organisation du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), de l'unité de psychiatrie de liaison, du centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles, et de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA).

Les établissements pénitentiaires relevant de la zone de desserte de l'UHSA de Lyon sont :

- les maisons d'arrêt de Aurillac, Besançon, Bonneville, Chambéry, Clermont-Ferrand, Lyon-Corbas, Dijon, La Talaudière (Saint-Etienne), Lons le Saunier, Montbéliard, Montluçon, Privas, le Puy-en-Velay, Riom, Valence, Varcis (Grenoble), Villefranche-sur-Saône ;
- les centres de détention de Riom, Roanne ;
- les centres pénitentiaires d'Aiton, de Bourg-en-Bresse, Moulins, Saint-Quentin Fallavier, Varennes-le-Grand ;

- l'établissement pour mineurs de Meyzieu.

Ces établissements pénitentiaires totalisent 3 975 places théoriques.

Le centre hospitalier Le Vinatier emploie 2 400 personnes.

On y accède :

- en voiture, par le périphérique Sud, sortie « Vinatier » ;
- en bus, par la ligne C8 arrêt « Hôpital Vinatier » à cinquante mètres de l'UHSA ;
- en tramway, par la ligne T2 station « Vinatier ».

2.2 L'UHSA.

2.2.1 Descriptif.

L'UHSA est située à l'angle Nord-Est du site d'implantation du centre hospitalier, à proximité du passage pour voitures et piétons donnant sur les hôpitaux-Est, le long du Boulevard Laurent Bonnevey à Bron.

Un parking pouvant accueillir les véhicules des personnels et des visiteurs est situé en face de l'entrée principale de l'UHSA.

A gauche de la porte d'entrée principale (PEP) de l'UHSA, se trouve le sas véhicules qui est fermé par des portes métalliques pleines, ouvertes électriquement à partir de la PEP. Plus à gauche, un portail grillagé donne accès au glacis planté d'herbe qui entoure le périmètre de l'UHSA.

2.2.1.1 La zone pénitentiaire

A. L'accès à l'établissement.

Après avoir remis ses papiers d'identité à travers un passe-documents, le visiteur pénètre à l'intérieur d'un sas. Les vitrages blindés sont transparents, ce qui permet aux visiteurs d'apercevoir le surveillant pénitentiaire en poste à la porte d'entrée.

Tous les visiteurs doivent 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 d'inspection à rayons X. Des chaussons en plastique sont à la disposition des visiteurs qui se verraient contraints de retirer leurs chaussures.

Un appareil émetteur-récepteur de type « *MOTOROLA* » ainsi qu'un trousseau de clefs, permettant notamment un accès aux chambres et aux bureaux, est systématiquement remis aux fonctionnaires pénitentiaires et au personnel médical. Dix alarmes portatives individuelles (API) sont confiées aux intervenants occasionnels.

Quarante casiers de consigne sont à la disposition des visiteurs à l'intérieur du sas piétons. Un de ces casiers, identifié par une croix verte, est réservé au dépôt des prélèvements biologiques et, seuls le coursier du laboratoire et les personnels soignants en ont la clé.

Une porte a été aménagée à destination des personnes à mobilité réduite.

Les véhicules pénètrent dans un sas. Ils sont contrôlés et inspectés par un agent.

Deux agents sont affectés à la porte d'entrée, l'un au niveau du sas piétons, l'autre au sas véhicules. Tous les agents pénitentiaires affectés à l'UHSA sont polyvalents ; par conséquent, aucun surveillant n'est spécialisé dans les fonctions de garde de la porte d'entrée, qui reste en service 24h/24.

Tous les mouvements d'entrée et de sortie sont inscrits manuellement sur un registre réglementaire.

Il n'existe pas d'abri spécifiquement destiné aux familles des patients détenus. Toutefois, une salle chauffée est mise à leur disposition par l'hôpital à 200 m de l'UHSA.

B. La sécurité périmétrique et la surveillance

L'UHSA est entourée d'un mur d'enceinte en béton, d'une hauteur de 6 m avec système anti-grappin. A l'extérieur de l'enceinte un petit glacis extérieur a été aménagé. A l'intérieur de l'enceinte se trouve un chemin de ronde doté d'un dispositif de protection qui a pour objet de détecter tout mouvement dans cette zone. Le grillage délimitant la zone neutre du chemin de ronde est doté d'un bas-volet garni d'un fil de fer barbelé.

Des agents pénitentiaires, porteurs d'armes létales, 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.

Les fenêtres des chambres sont toutes équipées de barreaux, mais dépourvues de caillebotis. Les chambres sont ouvertes par le personnel soignant.

La plupart des appareils de radiocommunication de l'UHSA, de type *MOTOROLA*, disposent des fonctions perte de verticalité (avec temporisation), bouton d'alarme, cordon d'arrachage et d'une fonction émetteur-récepteur. Des balises API sont disposées sur l'ensemble de la structure. A noter que les API remises aux intervenants occasionnels ne sont pas dotées de systèmes de radiocommunication.

Des alarmes murales « coup de poing » sont également installées.

Enfin l'UHSA est dotée d'une base ACROPOL pour faciliter la communication avec les services de police en cas d'incident grave.

Un système de vidéosurveillance assure une couverture continue de l'ensemble des zones de l'UHSA. Il permet non seulement la visualisation courante d'une zone mais aussi une relecture d'images enregistrées. Le visionnage des images a été utilisé une seule fois depuis la mise en service de l'établissement, afin de tenter de retrouver un trousseau de clefs égaré.

Le système de vidéosurveillance permet la visualisation des circulations internes aux unités, des cours de promenade, du plateau sportif, de la cour dite « exutoire » et du plateau de soins. Les accès à chaque unité d'hébergement, le glacis, les sas véhicules et piétons, les zones du parloir et du greffe, le chemin de ronde sont également contrôlés par des moyens de vidéosurveillance.

2.2.1.2 La zone mixte.

Celle-ci est constituée de la zone dite des parloirs (cf. § : 5.1.1).

Elle est accessible depuis la cour de distribution et depuis le couloir desservant l'espace des soins.

Côté visiteurs, on entre dans une salle d'attente débouchant dans un couloir de circulation de 10,50m de long qui dessert les entrées des cinq parloirs (cf. *infra*).

La salle d'attente de 25 m² est équipée de deux sanitaires ; elle est meublée de dix chaises métalliques fixées au sol, d'une table ronde également fixée au sol, de six chaises pour enfants. Des jouets, des livres pour enfants et des revues sont disposés sur la table ronde. Deux fenêtres barreaudées de 2m de long assurent l'éclairage naturel.

Le couloir de distribution dessert successivement le parloir famille, le parloir individuel n° 1, le parloir individuel n° 2, le parloir individuel avec hygiaphone, le parloir thérapeutique.

Le parloir famille a une superficie de 10 m² ; il est meublé d'une table rectangulaire avec quatre chaises métalliques et de deux chauffeuses.

Les parloirs individuels n° 2 et 3 ont chacun une superficie de 6 m² et sont équipés d'une table rectangulaire fixée au sol et de trois chaises métalliques.

Le parloir individuel n° 3 avec hygiaphone a une superficie de 6 m². Il est équipé d'un plan de travail fixé au sol sur toute sa largeur avec une séparation verticale dont la partie supérieure est vitrée et munie d'un hygiaphone. Une chaise métallique côté patient et deux chaises métalliques côté visiteurs complètent son équipement.

Le parloir thérapeutique a une superficie de 16 m² et est équipé d'un sanitaire complet (douche, wc, lavabo) de 4 m². Une fenêtre barreaudée de 1,40 m de long assure un éclairage naturel. Ce parloir est meublé de deux chauffeuses, d'un canapé convertible de quatre places, d'une table basse et d'une table ronde avec quatre chaises métalliques. Un placard de 1,60 m de long installé près de la fenêtre contient un ensemble kitchenette complet (évier avec égouttoir, plaque de cuisson électrique deux feux, réfrigérateur et micro-ondes). La présence d'un personnel soignant pour « faire du lien entre le visiteur et le visité » y est indispensable.

Situé entre le parloir n° 3 et le parloir thérapeutique, un sas dont les ouvertures sont commandées par le PCC, permet un passage direct entre le couloir de circulation des visiteurs et celui des patients.

Côté patients, on accède aux parloirs *via* la « rue centrale » par un sas de 6 m² qui dessert lui-même un local d'attente de 4 m², une seconde pièce d'attente dite isolée de 2,80 m² et le couloir de circulation de 6 m de long.

Ce couloir ouvre sur les parloirs et le sas mentionné *supra* mais également sur un espace qui dessert à son tour : une pièce d'attente avant la fouille de 6 m², un local de fouille de 5 m² et une salle d'attente après la fouille de 6 m². Toutes les pièces d'attente (avant ou après le parloir) et le local de fouille sont équipés d'un banc maçonné de 0,30 m de profondeur.

Le nettoyage de cette zone est assuré par une société contractante avec le centre hospitalier du Vinatier. Lors du contrôle, l'ensemble de cette zone est dans un parfait état de propreté.



Couloir d'accès à la zone de soins

2.2.1.3 La zone de soins et d'hébergement

L'UHSA est constituée, outre une unité administrative, de trois unités de soins dont l'une est située en rez-de-chaussée et deux à l'étage. Chaque unité de soins comporte vingt lits en chambres individuelles en tout point semblables, à l'exception d'une chambre pour personnes à mobilité réduite :

- l'unité C (Louis Waldman) est une unité d'accueil et d'observation pour les personnes en décompensation aigüe ;
- l'unité B (Marcel Colin) est une unité de soins individualisés qui accueille en priorité les femmes et les mineurs ;

Ces deux unités sont situées à l'étage.

- l'unité A (Solange Troisier), située au rez-de-chaussée, est centrée sur un projet de vie quotidien et à moyen terme avec un traitement du patient axé sur l'amélioration des capacités relationnelles et sociales dans le but d'une préparation à la sortie, soit par retour à la vie pénitentiaire, soit en milieu libre.

Passée la zone pénitentiaire, l'accès à la zone de soins et d'hébergement est commandé par une grille qui ne peut être ouverte que par un surveillant depuis un poste isolé ayant une vue sur le long couloir, dénommé « rue centrale », qui dessert les bureaux, la zone des parloirs, des patios et cours de promenade, des salles d'activités et qui mène aux unités de soins (l'unité A au rez-de-chaussée, les unités B et C à l'étage).

Au rez-de-chaussée, les bâtiments comportent deux parties :

- **une première partie**, de forme carrée, comprend :
 - sur la droite,
 - la zone « parloirs ;
 - un patio de 73 m²,
 - les bureaux des médecins :
 - le bureau du médecin-chef d'une superficie de 18,66 m² comprend, outre un bureau avec fauteuil, une lampe de

bureau et un ordinateur, une table ronde pliante avec quatre sièges, une armoire bibliothèque, deux chaises visiteurs, un placard avec des rayonnages, une table basse, deux chauffeuses et un éclairage halogène.

- les bureaux des deux autres médecins responsables, chacun, d'une unité de soins, ayant une surface respective de 12,60m² et 11,85m² et étant équipés chacun d'un bureau avec lampe, ordinateur et fauteuil, de deux fauteuils visiteurs, d'un siège pour électroencéphalogramme, d'un lavabo, d'un placard avec rayonnages et d'une poubelle.
- les bureaux du secrétariat (21,30 m²), du cadre supérieur (15,88 m²) et du cadre administratif (13,16 m²) ;

- un second patio de même superficie que le précédent.

- sur la gauche,

- une cour jardin de 294 m² ;
- des locaux techniques ;
- trois bureaux de, respectivement, 10,85 m², 11,16 m² et 10,87 m² (ce dernier pourvu d'un divan) ;
- des locaux d'activités ;
- la bibliothèque multimédia de 30,20 m² (cf. § 3.5.1.2) ;
- une salle d'ergothérapie de 21 m² avec quatre tables modulaires rectangulaires pliantes et seize chaises métalliques pliantes, un chariot à séchage poterie, un lavabo, une poubelle et un tableau Velléda®. Cette pièce est complétée par un dégagement de 10 m² équipé d'un évier à un bac avec des meubles bas, des paillasses et des étagères pour le matériel de peinture ainsi qu'une armoire avec des rayonnages de rangement ;
- une salle d'activités psychomotrices de 40,86 m² avec une barre et un tapis de gymnastique, deux fauteuils ergonomiques, quatre baffles de chaîne hi-fi encastrés au plafond, des ballons en mousse, deux barres de danse, un miroir plain-pied, un rideau, un meuble informatique sécurisé et une chaise dactylo ;
- un local buanderie de 19,23 m² avec deux machines à laver de ménage, une machine à laver et un sèche-linge semi-industriels, deux planches à repasser, un évier à deux bacs avec des placards haut et bas et des paniers à linge plastiques ;
- un local de rangement du matériel de 9,64 m² ;

- un local sanitaire de 2,67 m² pour les patients, avec cuvette wc et lavabo ;
- une salle de réunions polyvalente de 38,62 m² avec une table centrale et vingt sièges ;
- l' accès à un plateau sportif de 303 m² conçu pour la pratique du football, du volley-ball, du badminton, du basket-ball (un panier) et du ping-pong (table en béton). Ce plateau est fermé par une clôture grillagée doublée d'une haie. Il est équipé d'un abri avec deux bancs de béton à quatre places, d'un urinoir et d'un brumisateur. A l'extrémité du plateau on trouve un espace avec trois arbres.

- **une seconde partie**, dans le prolongement, de forme rectangulaire, constitue les locaux de l'unité de soins A avec, en leur centre, une cour jardin de 232 m² bordée d'un trottoir en béton entourant un espace avec des plantations (graminées et rosiers).

Cet espace est entouré,

- d'une part, par des locaux techniques, des sanitaires (pour les patients et les personnels), un bureau polyvalent de 12 m², une salle de bains thérapeutique de 17,41 m² (avec une baignoire pour hydrothérapie, un lavabo, une douche, un fauteuil pour la pédicurie, un sèche-cheveux mural, une armoire fermant à clé, un plan de travail et un siège), un atelier cuisine de 16,85 m² (avec une table de préparation et six chaises pliantes métalliques, un lavabo, un évier double vasque, deux plaques électriques, un four à micro-ondes, un réfrigérateur-conservateur, un plan de travail, des meubles bas, un placard avec des rayonnages, un tableau Velléda® posé sur un bahut bas) et, séparée par des portes coulissantes, une salle d'activités de 20,36 m² (avec deux tables modulables rectangulaires pliantes et huit chaises pliantes métalliques, une paillasse humide sur un meuble bas, un placard avec des rayonnages, un meuble bas surmonté d'un tableau Velléda®),
- et, d'autre part, un ensemble, en forme de U, de **dix-neuf chambres individuelles** de 13 m² (avec un lit de 2,20 m sur 0,90 m fixé au sol, une tablette, un bureau surmonté d'une télévision et complété par une chaise monobloc, une penderie et une salle d'eau de 3,22 m² comportant un lavabo, une cuvette de wc et une douche « à l'italienne »), **une chambre pour personnes à mobilité réduite** (13 m²) pourvue d' une salle d'eau de 4 m² dotée des mêmes éléments que les chambres « ordinaires », les portes de communication extérieure et intérieure (0,90 m de large) permettant le passage d'un fauteuil roulant, et, précédée d'un sas de 3,63 m², **une chambre « de soins intensifs »** de 17,72 m² avec un lit fixé au sol, face au lit, une banquette surmontée d'une télévision, et pourvue d'une salle d'eau avec lavabo et cuvette de wc.

Les trois unités de soins sont conçues selon le même schéma structurel et l'on y retrouve, selon la même disposition, superposée, des pièces de même nature et de mêmes dimensions pour remplir les mêmes fonctions.

