



**Unité hospitalière
spécialement aménagée
de Nancy**

**Centre psychothérapique de
Nancy
(Meurthe-et-Moselle)**

Du 12 au 15 mars 2013

Contrôleurs :

- Betty Brahmy, chef de mission ;
- Jacques Gombert,
- Bertrand Lory,
- Bernard Raynal,
- Maud Schlaffmann, stagiaire.

En application de la loi du 30 octobre 2007 instituant le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs et une stagiaire ont effectué une visite inopinée de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Nancy implantée au centre psychothérapeutique de Nancy (CPN) du 12 au 15 mars 2013.

1 LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés au centre psychothérapeutique, situé 1 rue du Docteur Archambault à Laxou (commune de l'agglomération de Nancy) le mardi 12 mars à 10h45 et se sont présentés à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) où ils ont été accueillis par le capitaine, responsable pénitentiaire de la structure. Ils ont quitté l'établissement le vendredi 15 mars à 12h45.

Une réunion de début de visite a été organisée avec :

- la directrice adjointe du CPN, responsable de la qualité et de la communication ;
- le directeur des soins du CPN ;
- la directrice adjointe du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville ;
- le médecin responsable du service médico-psychologique régional (SMPR) de Metz et de l'UHSA ;
- le cadre supérieur de santé du pôle dont fait partie l'UHSA ;
- un des deux cadres de santé de l'UHSA ;
- le capitaine responsable de la surveillance pénitentiaire de la structure.

Au cours de la visite, les contrôleurs ont rencontré :

- le directeur du CPN ;
- le professeur des universités, praticien hospitalier responsable du pôle dont fait partie l'UHSA ;
- un des médecins généralistes assurant le suivi des patients à l'UHSA ;
- les deux juges de la liberté et de la détention près le tribunal de grande instance de Nancy assurant les audiences dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011 ainsi que leurs greffiers.

Le directeur de cabinet du préfet de la Meurthe-et-Moselle, le président du tribunal de grande instance de Nancy, le procureur de la République ainsi que le directeur de l'agence régionale de santé de Lorraine ont été informés téléphoniquement de la visite.

L'ensemble des documents demandés ainsi qu'un bureau et des clés ont été mis à la disposition des contrôleurs durant la visite.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitent et en toute confidentialité, tant avec des patients détenus qu'avec des personnels de santé et pénitentiaires.

Une réunion de fin de visite a eu lieu le vendredi 15 mars à 10h.

Un rapport de constat a été adressé au directeur de l'établissement de santé le 31 mai 2013. Celui-ci a fait valoir ses observations par un courrier en date du 17 juillet 2013. Elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport

2 PRÉSENTATION DU SITE HOSPITALIER

2.1 Le centre psychothérapique de Nancy

Le site de Maréville, où est implanté aujourd'hui le CPN de Nancy, devient un hôpital en avril 1597 grâce au legs de 30 000 Francs d'une dame de la noblesse pour les malades atteints de la peste.

En 1749, Stanislas, roi de Pologne, forme le projet de venir à Nancy et d'intégrer les Frères des Écoles Chrétiennes à Maréville pour favoriser l'éducation des enfants pauvres de ses états et pourvoir en même temps à la correction de ceux dont le libertinage pourrait tendre au déshonneur de leur famille.

En 1777, l'asile de Maréville compte 232 pensionnaires. En 1809, six quartiers pour chaque sexe sont installés. En 1815 l'asile de Maréville devient l'Hôpital Central des Aliénés des départements de la Meurthe, des Ardennes, de la Haute-Marne, de la Meuse, des Vosges, de la Haute-Saône et du Doubs.

En 1868, l'hôpital compte 1 389 malades hébergés notamment dans le cadre de la loi de 1838.

En 1937, 2 444 malades sont hospitalisés soit 500 à 600 par service.

Durant la seconde guerre mondiale, 2 629 décès ont été comptabilisés du fait des privations.