Chaque unité comprend, outre les chambres des patients : un bureau infirmier de 15,53 m², un bureau de cadre de santé de 11,71 m², un box patients de 12,01 m² (avec un lavabo, un tabouret à hauteur variable, un négatoscope deux plages, une toise, une balance, un meuble à tiroirs sur roulettes, un plan de travail, une table d'examen), une salle de bains thérapeutique de 17,18 m², une salle de désinfection de 10,02 m² et une salle de préparation de 9,73 m².

Dans l'unité B, on trouve un bureau polyvalent de 13,18 m², une salle d'activités de 17,72 m² communiquant avec un atelier cuisine de 21 m².

L'unité C est dotée d'une salle de musculation de 15,87 m² à la disposition des trois unités avec, encastrée dans le plafond, une chaîne hi-fi et quatre baffles –un à chaque coin de la pièce –, des barres en espalier, un miroir plain-pied, des tatamis, un sac de frappe, une barre fixée au mur, un vélo d'entraînement fixe, un rameur, une barre de danse, un placard avec des rayonnages.

2.2.2 Les personnels de santé.

Dans la mesure du possible les effectifs médicaux et paramédicaux du pôle sont mutualisés, c'est-à-dire que les remplacements de personnels absents sont effectués sans tenir compte de l'affection dans chacune des entités composant le pôle.

2.2.2.1 Les effectifs du pôle santé mentale des détenus-psychiatrie légale (SMD-PL).

A. Les effectifs médicaux.

Les effectifs médicaux du pôle sont les suivants :

- 7,30 ETP de praticien hospitalier ;
- 3,04 ETP de praticien contractuel,
- 1,4 ETP d'interne ;
- 1 ETP d'assistant des hôpitaux ;
- 0,35 ETP de praticien hospitalier temps partiel.

Les praticiens partagent leur temps entre le service médico-psychologique régional (SMPR) de Lyon Corbas et de Saint Quentin Fallavier, l'établissement pour mineurs de Meyzieu, le CD de Roanne, le centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIA VS), l'unité psychiatrique de liaison et l'UHSA.

Une astreinte opérationnelle assurée par les psychiatres du pôle, permet la continuité des soins psychiatriques à la maison d'arrêt de Corbas, l'établissement pour mineur de Meyzieu et l'UHSA ; sept déplacements mensuels ont été nécessaires en moyenne en 2011 au cours de ces astreintes. C'est le senior d'astreinte du pôle qui assure les admissions à l'UHSA.

B. Les effectifs paramédicaux.

Les effectifs paramédicaux du pôle et du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) sont les suivants :

- 47,81 ETP d'infirmiers ;
- 16,35 ETP d'aides-soignants ;
- 6,23 ETP d'agents de service hospitaliers ;
- 7,47 ETP de psychologues ;
- 4,52 ETP de secrétaires médicales ;
- 3,99 ETP d'adjoints administratifs hospitaliers ;
- 2,83 ETP de cadres de santé ;
- 2,08 ETP de cadres socio-éducatifs ;
- 2 ETP d'éducateurs spécialisés ;
- 1 ETP de cadre supérieur de santé ;
- 0,92 ETP de conducteurs ambulanciers (intégré au groupe d'ambulanciers de l'hôpital) ;
- 0,76 ETP d'agent de maîtrise ;
- 0,13 ETP de personnel ouvrier.

2.2.2.2 Les effectifs de l'UHSA.

L'UHSA a ouvert progressivement les différentes unités qui la constituent, ainsi les personnels paramédicaux (infirmiers, aides-soignants) n'ont été au complet qu'en fin de semestre 2011.

Les soignants sont plus spécifiquement attachés à l'une des trois unités d'hospitalisation mais peuvent effectuer des remplacements dans l'ensemble du pôle.

A. Les effectifs paramédicaux.

Les effectifs paramédicaux de l'UHSA sont de 116,5 ETP pour les trois unités.

Les vacations sont de douze heures avec trente minutes de chevauchement pour la relève.

Les agents se répartissent ainsi : trente-quatre infirmiers de jour, dix-neuf de nuit, dix-neuf aides-soignants de jour, douze de nuit, treize agents de service hospitaliers.

Septembre 2011	JOUR			NUIT		Total
	IDE/ dont vacant	AS	ASH	IDE	AS	
Unité A resocialisation	9/1	7	4	6	4	29
Unité B soins de suite	12	7	4	6	4	33
Unité C accueil et observation	13/ 2	5	5	7	4	32

Les différentes catégories de personnels sont les suivantes : deux psychologues, un neuropsychologue, un psychomotricien, un moniteur sportif, un art-thérapeute, un éducateur spécialisé, une assistante sociale, trois cadres de santé, deux secrétaires médicales, un cadre administratif, un cadre supérieur de santé, un ambulancier.

B. Les effectifs médicaux.

L'équipe médicale se compose de :

- quatre ETP de praticien hospitalier psychiatre (trois postes pourvus) ;
- un poste d'interne de spécialité ;
- 0,5 ETP de praticien hospitalier en médecine générale, transformé par mutualisation en un temps plein d'assistant en médecine interne, poste actuellement non pourvu.

La continuité des soins est assurée en première ligne par l'interne de garde en psychiatrie de l'hôpital du Vinatier, qui fera, en cas de besoin, appel au senior de garde du pôle.

Un psychologue qui n'est pas affecté sur le pôle assure mensuellement une supervision pour les personnels des trois unités de soins.

2.2.3 Le personnel pénitentiaire.

Les fonctionnaires pénitentiaires assurent au quotidien les missions suivantes :

- contrôle des entrées et des sorties des personnes et des véhicules ;
- surveillance de l'enceinte de l'UHSA en vue d'éviter les évasions et les intrusions ;
- prêt de main forte en cas d'incident avec un patient et uniquement sur réquisition écrite du directeur de l'hôpital ;
- réservations et surveillance des parloirs ;
- contrôle des moyens de communication avec l'extérieur (téléphonie, courrier) ;
- escorte des convois sanitaires en cas d'hospitalisation ou d'extraction médicale d'un patient détenu ;
- réalisation des transferts entre l'UHSA et les établissements pénitentiaires lorsqu'un transport sanitaire n'est pas prescrit ;
- présentation des patients détenus devant le juge des libertés et de la détention (JLD).

Le jour du contrôle, trente-huit fonctionnaires pénitentiaires étaient en poste à l'UHSA. Ils sont tous placés sous l'autorité du directeur de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas. Plus précisément, le capitaine pénitentiaire, responsable de l'UHSA et ses subordonnés, sont directement placés sous l'autorité de la « directrice des quartiers spécifiques » de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas.

La répartition du personnel est la suivante :

- un officier, du grade de capitaine, présent depuis l'ouverture et responsable pénitentiaire de l'UHSA ;
- cinq premiers surveillants ;
- trente-deux surveillants.

Au moment de la mise en service de l'UHSA, l'effectif théorique était fixé à quarante-sept personnels de surveillance, soit trente-cinq surveillants, dix gradés et deux officiers.

Le 31 mai 2011, un audit a été conduit par la direction de l'administration pénitentiaire. Aux termes de la note de la sous-direction de l'organisation et du fonctionnement des services déconcentrés, « il ressort de ce retour d'expérience que le calibrage initial des effectifs pour cette nouvelle mission n'est pas en adéquation avec les charges d'activités constatées ». L'administration centrale constatait notamment que « les ressources dédiées à la sécurisation du site, et plus particulièrement aux interventions au sein de l'unité étaient très peu utilisées sur cette mission, et se fondaient par défaut dans l'activité extractions médicales ».

L'administration centrale a ainsi fixé le nouvel organigramme théorique du personnel de surveillance de l'UHSA à la date du 1er juin 2011 :

- surveillants : vingt-neuf ;
- premiers surveillants : huit ;
- major : un ;
- officier : un.

La direction de l'établissement conteste avec force les résultats de l'audit en arguant du fait qu' « il ne tient pas compte de l'activité réelle de la structure ». Par ailleurs, cet audit a été réalisé avant la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 « qui impose de présenter au juge des libertés et de la détention tous les détenus hospitalisés sous contrainte à quinze jours d'hospitalisation, à six mois puis à un an ».

Tous les fonctionnaires pénitentiaires ont été recrutés sur la base du volontariat ; tous étaient en poste à la maison d'arrêt de Lyon-Corbas. Un jury de recrutement a été constitué, exclusivement composé de responsables de l'administration pénitentiaire. Il convenait de s'assurer en priorité de leur aptitude à travailler en milieu hospitalier et à porter une arme sur la voie publique. Les postulants ont été reçus en entretien par une psychologue.

Une formation validante a été dispensée aux agents retenus par l'équipe régionale d'intervention et de sécurité (ERIS) de Lyon ; il s'agissait notamment de former les fonctionnaires concernés aux techniques d'intervention, au maniement des armes, à la conduite de personnes détenues sous escorte avec des mises en situation.

Outre ces formations validantes, les agents sélectionnés ont bénéficié de stages d'adaptation à la tenue d'un poste protégé (PEP et PCC), aux conduites à tenir en cas d'alarme, à des formations d'adaptation mixtes agents pénitentiaires/personnels soignants. Des stages de plein exercice réciproques, « agents pénitentiaires et soignants prenant la place des uns et des autres pendant une semaine », avaient été programmés. Ils n'ont pu se dérouler en raison d'un manque d'effectifs disponibles pour y participer. Ces stages de plein exercice ont été remplacés par des discussions autour de tables rondes.

Depuis la mise en service de l'établissement, trois surveillants ont été exclus de l'UHSA : l'un pour des problèmes de consommation d'alcool durant le service, les deux autres pour des manquements professionnels. Ces trois agents ont fait l'objet d'une lettre d'observations et ont réintégré la maison d'arrêt de Lyon-Corbas.

L'administration pénitentiaire n'a pas jugé opportun de récompenser ses agents pour leur travail par l'octroi de lettres de félicitations après l'ouverture de l'établissement.

Chaque agent de l'UHSA bénéficie d'une session annuelle obligatoire de formation continue de quatre jours. A cette occasion, l'agent renouvelle notamment ses habilitations au port de l'arme et au port du bâton de protection télescopique (BPT). Ce recyclage est dispensé par l'ERIS de Lyon qui aborde les modules relatifs au tir, aux techniques d'intervention, au maniement du BPT et aux techniques d'escorte.

En outre, et en dehors de ces sessions annuelles, les agents participent régulièrement, à l'UHSA, à des entraînements à l'occasion desquels ils sont confrontés à des mises en situation pratiques ; une pièce a d'ailleurs été spécialement aménagée afin de reconstituer la chambre d'un patient-détenu.

Des séances de tir trimestrielles sont organisées pour les agents pénitentiaires. Le stand de tir se situe dans la caserne de l'escadron de gendarmerie mobile de Bron.

Plusieurs surveillants suivent actuellement une formation afin d'obtenir un monitorat de tir ou de techniques d'intervention. Ils pourront ainsi encadrer leurs collègues de l'UHSA lors des sessions de formation continue.

Les personnels soignants de l'UHSA participent aux modules « escortes » dispensés par l'ERIS. Il en va de même de tous les chauffeurs de l'hôpital du Vinatier.

Le taux d'absentéisme est peu élevé. En 2011, il s'élevait à 17,25 %. L'absence pour raison médicale ne représentait que 1,57 %. Aucun accident du travail n'a été déclaré depuis la mise en service de l'établissement.

En 2011, chaque agent a bénéficié d'un nombre d'heures supplémentaires moyen mensuel compris entre onze et vingt-quatre heures selon la période.

A l'hôpital du Vinatier, une fois par an, un médecin de prévention visite les agents qui ont la possibilité de rencontrer également une assistante sociale et une psychologue à la maison d'arrêt de Lyon-Corbas.

Une convention a été conclue entre l'hôpital du Vinatier et l'administration pénitentiaire concernant la restauration des agents qui peuvent accéder à la cantine du personnel de centre hospitalier. A la suite des incidents relatifs au port de l'uniforme, les fonctionnaires pénitentiaires ne veulent plus se rendre à la cantine de l'hôpital. Ils déjeunent sur place à l'UHSA dans une petite cuisine aménagée à leur intention ou bien ils se rendent à la gendarmerie.

Dans son courrier du 10 décembre 2012 le directeur de l'établissement précise que : « sous réserve de [cette] condition de non port d'arme, l'accès des personnels de l'administration pénitentiaire au self demeure toujours possible ». La difficulté rencontrée par le port de l'uniforme demeurant inchangée.

2.2.4 L'activité de l'UHSA.

L'UHSA a ouvert progressivement les trois unités qui la constituent : le 18 mai 2010 l'unité d'accueil et d'observation (unité C), le 19 juillet 2010 l'unité de soins individualisés (unité B), le 1^{er} décembre 2010 l'unité de resocialisation (unité A).

Le 27 avril 2012, la situation des trois unités est la suivante :

	Unité A	Unité B	Unité C
Nombre de lits hors CI	20	20	20
Chambre d'isolement (CI)	1	1	1
Hommes	20	13	20
Femmes	0	5	0
Mineurs	0	0	1
Plus ancienne hospitalisation	21 mois	16 mois	18 mois
Patients en SPDRE	16	DM*	15
Patients en SL	4	DM*	5
Patient le plus âgé	62 ans	53 ans	66 ans
Patient le plus jeune	19 ans	18 ans	17 ans

*DM : données manquantes

Depuis l'ouverture, deux décès par suicide sont survenus. En 2011, un décès et vingt-deux tentatives de suicide ont eu lieu.

En 2011, huit irresponsabilités pénales ont été prononcées et six personnes sont en attente de décision en 2012. Cette situation paraît préoccupante aux soignants qui craignent que : « l'UHSA devienne un lieu d'attente d'irresponsabilisation, alors que le patient devrait bénéficier d'une hospitalisation en hôpital psychiatrique traditionnel ». Un des patients en attente d'une éventuelle décision judiciaire quant à son irresponsabilité est à l'UHSA depuis février 2011.

L'activité de l'UHSA est la suivante :

	2011	Premier trimestre 2012
Nb d'entrants	330	64
Nb de sortants	307	63
Hommes/mineurs	251/7	52/1
Femmes/mineures	35/2	10/1
D398*	64 (19 %)	11 (7,5 %)
SPDRE à l'UHSA	143 (47 %)	
Demande d'hospitalisation sans suite	115	18

*patients admis en hospitalisation sans consentement à l'établissement public de santé de proximité et transférés secondairement en SPDRE à l'UHSA

Les patients peuvent être hospitalisés à l'UHSA en soins libres s'ils consentent aux soins ou en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

	2011		Premier trimestre 2012
	N	%	N
SL	169	51 %	29
SPDRE	161	49 %	35

Le mode d'hospitalisation des patients paraît stable, la moitié des admissions ayant lieu sans consentement.

Lorsqu'un patient est particulièrement agité, dangereux pour lui-même ou pour autrui et lorsque tous les autres moyens d'apaisement ont été mis en œuvre, il est possible qu'il soit placé en chambre d'isolement.

L'utilisation des chambres d'isolement est la suivante :

	2011	Premier trimestre 2012
Nombre de patients	51	15
Nombre de jours	571	75
Taux d'occupation¹	52 %	

Les contrôleurs ont relevé les établissements d'origine et de sortie des patients hospitalisés depuis l'ouverture de l'UHSA.

¹ Nombre de jours occupés X 100/Nombre de chambre X Nombre de jours de l'année

Les admissions se répartissent ainsi :

Origine des patients		Arrivée 2011		Départ 2011		1 ^{er} trim. 2012
		N	%	N	%	N
MA/SMPR Corbas		46/32	24 %	62	20 %	12
Bourg-en-Bresse		44	13 %	38	12	11
Dijon		27	8 %	20	7	2
Saint Etienne		20	6 %	19	6	1
Roanne		19	6 %	12	4	5
Villefranche-sur-Saône		14	4 %	8	3 %	5
Vарces-Grenoble		13	4 %	12	4	0
Moulins-Yzeure		13	4 %	11	4 %	6
Varennes-le-Grand		11	3 %	10	3 %	3
Valence		11	3 %	6	2 %	0
Aiton		9	3 %	8	3 %	0
Saint Quentin-Fallavier		9	3 %	7	2 %	1
Bonneville		9	3 %	6	2 %	5
Besançon		8	2 %	5	2 %	2
Lons-le-Saunier		7	2 %	8	3 %	0
Clermont-Ferrand		6	2 %	6	2 %	0
Meyzieu		6	2 %	5	2 %	3
Montbéliard		6	2 %	3		0
Riom		5	2 %	4	1 %	3
UHSI-Lyon		5	2 %			1
Chambéry		3	10 %	3		2
Privas		3		1		0
Aurillac		2		1		1
Puy-en-Velay		2		2		0
Toulon				1		0
Décès				1		0
Sorties	Etablissements de soins (sous écrou)			10	3 %	0
	Etablissement de soins (libre)			18	6 %	0
	Sorties fin de peine			19	6 %	0

3 L'ADMISSION ET L'ACCUEIL.

L'UHSA est destinée à accueillir des patients psychiatriques, détenus dans un établissement, dont l'état nécessite des soins spécialisés ou intensifs qui ne sont pas délivrés dans leurs établissements, notamment dans les établissements pour peines dont la situation géographique ou dont la taille ne permet pas une intervention psychiatrique adaptée avec des moyens suffisants.

L'admission en UHSA est donc exclusivement liée à une indication médicale et ne résulte pas d'une décision administrative. Elle est guidée seulement par l'état de santé du patient. Elle peut se faire selon deux modalités en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état (SPDRE), et en soins libres (SL).

3.1 L'admission.

Les admissions sont prononcées par le directeur de l'établissement selon la réglementation en vigueur. Elles font systématiquement l'objet d'un accord médico-administratif préalable et d'un engagement de retour de la part de la délégation territoriale du département d'origine en cas d'hospitalisation sous contrainte.

Les admissions tiennent compte de la disponibilité des lits. En 2011, 6 % des hospitalisations ont eu lieu en urgence.

Trois fois par semaine, un des trois cadres de santé de l'UHSA, un praticien hospitalier et une secrétaire planifient les transports et les admissions de la semaine. Cette fréquence permet une grande souplesse et une adaptation des admissions selon les sollicitations des équipes soignantes des établissements pénitentiaires. Les dates d'admission des patients en hospitalisations programmées sont connues des équipes soignantes de l'UHSA ; les admissions des patients hospitalisés selon les modalités définies par l'article D.398 du code de procédure pénale au centre hospitalier de rattachement de l'UHSA sont priorisées.

3.1.1 La procédure sanitaire d'admission.

Les articles en vigueur pour les hospitalisations à l'UHSA sont l'article L3214-1 si le patient est consentant aux soins et l'article L3214-3 si le patient n'est pas consentant.

3.1.1.1 Les hospitalisations en SPDRE.

Les certificats de SPDRE sont établis et gérés normalement par la préfecture du Rhône, en liaison avec les préfectures des autres départements si le patient vient d'un département voisin.

Les difficultés dont il a été fait état auprès des contrôleurs résident dans la coordination entre les différentes agences régionales de santé (Rhône-Alpes, Auvergne, Bourgogne, Franche-Comté) et les préfectures des départements où sont implantés les établissements d'origine des patients à hospitaliser.

Les admissions sans consentement peuvent être accueillies 24h sur 24h. Cette éventualité a été acceptée par l'équipe soignante à la demande de l'administration pénitentiaire.

Deux agents de l'équipe paramédicale de l'UHSA, dont toujours un infirmier et un ambulancier, vont chercher le patient en attente d'hospitalisation, soit à l'établissement pénitentiaire, soit au centre hospitalier de proximité.

L'UHSA a été équipée d'une ambulance neuve qui est intégrée au parc ambulancier de l'hôpital mais qui est toujours utilisée pour les transports de personnes détenues. L'ambulance est verrouillée de l'intérieur.

Les difficultés rencontrées depuis la mise en place de la loi du 5 juillet 2011 sont les suivantes :

- l'article L. 3214-2 précise : « l'avis conjoint mentionné en II de l'article L.3211-12-1 est rendu par un psychiatre de l'établissement d'accueil, désigné par le directeur et participant à la prise en charge du patient, ainsi que par un psychiatre, consulté par tout moyen, intervenant dans l'établissement pénitentiaire dans lequel la personne détenue était incarcérée avant son hospitalisation ». Ce qui, compte tenu de l'éloignement de la plupart des établissements pénitentiaires, amène, le psychiatre de l'établissement dans lequel la personne détenue était incarcérée avant son hospitalisation à signer un certificat sans avoir vu le patient en consultation ;
- lors de la levée des SPDRE par le JLD l'article L. 3214-2 précise également : « le retour en détention est organisé dans les conditions prévues par le décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L. 3214-5 ». Ainsi, la personne détenue doit sortir de l'UHSA, pour y être à nouveau admise en soins libres. Cette obligation a été détournée par les soignants afin de permettre la continuité des soins, en accord avec le directeur de la maison arrêt, en effectuant un transfert de 24h à la maison d'arrêt de Corbas.

3.1.1.2 Les admissions en soins libres.

Les patients admis en soins psychiatriques libres sont, le plus souvent, transportés par l'administration pénitentiaire. Une équipe soignante de l'UHSA peut cependant, si l'état de santé de patient le nécessite, aller le chercher dans l'établissement.

Dans la mesure du possible ces hospitalisations sont programmées du lundi au vendredi de 9h à 18h et le samedi de 9h à 13h.

3.1.1.3 Les hospitalisations des mineurs.

Les mineurs de plus de 13 ans incarcérés peuvent être hospitalisés à l'UHSA.

Lors d'une admission en soins libres, le médecin de l'établissement d'origine doit recueillir au préalable le consentement des parents ou du représentant légal.

Les SPDRE sont possibles en théorie, mais rares dans les faits.

Les textes ne semblent pas définir clairement qui de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ou de l'administration pénitentiaire doit consentir à l'hospitalisation du mineur ; ainsi les hospitalisations en urgence sont toujours source de difficultés.

En 2011, neuf mineurs ont été admis à l'UHSA.

Des réunions de suivi sont organisées au cours et à la fin du séjour hospitalier avec l'éducateur PJJ chargé du patient mineur.

Un membre de l'éducation nationale du groupe d'enseignants du Vinatier intervient à l'unité B, unité d'accueil des mineurs, depuis le début de l'année 2012.

3.1.1.4 La préparation de l'hospitalisation.

Les admissions à l'UHSA sont sollicitées par les établissements du ressort. En cas d'absence de place disponible, les patients peuvent être hospitalisés en hospitalisation sans consentement selon les modalités définies par l'article D.398 du code de procédure pénale, dans les hôpitaux de proximité de leur lieu de détention.

Les patients, lors de leur admission, arrivent directement à l'UHSA sans passer ni par l'unité médicale d'accueil (UMA) de l'hôpital, ni par la maison d'arrêt de Lyon-Corbas, les formalités de rattachement à celle-ci se faisant directement au greffe de l'UHSA.

Seuls les patients relevant de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas, de Saint Quentin- Fallavier et de l'EPM de Meyzieu, en cas d'absence de place disponible à l'UHSA, passent par l'UMA et sont hospitalisés transitoirement en SPDRE au centre hospitalier du Vinatier selon les modalités définies par l'article D.398 du code de procédure pénale.

3.1.1.5 L'information donnée par l'établissement d'origine.

Les demandes d'admission à partir d'un établissement pénitentiaire font l'objet d'un contact téléphonique préalable du médecin ou psychiatre traitant au médecin de l'UHSA. L'entretien téléphonique est suivi de la transmission par télécopie d'un formulaire de « demande d'admission ». Ce formulaire est composé de trois encadrés, le premier, réservé au médecin demandeur, précise l'état civil du patient et le besoin ou pas d'un transport sanitaire, les modalités d'hospitalisation libre ou sous contrainte, une deuxième partie, réservée au directeur de l'établissement hospitalier siège de l'UCSA ou du SMPR d'origine, une troisième partie réservée à l'UHSA donnant l'avis médico-administratif.

Les demandes d'admission à partir d'un établissement hospitalier s'effectuent entre le directeur de l'établissement de santé demandeur et l'UHSA.

Parallèlement, le directeur de l'établissement pénitentiaire renseigne une fiche de liaison pénitentiaire.

3.1.2 La procédure pénitentiaire d'admission.

La demande d'admission est systématiquement organisée à partir d'un avis médico-administratif d'admission préalable.

Quel que soit le mode d'hospitalisation requis, à réception de l'avis médico-administratif dûment complété, le directeur de l'établissement pénitentiaire organise le transport de la personne détenue à la date prévue, en relation avec le responsable pénitentiaire de l'UHSA et le directeur du centre hospitalier du Vinatier. L'accord de l'autorité judiciaire chargée du dossier est obligatoire pour les prévenus. La décision de transférer un condamné est prise par le directeur interrégional de Lyon ou la direction de l'administration pénitentiaire ; le juge de l'application des peines est informé de cette décision.

Une fiche de liaison, dont le modèle est préétabli, est transmise à l'UHSA par l'établissement de départ. Elle est remise aux personnels pénitentiaires et portée à la connaissance des personnels soignants. Cette fiche donne, essentiellement, des indications sur le profil pénitentiaire du patient, sa dangerosité éventuelle et des informations concernant les incidents survenus dans les établissements pénitentiaires.

Avant son départ pour l'UHSA, le patient-détenu est fouillé intégralement et son paquetage est contrôlé par le personnel pénitentiaire au regard de la liste des effets acceptés pendant l'hospitalisation (cf. *infra*).

Le patient-détenu est obligatoirement écroué à la maison d'arrêt de Lyon-Corbas qui détient le dossier pénal du malade. En réalité, l'écrou est réalisé matériellement au sein même de l'UHSA où se situe une « antenne du greffe ». Un petit guichet a été aménagé à cet effet. Les formalités d'écrou sont effectuées par un premier surveillant, de jour comme de nuit. Sur une tablette sont déposés le règlement intérieur de l'établissement et des bons de cantine.

La Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 n'était pas apposée lors du premier passage des contrôleurs ; elle l'a été par la suite. Une fiche d'écrou est complétée avec prise des empreintes digitales. Le greffe ne dispose d'aucun moyen d'identification biométrique de la population pénale hospitalisée dans la structure. Il n'est délivré aucune carte d'identité intérieure.

Au départ de son établissement d'origine, le patient détenu n'a été autorisé à emporter qu'un nombre restreint d'objets : des produits d'hygiène (savon, gel douche, brosse à dents et dentifrice, shampoing, peigne), du linge de toilette (serviettes et gants de toilette), du linge de corps, deux pyjamas et quelques vêtements : deux pantalons, deux pulls, une veste, une paire de pantoufles et une paire de chaussures. Le patient peut toutefois compléter son paquetage avec quelques affaires personnelles : livres, photos et objets attachés à la pratique d'un culte. Il convient de préciser que, durant le séjour hospitalier, les produits d'hygiène et le linge de toilette sont fournis par l'unité. La composition de ce paquetage est portée à la connaissance du patient avant son départ de l'établissement. Selon le personnel pénitentiaire, « le paquetage tient dans un carton ».

Les bijoux et valeurs sont entreposés à la maison d'arrêt de Lyon-Corbas, en dépit du fait que tous les patients ne passent pas par cet établissement.

Après les formalités d'écrou, l'arrivant peut subir « une fouille intégrale de lever de doute », réalisée par les agents d'escorte. En effet, aucun surveillant n'est affecté au vestiaire. La fouille se déroule alors dans un local aveugle d'une surface de 10 m², sommairement équipé d'un bat-flanc en béton et d'un lavabo. Deux patères sont fixées au mur. Une dalle provenant d'un plafond évite le contact des pieds nus du patient avec le sol. Des toilettes à l'anglaise sont à la disposition des arrivants.

Un inventaire des effets du patient est réalisé sur un imprimé spécifique. En théorie, cet inventaire est contradictoire. En réalité, il est rare que ce document soit émargé par l'arrivant. Selon le personnel pénitentiaire rencontré, « le patient-détenu est souvent bien incapable de comprendre et de signer quoi que ce soit ». Les effets du patient sont systématiquement contrôlés à l'aide du tunnel d'inspection à rayons X de la porte d'entrée.

Le local du vestiaire est, lui aussi, une pièce aveugle. Les effets de chaque patient sont disposés dans des cartons posés sur des étagères. En l'absence de surveillant affecté au vestiaire, il revient aux agents d'escorte de gérer ce lieu de stockage.

3.1.3 Le transport.

Le transport du patient-détenu entre son établissement d'origine et l'UHSA s'organise en fonction de son mode d'hospitalisation, avec ou sans consentement, et en fonction de la nécessité ou non de recourir à un véhicule sanitaire.

Le personnel pénitentiaire en cas de présence de soignants en véhicule sanitaire, assure l'escorte, y compris dans le cadre de sorties vers les plateaux techniques de l'hôpital du Vinatier.

3.1.3.1 Transport des patients admis en soins libres.

En cas d'hospitalisation avec consentement, le transport se réalise avec un véhicule pénitentiaire ou, sur prescription médicale, avec un véhicule sanitaire.

- **transport en véhicule pénitentiaire** : en principe, l'escorte est composée par des agents pénitentiaires de l'UHSA. Le nombre de fonctionnaires constituant l'escorte et les moyens de contrainte utilisés sont fonction des éléments fournis par l'établissement d'origine dans le cadre de la préparation du transport entre le responsable pénitentiaire de l'UHSA et le responsable de l'établissement pénitentiaire d'origine. Il revient à ce dernier de solliciter les forces de l'ordre afin de renforcer l'escorte pénitentiaire dans l'hypothèse où le patient détenu serait inscrit au répertoire des détenus particulièrement signalés (DPS) ou considéré comme particulièrement dangereux.

En cas d'indisponibilité des agents de l'UHSA, des agents de l'établissement pénitentiaire d'origine peuvent effectuer le transfert. Cette dernière hypothèse serait rarissime selon les responsables rencontrés.

- **transport en véhicule sanitaire** : il est réalisé avec les moyens du centre hospitalier du Vinatier. L'accompagnement et le transport du patient-détenu sont réalisés par les personnels hospitaliers qui décident des moyens de sécurité à mettre en œuvre au regard des renseignements fournis par la fiche de liaison. Ils en informent les agents pénitentiaires de l'UHSA qui assurent l'escorte avec leur propre véhicule pénitentiaire.

3.1.3.2 Transport des patients admis sans consentement.

Dans l'hypothèse de soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat (SPDRE), le transport est réalisé avec les moyens de l'hôpital du Vinatier. L'accompagnement et le transport du patient détenu sont réalisés par les personnels hospitaliers qui décident des moyens de sécurité à mettre en œuvre au regard des renseignements fournis par la fiche de liaison. Il a été affirmé aux contrôleurs que le patient-détenu était, le plus souvent, sédaté et

sanglé sur le brancard aux quatre membres afin d'éviter toute tentative d'évasion. Des surveillants de l'UHSA assurent une escorte en véhicule pénitentiaire.