En 1978, les unités de soins sont ouvertes dans le cadre de la sectorisation psychiatrique et en mars 1981, le premier centre médico-psychologique fonctionne à Nancy.

Le département de la Meurthe-et-Moselle compte neuf secteurs de psychiatrie adulte et quatre secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Le centre psychothérapique de Nancy (CPN) a la responsabilité de cinq secteurs de psychiatrie adulte et de quatre secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Depuis 2007, le CPN s'est structuré en quatre pôles :

- le pôle infanto-juvénile ;
- le pôle Grand Nancy ;
- le pôle de Pont-à-Mousson ;
- le pôle de Lunéville.

L'UHSA est rattachée au **pôle Grand Nancy** qui comprend :

- les anciens secteurs de psychiatrie adulte 54 G 01, 03 et 04 ;
- les urgences psychiatriques situées au centre hospitalier universitaire de Nancy avec huit lits de crise ;
- la psychiatrie de liaison en oncologie ;
- la géro-psi-chiatrie ;
- une filière de réhabilitation psycho-sociale ;
- le centre ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violence sexuelle ;
- l'unité de soins du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville ;
- l'UHSA.

Une réunion du bureau de pôle a lieu tous les mois. La prochaine doit se tenir le mardi 19 mars 2013.

2.2 L'UHSA

La loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice a prévu dans son article 48 : « l'hospitalisation avec ou sans son consentement d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée ». Le programme de construction envisageait la construction de 705 places.

La première UHSA a ouvert en mai 2010 à Lyon, dans l'enceinte de l'hôpital du Vinatier (Rhône). Elle possède trois unités de soins de vingt lits.

La deuxième UHSA, disposant de quarante lits, fonctionne depuis 2012 à Toulouse (Haute-Garonne).

L'UHSA de Nancy a été inaugurée le 22 mars 2012. Elle comporte deux unités de vingt lits. Elle a été réalisée par l'agence de l'architecte Victor Castro.

La compétence de l'UHSA s'étend sur les établissements pénitentiaires de la direction interrégionale des services pénitentiaires de Strasbourg, à l'exception des établissements situés dans les départements du Jura et du Doubs et sur ceux de la région administrative Champagne-Ardenne soit 5 500 personnes détenues. Le tableau suivant indique la répartition des établissements par région et leur capacité théorique :

région	Etablissement	Capacité/nbr de places	part de la région dans le nombre de places total du périmètre de compétence de l'UHSA
Lorraine	Centre pénitentiaire(CP) Nancy-Maxéville	693	
	Centre de semi-liberté (CSL) Nancy	58	
	Centre de détention (CD) Toul	429	
	CD Ecrouves	271	
	Maison d'arrêt (MA) Epinal	305	
		401	
	CD Saint-Mihiel	328	
	CD Montmédy	73	
	MA Bar-le-Duc	25	
	CSL Briey	505	
	CP Metz	71	
	MA Sarreguemines		
	total	3159	57 %
Alsace	MA Strasbourg	444	
	MA Colmar	120	
	MA Mulhouse	283	
	CD Oermingen	263	
	Maison centrale (MC) Ensisheim	200	
	CSL Souffelweyersheim	53	
		total	
Franche-Comté	MA Belfort	39	
	MA Lure	73	
	MA Vesoul	50	
		total	
Champagne- Ardenne	MA Charleville	29	
	MA Reims	156	

	MA Chalon en Champagne	314	
	MA Chaumont	78	
	MC Clairvaux	239	
		816	15 %
Total		5 500	100 %

L'UHSA fonctionnant comme un lieu carcéral et un établissement psychiatrique, « la conjugaison de ces deux fonctions représentait un défi architectural majeur » pour Victor Castro. De fait, le bâtiment ne comporte ni surface plane, ni symétrie. Il s'agit d'un bâtiment exemplaire pour ses formes et ses couleurs qui génèrent une ambiance assez inhabituelle dans ce type de lieu et offre une image rassurante : « Mon but était de m'éloigner de l'univers carcéral tout en prenant en compte les contraintes liées à l'utilisation du bâtiment ».