3.2 L'accueil.

3.2.1 L'accueil par les services pénitentiaires.

Une fois les formalités administratives d'accueil réalisées (cf. *supra* § 3.1.2), le patient-détenu ne rencontre aucun responsable de l'administration pénitentiaire. Il n'existe pas, à l'UHSA, une audience d'accueil des arrivants telle qu'elle est pratiquée dans les établissements pénitentiaires. Selon les responsables rencontrés « il est impossible de réaliser un entretien avec les arrivants car ils sont, en général, tellement perturbés qu'ils sont incapables de répondre à des questions ».

L'UHSA a fait le choix de ne pas être dotée d'un logiciel informatique utilisé depuis peu dans l'ensemble des établissements pénitentiaires : le cahier électronique de liaison (CEL), qui permet au personnel pénitentiaire de faire partager un certain nombre d'informations utiles concernant les personnes détenues.

Il appartient au personnel soignant (et non à l'administration pénitentiaire) de choisir l'unité d'hospitalisation et la chambre.

3.2.2 L'accueil médical.

Les patients sont directement admis à l'UHSA. Les soignants, lorsqu'ils sont allés chercher le patient, l'accompagnent le plus souvent pendant la formalité d'écrou à « l'antenne du greffe » et pendant la fouille. L'inventaire contradictoire des effets personnels est effectué² par les surveillants pénitentiaires et les objets autorisés sont placés dans une caisse en plastique qui sera entreposée dans l'unité de soins.

Le plus souvent, le patient est initialement admis dans l'unité C située au premier étage ; c'est l'unité d'accueil et d'observation.

Un infirmier accueille le patient dans sa chambre et lui en explique le fonctionnement ; le livret d'accueil de l'UHSA, lui est remis si son état de santé le permet. Ce livret, constitué de cinq pages, comporte, en page de garde, les logos du ministère de la justice et de la santé, ainsi que celui du centre hospitalier du Vinatier. Il est divisé en quatre parties :

- présentation du centre hospitalier Le Vinatier et de son UHSA ;
- conditions d'hospitalisation et droits du patient ;
- votre séjour ;
- votre sortie.

² Un imprimé spécifique est établi par le centre hospitalier.

Une consultation d'entrée aura immédiatement lieu, soit avec un psychiatre du service entre 8h30 et 18h30, soit avec le psychiatre d'astreinte du pôle entre 18h30 et 8h. La décision de mise en pyjama sera alors prise par celui-ci. Elle est systématique pour les personnes affectées en chambre d'isolement dite « chambre de soins intensifs (CSI) », ou pour les patients présentant un risque suicidaire ; dans le cas contraire, le patient conserve ses effets personnels.

Une procédure « utilisation des chambres d'isolement » se trouve sur l'intranet de l'hôpital. Datée de mars 2004, elle décrit les étapes de la mise en chambre d'isolement, ses indications, la surveillance qui en découle.

Le 26 avril 2012 l'occupation des unités est la suivante :

Unités	A	B	C
Hommes	20	13	17
Femmes		5	
Mineurs		1	1
dont CSI	1	1	1
SDRE	5	5	11

Une des chambres, dégradée par un patient, était insalubre. Soixante patients sont hospitalisés pour cinquante-neuf places d'hébergement³.

La liste d'attente en vue d'une hospitalisation est la suivante :

Etablissement	SDRE	SL
Bourg-en-Bresse	2 H	1 H
Dijon		2 F
Corbas	1 F	1H
Roanne		1 F
Moulins		1 H
CHU Grenoble	1 H	
autre centre hospitalier	1 H	

H : homme ; F : femme.

3.3 Les reports et annulations d'hospitalisation.

L'UHSA reçoit environ 370 patients par an. Ils lui sont adressés sur demande des médecins des UCSA. Au début de l'activité de l'établissement, toutes ces demandes aboutissaient sur un médecin ou un autre selon leur présence et nécessitaient de multiples contacts et explications. Cette première phase a, malgré ce risque de confusions, permis de créer des liens entre les médecins des UCSA et ceux de l'UHSA. Depuis, un tour de garde téléphonique des médecins a été institué, chacun des praticiens assurant une permanence

³ Les chambre d'isolement de sont pas comptabilisées comme des places d'hébergement.

d'une semaine avec l'aide d'un cadre de santé. Des **réunions d'admission** ont été instituées les lundis, mercredis et vendredis matin avec le cadre de santé responsable des admissions et une secrétaire afin d'organiser les mouvements, essentiellement en fonction des urgences et des aspects cliniques, en liaison avec l'administration pénitentiaire.

En dehors des cas d'urgence, l'acceptation des demandes est fonction des places disponibles dans l'établissement et les admissions se font dans des délais pouvant aller de trois à quinze jours s'il n'y a pas d'urgence.

En cas d'urgence, les patients sont hospitalisés en application de l'article D. 398 du code de procédure pénale, dans l'hôpital de proximité. Après traitement, ils peuvent être orientés, sur demande de l'établissement, vers l'UHSA pour continuer les soins si leur état de santé le nécessite. Mais si la crise est passée, la demande d'hospitalisation n'a plus d'objet et le patient retourne dans son établissement pénitentiaire. Dans les cas d'admission en soins libres, le patient qui l'avait acceptée peut la refuser jusqu'à la dernière minute

Les demandes d'hospitalisation sans suites à l'UHSA ont été les suivantes :

	2010	2011	2012
du fait de l'établissement demandeur	33	46 (40 %)	18
D. 398 sans entrée à l'UHSA		31 (27 %)	12
pas indication UHSA mais SMPR	11	16 (14 %)	4
refus du patient en HL		6	
pas indication UHSA mais somatique	9	1	
pas de place dans l'unité		9	6
autres		6	9
Total	53	115	

3.4 Les registres de la loi, la visite des autorités .

3.4.1 Les registres de la loi.

Les registres de la loi sont communs à tous les services du centre hospitalier du Vinatier. Ils se trouvent au bureau des entrées.

Deux registres brochés verts de 0,40 m sur 0,30 m sont tenus, l'un pour les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE), l'autre pour les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) dont les périls imminents. Ces registres sont intitulés : « registre des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques dans l'établissement sans leur consentement ». Les feuillets numérotés, se composent de deux pages : sur la page de gauche sont notées l'identité du patient et les données d'état civil, sur la deuxième page les différents certificats médicaux et arrêtés préfectoraux. Ils sont photocopiés, réduits de 50 % et cotés. Les originaux sont placés dans le dossier du patient.

Les dossiers administratifs des patients sont classés dans des dossiers suspendus dans des armoires. Un code couleur permet d'identifier la situation spécifique des patients en SDRE. Le jour du contrôle on pouvait dénombrer :

- 27 dossiers rouges, pour des patients ayant fait des séjours en unité pour malades difficiles (UMD) ou déclarés « irresponsable pénal », pour lesquels la constitution d'un collège de soignants est obligatoire ;
- 20 dossiers bleus des patients actuellement hospitalisés à l'UMD ;
- 27 dossiers mauves pour les patients hospitalisés à l'UHSA ;
- 124 dossiers jaunes, pour les patients des autres unités.

Les contrôleurs ont pris connaissance, aléatoirement, dans le livre de la loi, de vingt dossiers de patients hospitalisés à l'UHSA, cinq en 2011 avant la mise en place de la loi du 5 juillet 2011 et quinze en 2012 :

- sept patients viennent de la maison d'arrêt de Corbas, trois de la maison d'arrêt de Villefranche-sur-Saône, deux du centre pénitentiaire de Moulins, un de l'EPM de Meyzieu, un du centre de détention de Roanne, un de la maison d'arrêt de Privas, un du centre pénitentiaire Saint-Quentin-Fallavier, un de la maison d'arrêt de La Talaudière (Saint-Etienne), deux du centre pénitentiaire de Bourg-en-Bresse, un du centre pénitentiaire de Varennes-le-Grand ;
- sont absent du livre de la loi de 2012 : deux certificats initiaux, sept certificats des 24heures, neuf certificats des 72heures, onze certificats de huitaine, la totalité des certificats de demande de levée de SPDRE, deux arrêtés préfectoraux initiaux, sept arrêtés préfectoraux de transfert à l'UHSA, treize certificats conjoints.

Les retards de mise à jour des registres de la loi semblent être dus à la surcharge de travail causée par la mise en route de la loi du 5 juillet 2011. Cependant de nombreuses erreurs viennent s'ajouter aux omissions. A titre d'exemple : certificats médicaux collés en double, erreur de patient, certificat médicaux d'une précédente hospitalisation sous contrainte.

Les registres sont régulièrement visés par le procureur de la République.

3.4.2 La visite des autorités.

Le centre hospitalier spécialisé Le Vinatier n'a pas reçu de visite de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) en 2011. La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) a visité l'UHSA le 29 septembre 2010 et a rencontré cinq patients qui avaient souhaité être entendus.

4 LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS.

4.1 L'organisation pénitentiaire.

4.1.1 Les effectifs.

4.1.1.1 En journée.

Les postes tenus par un agent sont les suivants : porte d'entrée, sas véhicules, poste central de circulation (PCC), parloirs/vaguemestre. Trois surveillants sont à disposition en cas d'intervention, ainsi que quatre autres pour assurer les escortes, à l'exception des samedis et dimanches où ce nombre est réduit à deux fonctionnaires pénitentiaires.

Le service est organisé en longues journées d'une durée de 12h15, tout en préservant une pause réglementaire d'un maximum de quarante-cinq minutes comprises entre 11h et 14h.

Le rythme de travail, qualifié de « confortable » par les agents rencontrés par les contrôleurs, est le suivant : Travail (T), T, repos hebdomadaire (RH), RH, T, T, T, RH, RH, T, T, RH, RH, RH, soit pour deux semaines : deux jours de travail, deux jours de repos, trois jours de travail, deux jours de repos, deux jours de travail, trois jours de repos.

Cette organisation fonctionne en sept équipes, dont une en congés. Les six autres suivent le rythme décrit *supra*.

Les congés sont pris par équipe en quatre périodes : quatorze jours, sept jours, quatorze jours puis à nouveau quatorze jours.

4.1.1.2 La nuit.

La nuit, les factions sont de trois heures. Chaque agent, à tour de rôle, assure successivement une phase de rondes, de garde à la porte d'entrée puis de piquet, pendant les douze heures que dure la nuit.

4.1.2 Les conduites vers les plateaux techniques.

La plupart du temps, la conduite vers les plateaux techniques s'effectue vers le centre hospitalier du Vinatier. Les soins somatiques peuvent également être dispensés par le CHU Edouard Herriot, les hôpitaux Lyon-Sud et Léon Bernard (cancérologie), l'hôpital femme-mère-enfant ou l'hôpital de neuro-cardiologie.

L'accompagnement et le transport du patient sont réalisés par les soignants qui décident des moyens de contrainte à mettre en œuvre au regard du comportement du patient-détenu au sein de l'UHSA, ainsi que des éléments fournis par le responsable pénitentiaire. Ils informent l'escorte pénitentiaire des mesures prises.

Le personnel pénitentiaire assure l'escorte du véhicule sanitaire.

Dans l'hypothèse où une hospitalisation en soins somatiques est décidée, la présence d'une garde policière statique est demandée à la préfecture. L'administration pénitentiaire n'a jamais été confrontée à un refus de garde statique opposé par la préfecture. Selon les responsables pénitentiaires rencontrés par les contrôleurs, les délais d'arrivée des fonctionnaires de police pour assurer la garde statique à l'hôpital sont « raisonnables ». Une telle situation est cependant exceptionnelle car, le plus souvent, les patients-détenus de l'UHSA qui nécessitent des soins somatiques avec hospitalisation sont dirigés vers l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de Lyon.

4.2 L'organisation des soins.

4.2.1 L'organisation commune.

L'équipe médicale de l'UHSA de Lyon a travaillé, avant l'ouverture de cette structure, un projet médical dont les contrôleurs ont pris connaissance.

4.2.1.1 L'encadrement.

Toutes les semaines, un cadre d'une unité de soins est « cadre de mouvement ». Avec le médecin d'astreinte à l'UHSA et une secrétaire, au cours d'une réunion qui se tient trois fois par semaine, il organise les admissions, les sorties et les mouvements des patients, vers le plateau technique du centre hospitalier du Vinatier, ou vers les hôpitaux des hospices civils de Lyon pour des consultations ou examens para cliniques. Il entre en contact avec les UCSA chargées des soins aux patients en attente d'hospitalisation.

Tous les matins, chaque cadre de santé participe à une réunion « flash » dans son unité avec le médecin de l'unité, et l'infirmier n°1 qui, avec l'infirmière de nuit, a fait le tour de l'unité au moment de la relève. Il transmet ainsi à l'équipe de jour les événements de la nuit.

4.2.1.2 Les soignants.

Les cadres de santé ont mis en place une gestion transversale des personnels. Les horaires de travail sont les suivants :

- infirmier n° 1 : 7h-19h, infirmier n° 2 : 8h-20h, infirmier de nuit 19h30-7h30 ;
- aides-soignants : 7h30-19h30 ;
- agents de service hospitaliers : 6h40-12h40 et 12h-20h.

Les infirmiers et les aides-soignants travaillent en horaires de douze heures.

4.2.1.3 Les médecins.

L'équipe médicale est constituée de trois praticiens hospitaliers psychiatres à temps plein, affectés chacun à une unité. Un quatrième poste est en attente de recrutement. Un cinquième poste, dont l'attribution n'a pas été validée par l'agence régionale de santé (ARS), permettrait d'offrir 1,7 ETP de praticien pour vingt patients, ce qui est la norme nationale.

L'un d'entre eux est plus spécifiquement chargé de l'organisation de l'UHSA. Chaque praticien prend en charge les patients d'une unité. Après la réunion « flash » matinale qui se tient quotidiennement, les praticiens rencontrent individuellement les patients, le plus souvent dans un bureau de consultation au sein de l'unité. Les praticiens assurent également des consultations au sein du pôle à la maison d'arrêt de Corbas et au centre de détention de Roanne ; ces consultations permettent aux psychiatres de varier leur expérience.

Ils assurent la continuité des soins de 8h30 à 18h30, à tour de rôle, afin de pouvoir accueillir les entrants et répondre aux situations d'urgence. Ils participent au tableau d'astreinte opérationnelle du pôle qui assure les urgences du SMPR de la maison d'arrêt de Corbas, de l'établissement pour mineur de Meyzieu et de l'UHSA.

Le poste d'assistant en médecine générale à temps plein n'est pas pourvu et, pour l'instant, les médecins du service de médecine interne de l'hôpital assurent la prise en charge somatique des patients. Bien que cette équipe soit extrêmement disponible, il a été précisé aux contrôleurs que : « cette situation n'est pas satisfaisante ».

L'interne en psychiatrie, présent au moment de la visite et qui a déjà achevé la moitié de sa formation, a précisé aux contrôleurs, ayant, antérieurement, fait un stage de six mois au SMPR, qu'il considère qu'« à l'UHSA, l'interne est plus à distance des personnels de l'administration pénitentiaire qu'au SMPR ».

4.2.1.4 Les réunions institutionnelles.

Les réunions institutionnelles sont nombreuses. Leur fréquence traduit l'importance qui est accordée par tous les partenaires au fait d'assurer une communication régulière entre les équipes :

- quotidiennement, une réunion « flash » dans chaque unité entre le cadre de santé, le praticien hospitalier et un infirmier ;
- deux fois par semaine, dans chaque unité s'effectue une « relève complète » à laquelle participent tous les soignants de l'unité et l'équipe du plateau technique (art-thérapeute, ergothérapeute, psychomotricienne, assistante sociale) ;
- trois fois par semaine, une réunion « mouvement », entre le cadre de santé de « mouvement », le praticien d'astreinte et la secrétaire pour planifier la totalité des mouvements des patients de l'UHSA ;
- quatre jours par semaine, le cadre de mouvement et le premier surveillant organisent les escortes ;
- hebdomadairement, le cadre supérieur de santé, les cadres de santé, le cadre administratif de pôle, le premier surveillant et le capitaine, se rencontrent pour évoquer les difficultés de fonctionnement de l'UHSA ;
- hebdomadairement, le cadre supérieur de santé, les cadres de santé, les praticiens hospitaliers et l'interne se rencontrent afin d'aborder les difficultés médico-administratives ;
- mensuellement, le cadre supérieur de santé réunit les cadres de santé du pôle ;
- une semaine sur deux, une réunion institutionnelle rassemble toutes les équipes, en alternance avec :
- une semaine sur deux, une synthèse clinique qui peut aborder la situation individuelle d'un patient, ou un sujet plus transversal comme « la séduction dans le lien soignant-soigné » ;
- toutes les trois semaines, en alternance : une réunion soignants-soignés⁴ ; une réunion groupe « psychose : apprendre, comprendre, traiter » avec les patients ; une réflexion menée par les soignants autour du dispositif groupal ;

⁴ A titre d'exemple, les patients ont évoqué lors d'une réunion soignants-soignés, les temps d'attente qu'ils estiment trop long avant d'avoir une réponse lors de l'utilisation de l'appel malade.

- une fois par trimestre, une réunion institutionnelle UHSA qui rassemble, le cadre supérieur de santé, les cadres de santé, les infirmiers, les aides-soignants, des agents de service hospitaliers, les médecins ;
- annuellement, une réunion de pôle qui s'est tenue le 26 avril 2012, pendant la visite des contrôleurs.

4.2.2 L'accueil et l'orientation.

Le plus souvent, les patients sont admis initialement à l'unité C qui est l'unité d'accueil et d'orientation. Cette unité fonctionne en régime portes fermées ; elle ne reçoit, en principe, que des patients de sexe masculin.

Les femmes et les jeunes mineurs sont accueillis dans l'unité B. Cette unité peut présenter des périodes dans la journée où les portes des chambres sont ouvertes. Différents groupes sont constitués en fonction de la pathologie des patients

L'unité A est l'unité qui permet une resocialisation avec préparation à la sortie. Les portes des chambres sont ouvertes à trois reprises dans la journée : de 9h30 à 10h15 et de 15h à 16h pour le premier groupe de patients, de 10h15 à 11h et de 16h à 17h pour le deuxième groupe. En soirée, certaines portes sont ouvertes pendant trente à quarante-cinq minutes. Les patients possèdent les clés de leur chambre.

Les patients dont l'état de santé nécessite des soins intensifs en chambre d'isolement sont préférentiellement admis dans la chambre d'isolement de leur unité. Si celle-ci n'est pas libre, ils peuvent être hébergés dans les chambres d'isolement des autres unités⁵. Le praticien de l'unité d'hospitalisation continue cependant à prendre en charge son patient.

4.2.3 Les soins psychiatriques

Les unités fonctionnent différemment en fonction du degré de liberté qui est accordé aux patients.

Toutefois, les soignants de l'unité C regrettent qu'aucun assouplissement du fonctionnement de l'unité ne soit envisageable en raison du refus de l'administration pénitentiaire, alors que les patients, dans le cadre de leur programme de soins pourraient parfois bénéficier d'une période portes ouvertes.

4.2.3.1 En journée.

Au cours de la journée, les patients peuvent se rendre dans les cours de promenade. La particularité architecturale de l'UHSA est qu'elle dispose de deux unités d'hospitalisation en étage et de deux cours de promenade en rez-de-chaussée, dont une en libre accès pour les patients hospitalisés à l'unité A.

⁵ Les contrôleurs ont pu observer une telle situation pendant leur visite.

Les patients des unités C et B peuvent se rendre dans les cours de promenade, matin et après-midi. Ils sont alors accompagnés, par petits groupes, par au moins deux soignants. Lorsque le groupe est inférieur à quatre patients, l'administration pénitentiaire autorise qu'ils soient laissés seuls en promenade. Au-delà de quatre patients, la présence du personnel soignant est obligatoire. Les contrôleurs ont pu observer, un matin, une femme seule en promenade qui souhaitait remonter dans sa chambre car elle avait froid et pour laquelle aucune réponse n'a été donnée durant une quinzaine de minutes.

L'interdiction de fumer est strictement respectée dans les unités d'hospitalisation. Les briquets et le tabac sont conservés dans des caisses personnelles en plastique rangées dans le bureau infirmier.

Une petite terrasse⁶ sécurisée a été aménagée à l'étage, entre l'unité C et l'unité B. Elle est interdite aux détenus particulièrement signalés (DPS). Elle est utilisée, pour fumer, par les patients de ces deux unités et par les soignants.

Les contrôleurs ont pu consulter le « cahier journalier » du mois de mars 2012 de l'unité B. Sur ce cahier sont inscrites les informations sur la présence des personnels soignants et sur l'activité que les patients ont eue dans la journée. En page de garde sont collés : la nouvelle version de la procédure de lavage des ceintures de contrainte, la note du 23 février 2012 précisant que l'utilisation des sangles en cuir est interdite, que les soignants ont à disposition une clé personnelle et unique de ces ceintures, le tableau de garde des médecins.

Les informations qui y sont consignées sont nominatives. Elles ne sont pas identiques dans les différentes unités. Durant un mois, à titre d'exemple, y sont relevés pour l'unité C :

- l'effectif journalier d'hommes, de femmes et de mineurs ;
- les parloirs : onze personnes ont bénéficié d'une visite en mars ;
- la contention : en mars elle a été utilisée à six reprises ;
- l'occupation de la chambre d'isolement : elle a été occupée vingt-cinq jours durant le mois ;
- le nombre de patients vus en consultation de médecine générale : dix-sept en mars ;
- le rasage n'est mentionné qu'à deux reprises, mais les contrôleurs ont pu observer que tous les hommes étaient rasés de près ;
- l'activité sportive des patients et leur nombre : remise en forme, basket-ball, badminton ;
- la balnéothérapie pour treize patients ;
- la vidéothèque dont trente patients ont bénéficié ;
- les consultations avec la psychologue pour vingt patients, avec la psychomotricienne pour quatre patients,

⁶ Dite cour « exutoire ».

- le lavage des effets personnels des patients par les aides-soignants pour onze personnes.

De même, pour l'unité B :

- vingt-deux consultations avec la psychologue ;
- les portes des chambres ont été ouvertes vingt jours sur trente ;
- six consultations avec le médecin généraliste ;
- cinquante-six parloirs ;
- cinquante-trois activités sportives de groupe ;
- la balnéothérapie a été utilisée à treize reprises ;
- quatre personnes ont eu un atelier esthétique,
- trente-quatre personnes sont allées à la vidéothèque ;
- vingt-huit patients ont eu leurs effets personnels lavés.

Enfin, pour l'unité A :

- trente-quatre consultations avec la psychologue ;
- six consultations externes ;
- vingt-huit parloirs ;
- six extractions judiciaires ;
- huit consultations avec le médecin généraliste ;
- dix-neuf activités thérapeutiques.

Tous les matins, au cours de la réunion « flash », sont précisées les consignes de vie : port du pyjama ou des effets personnels, autorisation uniquement de la cuillère⁷ pour les repas ou de tous les couverts, autorisation ou pas de laisser le rasoir au patient ou obligation que celui-ci soit rasé par un personnel soignant.

4.2.3.2 La nuit.

La nuit, les patients qui y sont autorisés peuvent aller fumer une dernière cigarette vers 21h.

4.2.4 Les soins somatiques.

Le poste d'assistant en médecine générale n'étant pas pourvu, la prise en charge somatique est assurée, à tour de rôle, par les praticiens en médecine interne du service somatique du centre hospitalier.

Pour tous les arrivants sont systématiquement prescrits, un bilan biologique à la recherche d'un syndrome métabolique et un électrocardiogramme.

⁷ Tous les couverts sont en plastique.

Sur l'intranet de l'hôpital, se trouvent les différents protocoles de prise en charge somatique des patients.

En 2011, les sorties de l'UHSA vers les plateaux techniques extérieurs ont été au nombre de 126 et de 87 vers le plateau technique du Vinatier.

4.2.5 Les hospitalisations pour des soins somatiques.

Les urgences somatiques sont évaluées dans le service des urgences du centre hospitalier Lyon-Sud. Lorsqu'une hospitalisation pour des soins somatiques est nécessaire, elle a lieu, le plus souvent, à l'UHSA située dans le même hôpital.

Dès que l'épisode somatique est résolu, le patient revient à l'UHSA.

Les personnels soignants de l'UHSA ne restent pas auprès du patient admis en SPDRE pendant la durée de son hospitalisation somatique, contrairement à ce qui peut s'observer pour des patients libres. Il a été précisé aux contrôleurs que « les soignants de l'UHSA ont l'habitude des patients de psychiatrie ».

5 LA GESTION DE LA VIE QUOTIDIENNE.

5.1 Le maintien des liens familiaux.

5.1.1 Les visites.

La gestion et la surveillance des parloirs sont assurées par l'agent vagemestre.

Pour les familles, les visites peuvent avoir lieu du mardi au dimanche de 14h à 17h.

Chaque tour de parloir dure 45 minutes. Quatre tours sont prévus : 14h, 15h, 16 et 17h.

Les réservations des familles pour le parloir s'effectuent par téléphone du lundi au vendredi, de 9h à 11h30.

Un registre de réservation des parloirs familles, tenu par l'agent vagemestre, mentionne quotidiennement : le numéro de cabine attribué ; le nom et le numéro d'écrou du patient ; le(s) nom(s) et prénom(s) du (des) visiteur(s) ainsi qu'un numéro de téléphone portable ; l'heure prévue du parloir.

Ce registre a été examiné par les contrôleurs pour les réservations effectuées entre le 19 avril 2011 et le 29 avril 2011 :

Réservations parloirs du 19/4/2011 au 29/4/2011

Date réservée	Parloir 1	Parloir 2	Parloir 3	Parloir hygiaphone	Parloir thérapeutique
19/4	1 visiteur	2 visiteurs	-	-	-
	2 visiteurs				

20/4	1 visiteur	2 visiteurs	-	-	-
	4 visiteurs		-	-	-
21/4	1 visiteur	1 visiteur	3 visiteurs	-	-
	1 visiteur	5 visiteurs (double parloir)	2 visiteurs		
	1 visiteur				
22/4	5 visiteurs (double parloir)	1 visiteur	1 visiteur	-	-
	1 visiteur	2 visiteurs			
	2 visiteurs	1 visiteur			
23/4	-	-	-	-	-
24/4	2 visiteurs	1 visiteur	2 visiteurs	-	-
	2 visiteurs	3 visiteurs			
	1 visiteur				
25/4	1 visiteur	2 visiteurs	1 visiteur		
	1 visiteur	3 visiteurs			
		2 visiteurs			
26/4	1 visiteur	-	-	-	-
	1 visiteur				
27/4	2 visiteurs	1 visiteur	-	-	-
28/4	2 visiteurs	5 visiteurs	2 visiteurs	-	-
	3 visiteurs	2 visiteurs			
	1 visiteur				
29/4	1 visiteur	4 visiteurs	5 visiteurs		
	1 visiteur (double parloir)	3 visiteurs	1 visiteur		
	2 visiteurs	1 visiteur			

Le registre officiel d'enregistrement des parloirs a été ouvert le 6 décembre 2010. Il renseigne, quant à lui, les informations suivantes : la date de la visite, l'heure de la visite, le nom et prénom du (des) visiteur(s), sa (leur) qualité. Une colonne « motifs ou observations » comporte soit le nom du patient visité, soit un refus de venir au parloir, etc.

En 2011, les parloirs se sont étalés sur 305 jours : 165 (dont trente-et-un les week-ends) comportaient jusqu'à trois parloirs ; 115 (dont cinquante-deux les week-ends) comportaient de quatre à six parloirs ; vingt-cinq (dont dix-neuf les week-ends) comportaient sept parloirs ou plus.

5.1.1.1 Les visites des familles.

Pour les patients condamnés, les parloirs famille peuvent avoir lieu deux fois par semaine ; pour les patients prévenus, ils peuvent avoir lieu trois fois par semaine.

Le rendez-vous n'est pas enregistré plus d'une semaine à l'avance, à cause d'un transfèrement possible.

Pour les doubles parloirs, les patients ou les visiteurs font une demande écrite au capitaine de l'UHSA. Ces demandes sont soumises à son appréciation ainsi qu'à celle du médecin du patient. En règle générale, les doubles parloirs sont accordés si le visiteur est domicilié à plus de 400 km ou si le visiteur doit effectuer un trajet d'au moins 8 heures (aller-retour).

Par la note de service 2010/532 du 14 mai 2010, le directeur de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas décrit précisément la procédure des parloirs :

- quinze minutes avant le tour du parloir, l'agent du sas procède aux contrôles de sécurité des visiteurs (contrôle contradictoire de la pièce d'identité et du permis de visite, passage sous le portique de détection, contrôle de l'éventuel sac de linge dans le tunnel à rayons X, inscription d'une marque distinctive sur la main gauche des visiteurs adultes à l'aide d'un tampon et d'une encre sympathique) ;
- les pièces d'identité sont conservées par l'agent du sas le temps du parloir ;
- l'agent du sas accompagne les visiteurs jusqu'à la salle d'attente des familles ;
- l'agent du parloir positionne les visiteurs dans les cabines et en verrouille les portes ;
- l'agent du parloir accueille les patients-détenus, effectue une fouille par palpation et les conduit jusqu'à la cabine concernée ;
- à la fin de la visite, l'agent parloir sort les patients-détenus des cabines et les place dans la salle d'attente prévue à cet effet ;
- l'agent parloir accompagne ensuite les visiteurs jusqu'à la salle d'attente qui leur est affectée ;
- pendant que l'agent parloir effectue les fouilles intégrales des patients détenus, l'agent du sas prend en charge les visiteurs, les conduit jusqu'à la PEP, vérifie par la lampe à ultraviolets la marque qui leur a été apposée à l'entrée et leur remet leur pièce d'identité ;
- après la réalisation des fouilles intégrales, l'agent parloir autorise l'agent du sas à faire sortir les visiteurs de l'établissement.

5.1.1.2 Les autres visites.

En application de la note de service 2010/530 du 14 mai 2010 signée du directeur de la maison d'arrêt de Corbas, les heures de visite pour les **avocats** sont prévues de 9h à 11h30, du lundi au vendredi. Les entretiens se déroulent dans les mêmes parloirs que les familles ou les autres visiteurs. Les contrôleurs ont cependant constaté que cet horaire pouvait être étendu, selon les circonstances et après accord du capitaine, jusqu'à 18h.

Après avoir satisfait aux consignes de sécurité, les avocats sont autorisés à entrer avec leur ordinateur portable, sous réserve du respect de la note de service 182/2010 du 16 février 2010 relative à « l'accès des ordinateurs portables des avocats ».

L'information relative à la visite d'un avocat est communiquée au partenaire santé. En cas de contre-indication médicale à la visite, l'agent du sas doit en informer immédiatement l'avocat par téléphone. Si la contre-indication médicale est postérieure à la prise du rendez-vous, c'est le médecin qui en informe l'avocat.

La note de service citée *supra* précise que « ces dispositions s'appliquent aux visites éventuelles des **visiteurs de prison** et des **aumôniers** afin de ne pas perturber l'organisation des soins au sein de l'UHSA et de s'assurer de la compatibilité de l'état de santé du patient détenu avec une visite ».

Quant à l'accès aux parloirs **d'experts** mandatés par l'autorité judiciaire, il est ainsi réglementé par la note de service 2011/113 du 31 janvier 2012 signée du directeur de la maison d'arrêt de Corbas :

« Ces personnes doivent, par principe, être orientées vers les personnels médicaux et les unités de soins. Dans l'hypothèse où le partenaire médical est dans l'incapacité d'assurer cet accueil, et par exception, il est alors possible d'organiser l'expertise dans les locaux des parloirs.