L'UHSA : vue générale

Le projet médical a été pris en compte dans les plans architecturaux.

Le CPN est situé à 3,5 km de la gare SNCF de Nancy. Il est desservi par la ligne d'autobus n° 130. L'arrêt « Provinces » se situe à 200 mètres de l'entrée de l'hôpital. A partir de là, l'UHSA est bien signalisée. Elle est implantée à l'extrémité du domaine.

Pour les visiteurs utilisant leur véhicule personnel, le CPN est bien indiqué et un parking est à disposition devant l'entrée de l'UHSA.

Le jour de la visite des contrôleurs, le 12 mars 2013, vingt-sept patients étaient hospitalisés à l'UHSA dont trois femmes :

- quinze hommes dans l'unité du rez-de-chaussée ;
- douze hommes et trois femmes dans l'unité située à l'étage ;

Neuf patients de sexe masculin avaient été admis sur décision du représentant de l'Etat.

2.2.1 La convention

La convention locale UHSA-Nancy-Laxou a été signée le 2 mars 2012 par le directeur de cabinet du préfet de Meurthe-et-Moselle, le directeur interrégional des services pénitentiaires Est-Strasbourg, le directeur de l'agence régional de santé de Lorraine, le directeur du centre hospitalier de Lorquin, le directeur du centre psychothérapique de Laxou et le directeur du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville.

Ce document, prévu à l'article R. 3214-3 du code de la santé publique, précise « l'objet de l'UHSA, le statut des personnes hospitalisées, le fonctionnement général de l'unité, les dispositions d'organisation et les dispositions techniques, les modalités de coordination au sein de l'établissement entre personnels hospitaliers et pénitentiaires et les modalités de suivi et d'évaluation de l'activité et d'évaluation ». Il contient en outre seize annexes :

- l'arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des UHSA ;
- la liste des ¹ établissements pénitentiaires rattachés à l'UHSA de Laxou ;
- le règlement intérieur de l'UHSA ;
- le protocole de maintenance du bâtiment ;
- la procédure d'admission ;
- la procédure de sortie ;
- le contrôle des personnes ;
- la vidéosurveillance de la structure ;
- la composition de l'équipe pluridisciplinaire de l'unité de soins ;
- l'organisation de la permanence des soins ;
- la procédure d'intervention en cas de situation menaçant la sécurité de l'UHSA ;
- une fiche de présence du personnel ;
- la procédure d'intervention du SPIP² du CP à l'UHSA du CPN ;
- le protocole d'intervention de la PJJ³ à l'UHSA du CPN ;

¹ Le directeur du centre hospitalier de Lorquin est concerné car le SMPR de Metz y est rattaché.

² SPIP : service pénitentiaire d'insertion et de probation.

³ PJJ : protection judiciaire de la jeunesse.

- l'organisation des transports et escortes ;
- une fiche de liaison établissement pénitentiaire d'origine/UHSA.

La convention prévoit la mise en place d'une « **commission locale de coordination** », présidée par le préfet du département et réunie à son initiative, au moins une fois par an. Cette commission s'est réunie à cinq reprises : le 15 février 2011, le 9 juin 2011, le 6 octobre 2011, le 12 janvier 2011 et le 2 mars 2012. La date de la réunion pour l'année 2013 n'a pas encore été fixée.

2.2.2 La mise en place de l'UHSA

Avant l'ouverture en mars 2012, un **plan de communication** a permis de présenter le projet médical et architectural et les différents protocoles de partenariat aux professionnels et aux instances concernés aux niveaux local, régional et interrégional.