Pour des raisons de sécurité et afin de permettre une évacuation rapide de l'expert en cas d'incident, la porte de cabine de parloir côté sortie des visiteurs peut être laissée ouverte à la demande de l'expert. [...] Toutes les autres portes sont fermées et verrouillées et l'agent du parloir reste vigilant pendant toute la durée de l'entretien.

Ces modalités pratiques d'organisation peuvent aussi être mises en œuvre à l'occasion de l'utilisation du parloir dit « thérapeutique » ou lors des visites d'avocats, d'aumôniers et de visiteurs de prison, si ces personnes en font expressément la demande ».

5.1.2 Le téléphone.

Une cabine téléphonique est installée dans le couloir de chacune des unités A, B et C.

Sauf contre-indication médicale, les cabines sont accessibles tous les jours de 8h30 à 11h30 et de 14h30 à 17h30.

Seuls les patients condamnés sont autorisés à téléphoner aux membres de leur famille, à leurs proches, à leur avocat ainsi qu'à toute personne susceptible de contribuer à la préparation de leur réinsertion sociale. Les patients relevant du double statut « condamné prévenu » ont accès au téléphone aux mêmes conditions, sous réserve de l'accord de l'autorité judiciaire compétente.

Les numéros d'appel et l'identité des correspondants choisis par le patient sont transmis préalablement au responsable pénitentiaire de l'UHSA, avec les pièces justificatives aux fins d'enregistrement. Après contrôle, les numéros autorisés sont enregistrés et préprogrammés dans chaque cabine téléphonique.

Le contenu des conversations téléphoniques peut être écouté et enregistré au poste de contrôle des communications installé dans le bureau du vagemestre. L'agent assurant le contrôle des conversations téléphoniques peut être amené à interrompre la communication.

Il a été indiqué aux contrôleurs que, depuis l'ouverture de l'établissement, tous les appels sont enregistrés, hormis ceux vers les avocats et les autorités judiciaires et administratives ; autorités dont la liste figure dans le règlement intérieur de l'UHSA. Au moment du contrôle, il n'y avait pas de suppression automatique programmée de tous les enregistrements, après une certaine date.

5.1.3 Le courrier.

Les patients peuvent émettre et recevoir librement des correspondances écrites selon les dispositions applicables aux personnes incarcérées. Les courriers départ sont remis sous pli ouvert, à l'exception des courriers adressés aux avocats ainsi qu'aux autorités judiciaires et administratives.

Les correspondances sous pli fermé ainsi que les mandats sont consignés dans un registre spécifique tenu par le vaguemestre. Ce « registre des autorités » a été ouvert le 4 juin 2010 et comporte en première page la circulaire n° 79 du ministère de la Justice relative à la correspondance des détenus avec les autorités. Il renseigne : le numéro d'écrou ; la date de départ ; la désignation de l'autorité ou de la personne à laquelle le pli fermé est adressé ; d'éventuelles observations.

Les contrôleurs ont examiné les correspondances du 2 au 27 avril 2012 : treize ont été adressées à des avocats ou huissiers de justice ; neuf à des autorités judiciaires ; aucune à des autorités administratives. Il est à noter que le patient n'émarge pas ce registre : seuls les mandats reçus sont signés par lui.

Un autre registre spécifique est tenu par le vaguemestre : celui des plis recommandés envoyés par les patients. Ce registre « Recommandés UHSI/UHSA » renseigne les éléments suivants : la date de remise du courrier ; le numéro d'ordre ; l'autorité à qui elle est adressée ; le nom et numéro d'écrou du patient qui l'a écrit ; la colonne « observations » est utilisée pour l'apposition de la signature du patient.

Enfin, un cahier de liaison, ouvert le 26 avril 2010, est renseigné par le vaguemestre pour assurer un suivi des différents problèmes rencontrés à ce poste.

5.2 Les règles de vie.

5.2.1 La cantine.

Dès lors que leur compte nominatif est suffisamment approvisionné, les patients peuvent effectuer des achats en cantine. Ils remplissent le bon de cantine « spécial UHSA »⁸ ainsi que le bon de blocage correspondant et les remettent au personnel soignant de leur unité, qui fera suivre au responsable pénitentiaire de l'UHSA.

Les bons de blocage sont vérifiés tous les lundis par celui-ci et adressés par télécopie à la régie de la maison d'arrêt de Corbas. Les bons de cantines, quant à eux, sont vérifiés tous les mardis et adressés à *Eurest* par *Dynapost*.

La livraison des cantines est effectuée tous les mercredis : les sacs plastiques transparents sont contrôlés par le responsable pénitentiaire et remis au personnel soignant qui assure ensuite la distribution aux patients.

Il s'écoule en général neuf jours entre la commande et la livraison.

Le bon de commande de la cantine UHSA est remis aux patients chaque dimanche par le personnel soignant qui le récupère le lendemain avant 10h.

Il comporte quatre-vingt-sept produits :

- vingt-sept produits d'hygiène corporelle (pour homme et femme) ;
- vingt-six produits « presse » (quotidiens, hebdomadaires, jeux) ;
- douze produits de confiserie cantinables sauf contre-indication médicale ;
- douze produits pour la correspondance ;
- neuf produits « tabac » (interdits aux mineurs) ;
- un produit eau minérale.

Il est stipulé, en caractères gras, sur le bon de cantine que « Tabac, briquets et rasoirs ne vous seront pas remis en main propre car ils sont gérés par l'unité de soins ». Ces produits sont, par ailleurs, livrés dans un sachet plastique transparent différent des autres produits cantinables.

Selon les informations recueillies, toutes les réclamations ayant trait à la cantine sont systématiquement résolues.

5.2.2 L'interdiction de fumer.

Elle est stipulée clairement dans le livret d'accueil : « A l'admission, vous devez remettre le tabac, les cigarettes, les briquets et les allumettes en votre possession [...] La gestion du tabac est assurée par le personnel soignant [...] L'usage de la cigarette est uniquement toléré dans les cours extérieures ».

Malgré cette interdiction, un début d'incendie nocturne dans une chambre de l'unité B a eu lieu durant la visite des contrôleurs, entraînant l'évacuation momentanée et partielle de l'unité.

⁸ Les chambres des patients ne sont équipées ni de plaques chauffantes, ni de réfrigérateur.

Des « sorties cigarettes » sont organisées par unité :

Pour l'unité A : trois sorties (30 mn le matin, 1 heure l'après-midi, 30 mn la nuit)

Pour les unités B et C : trois sorties (30 mn le matin, 30 mn l'après-midi, 30 mn la nuit)

5.2.3 La restauration.

La restauration est assurée par la cuisine centrale du CH Le Vinatier.

Les plats et denrées sont acheminés en liaison froide de la cuisine centrale jusqu'à l'espace logistique « cuisine » de l'UHSA qui assure la préparation des chariots de distribution de chaque unité ; ces chariots comportent une partie chaude et une partie réfrigérée. Trois ASH au minimum sont présents dans cet espace logistique.

La zone, accessible à partir du sas donnant accès à la zone de soins, est composée d'un couloir de circulation en L desservant successivement :

- un local de 11 m² pour le ménage ;
- un local de 21 m² pour le stockage de chariots passe-partout ;
- un local de 10 m² pour le stockage du linge sale des patients ;
- un local de 21 m² pour l'entreposage des containers de poubelles ;
- la zone « office restauration » proprement dite composée elle-même d'une salle « office » de 45 m² et d'un espace « office sale » de 20 m².

Le directeur de l'établissement dans son courrier du 10 décembre 2012 précise : « Le sas de livraison dessert des locaux différenciés pour la réception des denrées alimentaires et le linge. Les denrées alimentaires arrivent systématiquement en conteneur fermé et scellé, ce qui est conforme aux bonnes pratiques en matière de restauration collective et exclut tout risque de contamination ».

La préparation des repas pour chaque patient est effectuée à l'office ; les armoires et cuves réfrigérées sont équipées d'indicateurs de température permettant la traçabilité de la chaîne du froid. Trois chariots à plateaux et trois chariots pour le petit-déjeuner y sont entreposés. Les chariots sont acheminés aux unités situées à l'étage par les ascenseurs.

Lors du contrôle, les services vétérinaires n'étaient pas encore intervenus dans cet espace, depuis l'ouverture de l'UHSA.

Les horaires de distribution des repas sont : 8h pour le petit-déjeuner ; 12h-12h30 pour le déjeuner ; 16h pour le sirop ; 18h30 pour le dîner ; 21h pour la tisane.

Un plateau repas nominatif est donné à chaque patient à l'entrée de sa chambre, en présence du personnel soignant et de l'ASH affecté à la cuisine. Tous les couverts distribués doivent être rendus lorsque le plateau repas est desservi.

Il n'existe pas de menus spécifiques à l'UHSA. Cependant, la diététicienne peut aménager des repas en fonction des besoins exprimés à son arrivée par le patient ou des besoins de l'unité.

Le 27 avril 2012, dix-neuf déjeuners ont été distribués dans l'unité B :

- six repas normaux ;

- un repas normal avec supplément ;
- un repas normal diététique ;
- cinq repas sans porc ;
- un repas sans porc pauvre en cholestérol ;
- quatre repas sans viande ;
- un repas diabétique ;

Le nombre de barquettes individuelles non consommées n'est pas relevé.

Il n'est pas effectué non plus d'enquêtes spécifiques de satisfaction à l'UHSA sur la nourriture. Cependant, une enquête de satisfaction sur les repas très détaillée est diligentée quotidiennement au niveau du CH Le Vinatier. Ces évaluations sont complétées par une enquête de satisfaction portant sur l'ensemble de l'année.

Pour 2011, voici les principales opinions émises par les trente-huit patients interrogés (treize hommes et vingt-cinq femmes) dans douze unités de soins de l'hôpital :

Présentation des plats :	6,84/10
Quantité servie :	7,14/10
Goût des plats :	6,77/10
Horaire des repas :	8,18/10
Temps de service des repas :	7,68/10
Température des plats servis :	8,29/10
Qualité du service :	7,84/10
Respect du régime alimentaire :	8,80/10
Qualité globale du repas :	8,26/10

Selon le département Qualité et Sécurité du CH Le Vinatier à l'origine de ces évaluations, « La qualité de la prestation a progressé en 2011 : la qualité globale était de 6,88 en 2010 ; elle est de 8,26 cette année ».

L'espace logistique réservé à la mise en chauffe des chariots comprend également les sacs de linge sale des patients.

5.2.4 La discipline.

5.2.4.1 Les incidents.

Depuis sa mise en service, le 18 mai 2010, l'UHSA a été confrontée à plusieurs incidents graves :

- le 14 janvier 2011, un patient-détenu a été retrouvé pendu à un morceau de drap accroché à une charnière de la porte du placard de sa chambre. Admis en réanimation à l'hôpital Edouard Herriot, l'intéressé devait finalement décéder le 21 janvier 2011 ;
- le 8 avril 2011, un patient-détenu a été découvert pendu avec un drap accroché sur le haut de la porte du cabinet de toilette ; il n'a pu être réanimé ;
- le 29 avril 2011, un patient-détenu, affecté depuis la veille en chambre d'isolement, a tenté d'étrangler une infirmière en la saisissant violemment au niveau du cou ;
- un trousseau de clefs « personnels soignants » a été temporairement perdu dans la nuit du 5 au 6 janvier 2011 ;
- un patient-détenu a volontairement mis le feu dans sa chambre dans la nuit du 25 au 26 avril 2012⁹ à l'aide d'un briquet qu'il avait dissimulé. Il a été nécessaire d'évacuer l'ensemble de l'unité B sur une cour de promenade vers 23h. Un surveillant et deux soignants ont inhalé de la fumée ; ils ont été hospitalisés sous masque à oxygène pendant plusieurs heures.

Les personnes détenues hospitalisées à l'UHSA sont soumises au régime disciplinaire des établissements pénitentiaires dès lors qu'elles se trouvent sous la surveillance des fonctionnaires pénitentiaires. Tout incident de nature disciplinaire doit être porté à la connaissance du directeur du centre hospitalier du Vinatier par le directeur de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas. L'opportunité des poursuites appartient à ce dernier. Elles ne pourront toutefois être engagées qu'une fois que la personne détenue sera sortie de l'UHSA. Toutefois, aucune sanction disciplinaire ne peut être prononcée par la commission de discipline plus d'un mois après les faits.

Selon le personnel pénitentiaire, les incidents seraient peu fréquents. Aucun fonctionnaire pénitentiaire n'a été agressé par un patient détenu, exception faite d'un surveillant victime d'un crachat au moment d'un transfert au départ du centre pénitentiaire de Saint-Quentin Fallavier.

Aucun compte-rendu d'incident n'a été adressé au directeur de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas.

5.2.4.2 Les demandes de prêt de main forte.

En l'absence de tout incident, le personnel pénitentiaire ne pénètre pas dans les unités de soins.

En cas d'incident majeur, mettant en danger les personnes ou les biens, ou en cas de tentative d'évasion, le personnel pénitentiaire peut intervenir dans les unités de soins afin de mettre un terme à l'incident. L'intervention du personnel de surveillance est fondée sur l'alarme déclenchée par le personnel soignant (situation d'urgence) ou sur une réquisition écrite du directeur du centre hospitalier du Vinatier adressé au directeur de la maison d'arrêt (situation de moindre urgence).

⁹ Pendant la visite des contrôleurs

Le protocole d'intervention prévoit différentes hypothèses d'intervention du personnel pénitentiaire :

- agression d'un membre du personnel ;
- intrusion ;
- évasion ;
- survol stationnaire de l'UHSA par un aéronef ;
- mouvement collectif ;
- prise d'otage ;
- incendie ;
- refus d'un patient détenu d'intégrer ou de quitter un local (inertie, personne retranchée).

Plusieurs niveaux d'alarme ont été définis :

Niveau 1 : L'incident est résolu par le personnel soignant disponible au sein de l'unité ;

Niveau 2 : L'incident nécessite l'intervention en renfort de tout le personnel soignant disponible à l'UHSA ;

Niveau 3 : L'incident nécessite l'intervention du personnel pénitentiaire à la suite d'une « réquisition » du personnel soignant. Le personnel pénitentiaire se substitue au personnel soignant pour mettre fin à l'incident. Le personnel soignant se met en retrait du règlement de l'incident.

Toutes les demandes de prêt de main forte sont consignées par écrit sur un imprimé spécifique.

Les contrôleurs ont examiné toutes les demandes de prêt de main forte contenues dans un classeur pour la période du 29 mai 2010 au 23 avril 2012. Ils ont observé que, sur cette période, il avait été fait appel 113 fois au personnel pénitentiaire. Les motifs de réquisition étaient les suivants :

- mise sous contention : 58 patients ;
- suspicion de possession d'un objet prohibé : 25 patients ;
- patient agité : 23 reprises ;
- refus de réintégration en chambre : 6 patients ;
- une intervention suite à un incendie.

5.2.4.3 Les fouilles.

Les fouilles intégrales des patients détenus ne sont pas systématiques.

Avant son transfert vers l'UHSA, la personne détenue subit une fouille intégrale. A son arrivée, une fouille de « lever de doute » peut être effectuée à l'initiative du gradé pénitentiaire ou à la demande du personnel de santé. Une note de service interne du 18 mai 2010 précise que « cette mesure de sécurité complémentaire n'est pas obligatoire et doit être réalisée en cas de nécessité uniquement et en concertation avec le personnel de santé ».

En cas de transfert vers un plateau technique, le personnel pénitentiaire peut procéder à la fouille intégrale du patient-détenu « en concertation avec le personnel soignant ».