Des présentations de la structure incluant des visites guidées ont été effectuées par le directeur du CPN et le psychiatre référent de l'UHSA.

Ainsi entre octobre 2011 et février 2012 treize rencontres se sont déroulées avec :

- les professionnels de santé du CPN ;
- les médecins du CPN ;
- les fonctionnaires de l'ARS et de la préfecture de la Meurthe-et-Moselle ;
- les professionnels de santé du centre hospitalier de Lorquin ainsi que ceux du SMPR de Metz ;
- les agents des centres hospitaliers spécialisés de Lorraine, Alsace et Champagne-Ardenne ;
- les fonctionnaires de police, de la gendarmerie nationale et du SAMU ;
- tous les soignants des UCSA du ressort de compétence de l'UHSA (quatre-vingts personnes) ;
- les agents de la caisse primaire d'assurance maladie de Nancy
- les agents de l'unité hospitalière interrégionale sécurisée de Nancy (UHSI) ;
- les magistrats des tribunaux de Metz, Nancy, les agents du CP de Metz, les SPIP de Moselle et de Meurthe-et-Moselle ;
- les chefs d'établissements pénitentiaires et directeurs des services pénitentiaires ;
- les élus de la communauté urbaine du grand Nancy ;
- les responsables de la protection judiciaire de la jeunesse.

Par ailleurs, des représentants des trois UHSA se sont rencontrés en juin 2012 et les UCSA du territoire de compétence de l'UHSA se sont réunies le 2 juillet 2012. L'équipe de l'UHSA a également pris contact avec les SMPR compétents : Metz, Châlons-en-Champagne et Strasbourg le 11 janvier 2013. Des réunions ont également eu lieu avec l'ARS (30 juillet 2012) avec la direction interrégionale des services pénitentiaires (27 septembre 2012), avec le SPIP et le juge de l'application des peines (20 décembre 2012).

Depuis janvier 2013, des réunions avec le SPIP sont organisées toutes les trois semaines le jeudi après-midi.

2.2.3 Descriptif

2.2.3.1 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 large 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 détecteur manuel est à la disposition du personnel.

Un appareil émetteur-récepteur de type « *Motorola™* » est systématiquement remis aux fonctionnaires pénitentiaires et au personnel soignant avec le trousseau de clefs correspondant au poste occupé.

Treize casiers-consignes sont à la disposition des visiteurs à l'intérieur du sas-piétons. Quatorze casiers de petite taille sont destinés à recevoir les téléphones portables.

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 se tient dans le poste protégé, l'autre gère les circulations et les contrôles dans le sas-piétons et le sas-véhicules.

Tous les mouvements d'entrée et de sortie sont inscrits manuellement sur un registre réglementaire. En théorie, des badges doivent être remis aux intervenants avec des couleurs différentes selon les zones autorisées (zone administrative ou zone médicale). En réalité, ces badges n'ont jamais été mis en circulation car « les intervenants sont toujours accompagnés ».

B. La sécurité périmétrique et la surveillance

L'UHSA est entourée d'un mur d'enceinte en béton, avec système anti-grappin, d'une hauteur comprise entre 5 et 7 m. A l'extérieur de l'enceinte un glacis extérieur a été aménagé ; il est délimité par un grillage de 2 m de haut. Trois portillons permettent de pénétrer à l'intérieur de ce glacis. 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. Sur certaines zones, des rouleaux de concertina ont été installés. A la demande des personnels soignants, une protection générale avec pose de concertina sur l'ensemble des bas-volets a été écartée.

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 portes de circulation de la zone d'entrée sont commandées depuis le poste protégé de la porte d'entrée principale (PEP).

Les fenêtres des chambres sont toutes équipées de barreaux, sans caillebotis. Les chambres sont ouvertes par le personnel soignant. Il convient de noter que des verrous de confort peuvent être manœuvrés par les malades eux-mêmes.