Tous les patients-détenus subissent une fouille par palpation avant les parloirs et une fouille intégrale après la visite.

En accord avec le personnel soignant, des fouilles de chambres sont effectuées en fonction de la personnalité des patients. La fouille de la chambre entraîne systématiquement la fouille intégrale de l'occupant ; celle-ci est effectuée, soit dans la chambre, soit dans le local de fouille situé près du greffe.

Les fouilles intégrales sont répertoriées dans un registre. Les contrôleurs ont examiné ce document sur la période du 24 juillet 2011 au 20 avril 2012. Il s'avère que vingt-trois fouilles intégrales ont été réalisées au cours de cette période ; toutes ces fouilles ont été réalisées exclusivement à l'occasion d'un contrôle de la chambre.

Quatre portiques de détection de masses métalliques sont installés à l'UHSA : un au niveau du sas d'entrée, les trois autres dans les couloirs ; ils sont destinés au personnel soignant. Il a été affirmé aux contrôleurs que ces appareils, achetés sur les crédits de l'hôpital, n'étaient jamais utilisés. Il en va de même des détecteurs de métaux mis à la disposition des soignants. Le directeur de l'établissement précise, dans son courrier du 10 décembre 2012 : « les portiques de sécurité sont destinés au contrôle des patients avant et après sortie dans les cours. Ils ont été installés à la demande des soignants afin d'éviter de devoir procéder à des fouilles corporelles, qui ne relèvent pas de leur mission ».

Une fouille générale a été réalisée avant l'ouverture de l'UHSA.

Une fouille sectorielle a été effectuée sur l'unité B à la suite de la disparition d'un couteau appartenant à un membre du personnel soignant.

5.2.4.4 Les moyens de contrainte.

A l'occasion des extractions médicales, des transferts et des présentations devant le juge des libertés et de la détention (JLD), le personnel pénitentiaire peut être amené à utiliser des moyens de contrainte.

Une note de service interne du 21 juin 2011 harmonise, à cet égard, les pratiques pour les trois sites : l'UHSI, l'UHSA et la maison d'arrêt de Lyon-Corbas.

Un imprimé intitulé « fiche de suivi d'une extraction médicale (ou d'un transfert) » est systématiquement complété par le premier surveillant de l'UHSA. Les moyens de contrainte proposés sont validés par le capitaine responsable de la structure en tenant compte de la dangerosité du patient-détenu, de son âge, de son éventuel handicap. Une escorte de police renforce l'escorte pénitentiaire si le détenu est classé au répertoire des détenus particulièrement signalés (DPS).

Les contrôleurs se sont fait communiquer les dix dernières fiches de transferts et d'extractions.

Sur les dix derniers transferts, toutes les personnes détenues ont été menottées ; cinq d'entre-elles se sont vu imposer, en plus, le port d'entraves.

Sur les dix dernières extractions médicales, cinq personnes ont été menottées ; deux se sont vu également imposer le port d'entraves.

Les contrôleurs ont constaté, lors de l'examen du registre des demandes de prêt de main forte, qu'un patient-détenu avait été menotté par le personnel pénitentiaire lors d'une intervention. Cet épisode est rarissime car le patient est généralement contenu par le personnel soignant.

A cette occasion, ils ont constaté qu'il n'existait pas de consignes particulières concernant l'emploi des moyens de contention par le personnel pénitentiaire à l'intérieur des unités de soins. Il n'existe aucun imprimé et il n'est pas prévu d'en informer immédiatement la direction interrégionale des services pénitentiaires.

5.2.4.5 L'usage des armes par le personnel pénitentiaire.

Les personnels de l'UHSA sont armés à l'intérieur de l'unité pour en assurer la protection périphérique et empêcher les évasions et les intrusions. Ils sont également armés lorsqu'ils assurent l'escorte d'une extraction ou d'un transfert pour empêcher l'évasion du détenu concerné et assurer sa sécurité.

A la différence de la réglementation en vigueur dans les établissements pénitentiaires concernant les évasions, les fonctionnaires pénitentiaires de l'UHSA ne peuvent utiliser les armes létales à leur disposition qu'en cas de légitime défense.

5.3 Les activités.

Les activités organisées sont différentes selon les unités, l'état des patients hospitalisés présentant des degrés inégaux de gravité

Les patients de l'unité C, où sont placés les arrivants dont l'état est le plus grave, se voient appliquer un cadre très strict. Au début, en observation pendant au moins trois jours, ils n'ont pas accès aux activités. Le protocole d'admission prévoit que les patients soient vêtus, le premier jour, d'un pyjama. L'arrivant et ses vêtements sont fouillés afin de récupérer, comme en prison, d'éventuelles lames ou armes, mais aussi, pour des considérations d'ordre sanitaire, les produits médicamenteux ou stupéfiants, comme à l'hôpital. Cette fouille est particulièrement attentive à l'égard des patients suicidaires auxquels on retire également lacets, ceintures, cordons. Un inventaire contradictoire est rédigé et signé avec le patient (s'il est en état de le faire). Pendant ce délai, si les vêtements ne sont pas propres, ils sont lavés par les soignants. Au terme des vingt-quatre heures d'observation, les vêtements sont restitués au patient, même s'il est en crise aiguë. S'il ne possède pas suffisamment de vêtements, un petit paquetage lui est fourni. Il comporte trois pantalons, trois tee-shirts et trois caleçons.

Dans les unités B et A, les patients admis présentent un état psychique plus stabilisé.

Les activités sont organisées progressivement à partir du 2ème ou du 4ème jour.

Pour l'unité C, qui fonctionne en régime ouvert, il s'agit d'abord de sorties seul afin d'apprécier les capacités du patient à s'intégrer dans un groupe, au rythme de trois sorties d'un quart d'heure avec accès à la cour de promenade.

5.3.1 Les activités occupationnelles.

5.3.1.1 La promenade.

Après la période initiale d'observation, les patients des unités de l'étage peuvent sortir dans la cour du rez-de-chaussée, une heure trente le matin et une heure trente l'après-midi.

L'administration pénitentiaire autorise que six patients au maximum puissent être présents ensemble dans la cour de promenade. S'ils sont plus nombreux, ils doivent être obligatoirement accompagnés de soignants.

S'agissant de « sorties cigarettes », la durée est limitée à trois fois une demi-heure et une traçabilité des briquets est observée. Certains patients sortent, finalement, parfois moins qu'en prison ou en centre hospitalier.

5.3.1.2 La bibliothèque.

La bibliothèque-médiathèque est installée dans une pièce de 30,20 m² équipée de deux armoires de rangement pour les livres, un meuble sécurisé pour le matériel télévisuel, deux armoires informatiques antivols, deux chaises dactylo, dix chauffeuses, une table basse et deux poubelles.

Elle est alimentée par beaucoup de dons. Elle compte de nombreux livres, encyclopédies et revues que les patients peuvent lire sur place ou emprunter. Les patients peuvent y venir, soit en groupe, soit individuellement.

5.3.1.3 Les autres activités.

Elles sont organisées au libre choix des soignants mais les patients sont incités à y participer.

Deux projections cinématographiques sont organisées pour les trois unités, une le samedi et une le dimanche.

Pour les parloirs qui ont lieu le samedi et le dimanche, les patients ont la possibilité de confectionner des gâteaux d'anniversaire et de les apporter aux parents qui leur rendent visite.

Les patients ont à leur disposition des tables de ping-pong au plateau sportif auquel ils peuvent accéder, en semaine avec un moniteur de sport et, en week-end, par petits groupes.

Une salle de musculation est située à l'unité C mais ouverte aux trois unités pour une activité individuelle accompagnée, à raison d'un ou deux patients, avec le moniteur sportif.

Le journal local *Le Progrès* est distribué gratuitement à chaque patient tous les jours.

Les patients ne sont pas autorisés se rendre à la cafétéria du centre hospitalier.

5.3.2 Les activités thérapeutiques.

Les patients peuvent accéder aux activités thérapeutiques uniquement sur indication médicale, ce qui concerne 70 % des patients.

Les activités suivantes sont proposées :

1. atelier médicaments : il accueille des patients relativement « stabilisés » des trois unités. C'est un groupe fermé dont chaque session comprend quatre séances. L'atelier est animé par deux médecins. Y sont abordés successivement : la classification des médicaments, les neuroleptiques, les antidépresseurs et thymorégulateurs, les anxiolytiques et les traitements de substitution. Le nombre de patients peut varier de six à neuf ;
2. ergothérapie : atelier dirigé par une éducatrice spécialisée les lundis et mardis après-midi à partir de 15h ;
3. art-thérapie : consiste à travailler la terre, effectuer des dessins et autres arts plastiques, mais également, des activités d'expression corporelle ; le groupe est semi-ouvert et accueille environ cinq patients qui sont inscrits sur prescription médicale. D'une durée d'environ 1h30, il se réunit une fois par semaine. Il est uniquement proposé aux patients des unités B et A ;
4. relaxation : groupes de six pour l'unité A, moins importants pour les unités B et C ;
5. buanderie : occupation thérapeutique, le plus souvent individuelle, dans une pièce comportant deux machines à laver le linge, une machine pour sécher le linge, deux tables à repasser, deux pendoirs à linge, un évier à deux bacs et des meubles hauts et bas ;
6. activités psychomotrices : la psychomotricienne effectue initialement un bilan d'évaluation, puis les patients peuvent, seuls ou en groupe, travailler la relaxation, le rythme, la respiration, les danses africaines. Le local est équipé d'un lit de relaxation, cinq oreillers, plusieurs ballons gonflables de différentes tailles et couleurs, deux fauteuils de relaxation, d'armoires, un évier, deux barres murales et deux barres d'appui pour la danse, le tout baignant dans une musique d'ambiance. Les fenêtres sont protégées par des barreaux décorés de cercles de diverses couleurs.

Le groupe « conscience corporelle » a lieu une fois par semaine sur quatre semaines. Le nombre de patients ne peut excéder cinq. Le groupe est toujours accompagné d'un soignant du service. Les objectifs sont : l'écoute du corps, la compréhension du corps, le travail sur la représentation du corps, le travail sur l'enveloppe corporelle, le travail relationnel et la revalorisation ;

7. musique et dessin : se déroulent en groupes de quatre patients au maximum accompagnés d'un ou deux soignants ou en séances individuelles ;
8. moment sportif : deux demi-journées pour chaque unité en groupe ou en individuel, activité qui concerne 60 % des patients ;
9. le groupe de « photo-langage », est semi-ouvert, il accueille cinq patients de toutes les unités. Il est présenté comme un temps hebdomadaire spécifique

- favorisant les échanges spontanés, des photos sont mises à disposition des patients en début de séance, le thème est suscité par le choix d'une question ;
10. groupe repas pour les unités A et B : les patients ont chacun leur plateau ; ils n'ont pas à préparer les repas mais partagent un repas collectif qu'ils prennent à quatre avec deux soignants ; un groupe cuisine pour l'unité C : il s'agit d'un groupe ouvert composé de deux soignants et trois ou quatre patients qui établissent la liste des courses la veille et les ingrédients sont achetés entre 12h et 14h, le jour même, par le cadre de santé ;
 11. groupes thérapeutiques spécifiques : ils se déroulent une ou deux fois par semaine, en groupe ou en individuel, avec des intervenants spécialistes des différentes pathologies mentales. Les sessions durent quatre semaines ;
 12. éducation : à raison de deux demi-journées par semaine, il s'agit d'activités transversales, les trois unités étant regroupées et divers thèmes y étant abordés ;
 13. temporalité : permet de préparer le passage de la vie à l'intérieur de l'établissement à la vie à l'extérieur, décorations de Noël, lecture du journal, consommation de café et de crêpes... ;
 14. image de soi, vêtue (l'établissement dispose d'un stock de vêtements donnés par l'Armée du salut ou le Secours populaire) ; ils peuvent être essayés par les patients qui ont la possibilité de les prendre et de les emporter à l'extérieur et qui peuvent recevoir des vêtements adaptés à la situation lorsqu'ils sont convoqués, pour une audition judiciaire, par exemple ;
 15. écriture, slam, chansons avec des infirmiers ou des aides-soignants ;
 16. bain thérapeutique et hygiène : activité proposée aux trois unités. La propreté étant une question essentiellement individuelle, une aide-soignante de nuit et un accessoiriste opérateur ont la possibilité d'apporter aux patients qui le demandent un accompagnement au rasage, à la coupe des ongles, à la coiffure (coupe des cheveux) et au brushing. Le bain peut être soit thérapeutique, sur prescription médicale, soit demandé par le patient lui-même à sa convenance. Par ailleurs, s'il n'existe pas de cantine pour des vêtements ou pour de la nourriture qui permettrait de se confectionner des repas, le patient peut se procurer des produits d'hygiène, du linge, des produits de toilette, des rasoirs ou des serviettes hygiéniques ;
 17. école : pour les patients de moins de 16 ans, des cours sont donnés, une fois par semaine au parloir. Il est également possible de faire appel au groupement national d'enseignement aux personnes incarcérées (GENEPI) ;
 18. éducation à la santé : une diététicienne assure une formation à la santé alimentaire pour les patients et un médecin anime, sur un cycle d'un mois, un groupe d'éducation à la santé consacré à la familiarisation des patients à la schizophrénie grâce à des témoignages de patients ;

19. groupes de parole : organisés, une fois par semaine, pour les patients de l'unité C, par groupes pouvant aller jusqu'à quinze personnes, à la bibliothèque. Les patients y participent volontairement. Ces groupes sont animés par un psychologue, un cadre de santé et un médecin. On y parle de la vie en collectivité et de ses difficultés.

Le planning des salles d'activités est le suivant :

	Lundi	mardi		mercredi		Jeudi		vendredi	
	AM	matin	AM	matin	AM	matin	AM	matin	AM
Salle multi média		10h-11h Groupe médicaments	Groupe PACT		Photo langage		Groupe PACT		
Salle d'ergothérapie	Temporalité			10h30-12h Art plastique	15h30-17h Art plastique		14h-16h Art plastique		15h30/16h30 Stimulation cognitive
Salle psychomotricité	15h-17h Relaxation	11h-12h Expression Corporelle Unités B et C	Groupe estime de soi		15h30-16h30 Danse africaine	11h-12h acrogym	Groupe sport	10h-12h Unité A	
Salle de réunion	Art Thérapie					11h/12h Cognition sociale			16h-17h Groupe sentir
Salle de sport		Activité	Activité			Activité	Activité	Activité	Activité

5.4 Le suivi social et d'insertion du patient.

Le suivi social des patients est assuré par le SPIP, en liaison avec l'assistante sociale de l'établissement, selon des modalités définies en septembre 2011.

C'est le SPIP de la prison de Corbas (deux CIP) qui exerce la mission de référent pour les patients de l'UHSA et tient à jour des fiches concernant les patients-détenus. Des échanges d'informations existent entre les deux services mais des difficultés sont rencontrées. Les dossiers de la maison d'arrêt de Corbas peuvent être incomplets et manquer d'informations sur le dernier séjour du patient ; pour les patients venant d'autres établissements, il n'est pas rare que le dossier ne soit pas transmis. L'UHSA doit donc réclamer, par télécopie, la communication de la fiche de liaison à l'établissement d'origine, ce qui demande un délai minimum de trois jours et l'assistante sociale doit fréquemment faire des relances pour obtenir cette fiche.

A l'arrivée, l'UHSA dispose des fiches pénitentiaire, pénale et de la fiche du SPIP. A la demande de l'UHSA, une nouvelle fiche peut être établie dans un délai d'une semaine. L'assistante sociale vérifie que l'établissement possède bien tous les documents qui lui sont nécessaires et, au besoin, elle les réclame. L'échange est permanent et permet un retour sur ce qui a été fait, éventuellement, en matière d'allocation pour adulte handicapé (AAH), de sauvegarde de justice, d'exonération du ticket modérateur, de contacts avec le curateur ou le tuteur, etc.