La plupart des appareils de radiocommunication de l'UHSA, de type Motorola, disposent d'un bouton d'alarme et d'une fonction émetteur-récepteur. Trente-cinq appareils sont en circulation : dix pour les fonctionnaires pénitentiaires, vingt destinés au personnel de santé et cinq remis aux intervenants extérieurs. Les Motorolas sont dotés de canaux différents pour les surveillants pénitentiaires, l'encadrement pénitentiaire et les personnels soignants. Il est possible de passer d'un canal à l'autre : chacun - personnel soignant et pénitentiaire - peut ainsi entendre les communications des uns et des autres. Cette situation a été dénoncée aux contrôleurs.

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

Les alarmes déclenchées volontairement sont renvoyées dans les bureaux des infirmiers ainsi qu'au PCI et à la porte d'entrée principale (PEP).

L'UHSA est dotée d'une base ACROPOL qui n'est pas opérationnelle. Elle permettrait pourtant la communication avec les services de police en cas d'incident grave. Il a été affirmé aux contrôleurs que les appareils ont pourtant été livrés et réglés.

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. L'enregistrement est permanent. Le visionnage des images n'a pas été utilisé depuis la mise en service de l'établissement.

C. Les parloirs

Ils sont accessibles, après passage par le sas d'accès piétons, par un couloir le prolongeant.

Côté visiteurs, on pénètre dans une salle d'attente ouvrant sur un couloir de circulation de 19 m de long répartissant les entrées des cinq parloirs (Cf. *infra*).

La salle d'attente de 18 m² est équipée de deux sanitaires accessibles, comme l'ensemble de l'établissement, aux personnes à mobilité réduite. Cette pièce est meublée de dix chaises métalliques fixées au sol, de deux tables basses également fixées au sol. Une fontaine à eau et un distributeur de gobelets fonctionnels sont à disposition des visiteurs. La pièce ne comporte pas de fenêtre mais la lumière naturelle pénètre par le plafond par deux puits de lumière carrés mesurant chacun 1,20 m de côté.

Sur un panneau mural sous verre sont affichées les notes de service relatives :

- aux modalités d'instruction des permis de visite ;
- aux horaires des parloirs ;
- aux interdictions de fumer, de boire et de manger dans cette enceinte et d'introduire des substances interdites.

Le couloir de distribution dessert successivement les trois parloirs famille, un parloir avec hygiaphone et un parloir pour accueillir les enfants. La structure ne dispose pas de parloir thérapeutique permettant la présence éventuelle de soignants.

Les trois premiers parloirs (Cf. photo ci-dessous) d'une surface de 7,10 m² sont principalement utilisés par les familles mais aussi par les avocats et les visiteurs de prison. Ils sont meublés d'une table rectangulaire mesurant 1,30 m sur 0,80 m et de quatre chaises en plastique. Une prise électrique est accessible sous la table. Un bouton d'alarme est installé côté visiteur. Un puits de lumière carré de 1,20 m de côté est disposé au centre du plafond. Un opercule vitré, situé en diagonal des deux portes permet d'assurer une surveillance visuelle discrète. La confidentialité des conversations est assurée.



Parloir famille

Le parloir individuel n° 4, de surface identique, dispose d'un hygiaphone. Il est équipé en son centre d'un plan de travail fixé au sol sur toute sa largeur avec une séparation verticale dont la partie supérieure est vitrée. Une chaise côté patient et deux chaises côté visiteur complètent son équipement (Cf. photo ci-dessous).



Parloir avec hygiaphone

Le parloir dédié aux enfants d'une surface de 13 m² est meublé d'une table de 1,80 m sur 0,80 m et de deux chaises ; **il ne possède pas d'équipement spécifique.**

Côté patients, on accède aux parloirs par un couloir situé à gauche du PCI et desservant deux salles d'attente (une pour les femmes et une pour les hommes) séparées par un local de fouille.