Le CIP étudie également le dossier du patient hospitalisé afin d'instruire un aménagement de peine ou des permissions de sortir. Parfois, il accompagne le patient, à la demande du juge de l'application des peines (JAP), pour préparer la sortie. L'assistante sociale organise ces accompagnements.

Le SPIP organise trois réunions par an (janvier, juin et décembre) avec l'établissement et a signé avec lui un protocole organisant leur collaboration.

La situation est plus compliquée avec la PJJ « qui a du mal à lâcher ses ouailles ». Une réunion a lieu à l'arrivée du patient et une autre à sa sortie. Les représentants de l'UHSA souhaiteraient une amélioration de cette situation et, en particulier, qu'un protocole puisse être signé. La PJJ veut se réserver les relations avec les familles des patients mineurs, ce qui ne facilite pas l'organisation de leur prise en charge par l'UHSA.

Des chevauchements existent entre l'action du SPIP et celle de l'assistante sociale quant aux liens avec les familles. Le SPIP a une mission davantage de caractère juridique relative à l'instruction des demandes d'aménagement de peines et d'avis à propos des permissions de sortir et, de plus, il n'est pas présent à l'UHSA. Mais l'assistante sociale a des liens avec le SPIP à propos des demandes des détenus présentées en commission d'application des peines, pour les permissions de sortir et pour les aménagements de peines.

5.5 L'aménagement de peines.

Les contrôleurs se sont entretenus avec le JAP. Celui-ci pensait que de nombreuses demandes d'aménagement de peines seraient faites. Or, depuis deux ans, il n'y en a eu que très peu. Sur les deux demandes effectuées, une seule a abouti.

Cette situation peut s'expliquer par la durée relativement brève de séjour à l'UHSA au regard des délais de procédure et des sorties fréquentes avec retour à l'établissement pénitentiaire d'origine.

Il pourrait, en principe, y avoir des patients placés sous bracelet électronique ou en semi-liberté mais la durée des séjours à l'UHSA est trop courte pour que cela se produise ; il n'y a eu aucune libération conditionnelle.

5.6 La mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011

Les juges de la liberté et de la détention (JLD) compétents pour les dossiers de l'hôpital du Vinatier (et non pour la seule UHSA) sont au nombre de deux, chacun assurant une audience par semaine au sein même de l'hôpital. Les contrôleurs ont assisté à une partie de l'audience du JLD dont le rôle comportait dix-sept dossiers et qui, commencée à 9h45, pouvait durer jusqu'à 17h. Les personnes convoquées étaient accompagnées jusqu'à la salle d'audience.

Les patients-détenus sont rarement accompagnés des soignants, et sont amenés par une escorte pénitentiaire. Ils sont présentés menottés et parfois entravés à la salle d'audience. Au moment de l'audience les menottes et entraves sont toujours retirées. Les recours des patients hospitalisés à l'UHSA sont exceptionnels.

Le juge leur demandait d'expliquer leur demande et les laissait développer très librement leurs arguments de manière très complète (mais souvent très confuse) et faisait preuve d'une

grande patience et de beaucoup de pédagogie pour faire comprendre aux patients les éléments de leur situation, de la procédure (notamment de son propre rôle) et le raisonnement qui le guidait dans sa prise de décision. Celle-ci était communiquée immédiatement à l'intéressé qui était invité à signer alors les pièces de la procédure et de la décision, le juge précisant bien que le patient pouvait ne pas le faire. Une personne a refusé de signer pour marquer sa désapprobation concernant la décision prise, pensant visiblement, malgré les explications détaillées qui lui étaient fournies, que cela jouerait en sa faveur. Certains patients étaient assistés par des avocats le plus souvent commis d'office ayant pris connaissance du dossier en arrivant à l'audience. Leur intervention a paru peu contributive au débat.

Certains admissions en SPDRE de patients détenus ont été levées en raison de vices de forme. Cette situation préoccupe fortement les psychiatres soignants, d'autant que, dès lors, une sortie vers la prison de Corbas doit être organisée (cf. § 3.1.1.1).

5.7 L'accès aux droits.

A l'UHSA aucun point d'accès au droit (PAD) n'est à la disposition des patients hospitalisés.

5.7.1 Les avocats.

Les modalités de visite des avocats sont précisées par une note de service du directeur de la maison d'arrêt de Corbas (cf. § 5.1.1.2).

5.7.2 L'accès à l'exercice d'un culte.

Les patients peuvent faire appel à un aumônier de leur choix dans le cadre de la procédure des parloirs (cf. § 5.1.1.2).

5.7.3 Le droit de vote.

Selon les informations recueillies, aucun patient n'a voté lors du premier tour de l'élection présidentielle de 2012.

6 LE RETOUR VERS L'ETABLISSEMENT D'ORIGINE.

6.1 L'aspect médical.

La décision de sortie de l'UHSA est prise par l'équipe soignante. Elle peut avoir lieu vers l'établissement d'origine, la maison d'arrêt de Corbas, une unité pour malades difficiles, ou le milieu libre.

La préparation de la sortie sera assurée :

- sur le plan médical, par le psychiatre qui se met en rapport avec le psychiatre traitant, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un compte rendu d'hospitalisation qui lui sera adressé ou sera remis à l'escorte pénitentiaire ;
- sur le plan social, par l'assistante sociale de l'UHSA.

Au cours des quatre premiers mois de l'année 2012, quatre-vingt-neuf patients sont sortis de l'UHSA :

- vingt-deux vers la maison d'arrêt (MA) de Corbas ;
- quinze vers la MA de Bourg-en-Bresse
- six vers le CD de Roanne
- quatre vers la MA de Dijon
- quatre vers la MA de Saint-Etienne ;
- quatre vers le CP de Moulins-Yzeure ;
- quatre vers d'autres établissements, sans autres précisions ;
- cinq pour la MA de Bonneville ;
- deux pour l'établissement pour mineurs de Meyzieu ;
- deux vers la MA de Riom ;
- deux vers la MA de Montbéliard
- deux vers le SMPR de la maison d'arrêt de Corbas ;
- deux vers le CP de Saint-Quentin Fallavier ;
- trois vers le CP de Varennes-le-Grand ;
- un pour le CP d'Aiton ;
- un pour la MA de Villefranche-sur-Saône ;
- un vers la MA de Valence ;
- un pour la MA d'Aurillac ;
- un pour la MA de Privas ;
- une personne a été extradée ;
- une a été hospitalisée pour une pathologie somatique à l'UHSA Lyon ;
- quatre ont été libérées en fin de peine et transférées en établissement de soins.

En 2011, 239 patients sont retournés vers leur établissement d'origine.

Il n'a pas été fait état de difficultés particulières lors de la sortie d'hospitalisation des patients.

6.2 L'aspect pénitentiaire.

Après signification de la levée d'écrou, le patient se voit remettre son paquetage, son dossier pénal, son ou ses permis de visite.

Il est transféré vers son établissement d'origine, avec ou sans entraves, selon l'avis du capitaine de l'UHSA. Le transport s'effectue en véhicule pénitentiaire.

7 LES RELATIONS INSTITUTIONNELLES ET PROFESSIONNELLES ENTRE LES EQUIPES DE SOINS ET PENITENTIAIRES.

La mise en service de cette nouvelle entité a été minutieusement préparée. En 2009, sept réunions préparatoires se sont tenues, sept jusqu'en avril 2010, un mois avant l'ouverture de la première unité, puis six entre juin et septembre 2011.

Des protocoles précis régissent les relations entre personnels soignants et fonctionnaires pénitentiaires. Les domaines de compétence sont clairement définis. Des formations communes ont été dispensées, même s'il convient de regretter que les stages de plein exercice programmés n'aient pu effectivement se mettre en place.

De nombreux protocoles ont été rédigés pendant cette phase préparatoire. Ils sont à disposition sur le serveur intranet de l'hôpital.

L'ouverture de l'UHSA n'a pas donné lieu au « choc des cultures » tant redouté. Les contrôleurs ont constaté le souci de chacun de respecter l'autre dans son domaine et ses attributions. Des réunions communes de « débriefing » sont organisées après chaque incident. Aucune tension n'est perceptible entre personnels soignants et fonctionnaires pénitentiaires, bien au contraire.

Cette collaboration réussie entre l'hôpital et la prison à l'UHSA de Lyon doit constituer un exemple à suivre pour les autres unités en phase de construction ou de mise en service.

8 CONCLUSION

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

Observation n° 1 : Les praticiens hospitaliers exercent dans différents sites du pôle. Cette mesure remarquable évite l'usure pouvant survenir au cours d'un exercice dans un milieu strictement fermé et sécuritaire (cf. § 2.2.2.1).

Observation n° 2 : Il serait souhaitable qu'un abri spécifiquement destiné aux familles des patients détenus soit construit près de la porte de l'UHSA (cf. § 2.2.1.1).

Observation n° 3 : L'administration hospitalière doit rester particulièrement vigilante afin que les effectifs médicaux soient pourvus en totalité (cf. § 2.2.2.2).

Observation n° 4 : Il est regrettable que les stages de plein exercice réciproques personnel pénitentiaire/personnel soignant programmés n'aient pu être réalisés faute d'effectifs disponibles (cf. § 2.2.3).

Observation n° 5 : Les patients en attente de décision d'irresponsabilité pénale ne devraient pas être maintenus à l'UHSA, mais admis dans une unité adaptée à l'accueil et aux soins de ces pathologies (cf. § 2.2.4).

Observation n° 6 : Lors des hospitalisations en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat pour un patient en provenance d'un établissement pénitentiaire ou hospitalier dépendant d'une autre ARS que l'ARS Rhône-Alpes, l'attention de ces ARS doit être tout particulièrement attirée sur la nécessité de limiter au strict minimum les délais d'attente pour l'admission à l'UHSA (cf. § 3.1.1.1).

Observation n° 7 : L'article L. 3214-2 du code de santé publique devrait être modifié afin que l'avis du psychiatre traitant (intervenant dans l'établissement pénitentiaire d'origine du patient) ne soit pas obligatoire dans la procédure d'hospitalisation sans consentement (cf. § 3.1.1.1).

Observation n° 8 : L'article L.3214-2 du code de santé publique devrait être également modifié afin que le retour en détention ne soit pas la seule possibilité offerte par la loi lors d'une levée de SDRE lorsque le patient consent à des soins libres (cf. § 3.1.1.1).

Observation n° 9 : Les textes de loi concernant l'autorité donnant le consentement à la décision d'admission d'un mineur à l'UHSA doivent être précisés afin de ne pas ralentir l'accès aux soins des jeunes patients (cf. § 3.1.1.3).

Observation n° 10 : Il est surprenant que, dans cette structure moderne, il n'existe aucun moyen d'identification biométrique de la population pénale (cf. § 3.1.2).

Observation n° 11 : L'UHSA devrait être dotée d'un cahier électronique de liaison (CEL) afin que les observations faites par le personnel pénitentiaire puissent être diffusées à l'ensemble du personnel en tenue mais aussi aux soignants (cf. § 3.2.1).

Observation n° 12 : Les registres de la loi sont particulièrement mal renseignés. Une personne spécialement formée à cette tâche et particulièrement attentive au respect des règles devrait être affectée à ce poste (cf. § 3.4.1).

Observation n° 13 : Les modalités de mise ne place des audiences du JLD au centre hospitalier Le Vinatier sont particulièrement remarquables. Elles évitent un transport et un accueil dans un lieu public pouvant être traumatisant pour les patients psychiquement fragiles. (cf. § 3.4.3).

Observation n° 14 : Le recrutement d'un praticien en médecine générale doit être activement recherché afin d'assurer la présence d'un médecin généraliste au sein de l'UHSA (cf. § 4.2.4).

Observation n° 15 : L'espace de mise en chauffe des repas et de stockage de linge sale des patients devraient être distincts (cf. § 5.2.3).

Observation n° 16 : Il a été observé que les demandes de prêt de main forte adressées aux fonctionnaires pénitentiaires étaient extrêmement fréquentes : 113 fois pour la période du 29 mai 2010 au 23 avril 2012. Le personnel soignant devrait apprendre à gérer les incidents sans faire appel quasi-systématiquement aux fonctionnaires de l'administration pénitentiaire (cf. § 5.2.4.2).

Observation n° 17 : Il n'existe pas de consignes particulières concernant l'emploi des moyens de contention par le personnel pénitentiaire à l'intérieur des unités de soin et aucun imprimé spécifique n'a été élaboré (cf. § 5.2.4.4).

Observation n° 18 : Les activités thérapeutiques proposées semblent nombreuses. Un relevé plus rigoureux du nombre d'activités hebdomadaires effectivement proposées et du nombre de participants devrait être mis en place (cf. § 5.3.2).

Observation n° 19 : Il serait bon qu'à l'image de ce qui s'est fait avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), une convention soit rapidement passée avec la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) afin de définir les modalités de la coopération de ce service avec l'UHSA (cf. § 5.4).

Sommaire

1	Les conditions de la visite	2
2	Présentation du site hospitalier.....	3
2.1	Le centre hospitalier spécialisé du Vinatier.....	3
2.2	L'UHSA.....	4
2.2.1	Descriptif.....	4
2.2.2	Les personnels de santé.....	10
2.2.3	Le personnel pénitentiaire.....	12
2.2.4	L'activité de l'UHSA.....	15
3	L'admission et l'accueil.....	18
3.1	L'admission.....	18
3.1.1	La procédure sanitaire d'admission.....	18
3.1.2	La procédure pénitentiaire d'admission.....	20
3.1.3	Le transport.....	22
3.2	L'accueil.....	23
3.2.1	L'accueil par les services pénitentiaires.....	23
3.2.2	L'accueil médical.....	23
3.3	Les reports et annulations d'hospitalisation.....	24
3.4	Les registres de la loi, la visite des autorités.....	25
3.4.1	Les registres de la loi.....	25
3.4.2	La visite des autorités.....	26
4	La prise en charge des patients.....	26
4.1	L'organisation pénitentiaire.....	26
4.1.1	Les effectifs.....	26
4.1.2	Les conduites vers les plateaux techniques.....	27
4.2	L'organisation des soins.....	27
4.2.1	L'organisation commune.....	28
4.2.2	L'accueil et l'orientation.....	30
4.2.3	Les soins psychiatriques.....	30
4.2.4	Les soins somatiques.....	32
4.2.5	Les hospitalisations pour des soins somatiques.....	33
5	La gestion de la vie quotidienne.....	33

5.1	Le maintien des liens familiaux.....	33
5.1.1	Les visites.....	33
5.1.2	Le téléphone.....	36
5.1.3	Le courrier.....	37
5.2	Les règles de vie.....	37
5.2.1	La cantine.....	37
5.2.2	L'interdiction de fumer.....	38
5.2.3	La restauration.....	39
5.2.4	La discipline.....	40
5.3	Les activités.....	44
5.3.1	Les activités occupationnelles.....	45
5.3.2	Les activités thérapeutiques.....	45
5.4	Le suivi social et d'insertion du patient.....	48
5.5	L'aménagement de peines.....	49
5.6	La mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011.....	49
5.7	L'accès aux droits.....	50
5.7.1	Les avocats.....	50
5.7.2	L'accès à l'exercice d'un culte.....	50
5.7.3	Le droit de vote.....	50
6	Le retour vers l'établissement d'origine.....	50
6.1	L'aspect médical.....	50
6.2	L'aspect pénitentiaire.....	51
7	Les relations institutionnelles et professionnelles entre les équipes de soins et pénitentiaires.....	52
8	Conclusion.....	52