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

2.2.3.2 La zone de soins et d'hébergement

Après le poste central d'informations (PCI), on pénètre dans la zone de soins grâce à un escalier de neuf marches qui mène directement à l'unité du rez-de-chaussée dont l'ouverture de la porte est commandée par le surveillant situé au PCI ou en continuant à gravir un escalier de vingt-deux marches conduisant à l'unité du premier étage dont la porte d'entrée est également ouverte par le surveillant du PCI. Un ascenseur dessert les deux unités.

L'unité du rez-de-chaussée comprend vingt lits répartis en seize chambres individuelles dont une dédiée aux personnes à mobilité réduite (PMR) et deux chambres doubles.

La superficie des chambres individuelles varie de 10,94 m² à 11,85 m² ; celle dédiée aux PMR est de 15,78 m² et celle des chambres à deux lits de 21,55 m².

L'unité du premier étage comprend vingt lits répartis en dix-huit chambres individuelles, (dont une médicalisée et une dédiée aux PMR) et une chambre double.

La superficie des chambres varie de 10,94 m² pour la chambre médicalisée, à 11,11 m² pour une chambre individuelle et 15,78 m² pour la chambre dédiée aux PMR et 20,28 m² pour la chambre à deux lits.

Un couloir circulaire distribue l'ensemble de la zone d'hébergement.

Chaque unité est également dotée de deux chambres de soins intensifs.



Couloir desservant la zone d'hébergement

Toutes les **chambres individuelles** ont un **équipement** identique qui comprend un lit scellé - doté d'une tête de lit - mesurant 2 m sur 0,94 m, une table scellée de 1,55 m de long de forme demi lune , une chaise en plastique, un poste de télévision mural dont l'écran mesure 0,56 m est placé sous une protection en plastique, une table basse scellée de 0,52 m sur 0,30 m, un tableau d'affichage en bois, un placard fermant à clé comprenant cinq étagères et une patère, trois prises électriques et une poubelle. La pièce est éclairée par un plafonnier, deux néons situés à côté du lit constituant une liseuse et par une fenêtre barreaudée - dotée d'un volet roulant - mesurant 1,58 m sur 0,98 m dont seule une partie mesurant 0,27 m de large, s'ouvre avec une poignée et une clé.

Chaque chambre est dotée d'un bouton d'appel et d'un interphone reliés au poste de soins.

Le sol est recouvert de carreaux de plusieurs couleurs dont le gris et le violet ; les murs sont peints en blanc et violet.

Chaque chambre dispose d'un **local sanitaire** -auquel on accède par une porte pleine- qui comporte un lavabo avec mitigeur muni d'un miroir de 1,10 m sur 0,50 m, un WC en émail sans abattant avec distributeur de papier hygiénique et balayette, une douche à l'italienne avec mitigeur et une poubelle. La pièce est entièrement carrelée (sol et murs) ; elle est éclairée par un plafonnier et par un néon situé au-dessus du lavabo. Aucun porte-serviette n'est installé ; les contrôleurs ont constaté que les patients faisaient sécher leurs serviettes sur les portes.

La porte des chambres mesure 1,15 m de large. Elle est munie d'une lucarne de 0,50 m sur 0,11 m et d'une double serrure : l'une réservée aux soignants et l'autre dite « de confort » dont la clé est donnée aux patients (c'est la même clé que celle du placard).

L'équipement des chambres doubles comprend deux lits scellés, une table de 2,70 m de long, deux chaises, deux tables de chevet, deux panneaux d'affichage, deux placards, une fenêtre de même dimension que celle des chambres individuelles, un poste de télévision identique, une poubelle, deux interphones et deux boutons d'appel. Le local sanitaire comporte deux lavabos avec miroir, un WC, une douche et deux poubelles.



Deux lavabos dans une chambre double

Au rez-de-chaussée, **une salle de bains** est à la libre disposition des patients ou sur indication du personnel soignant.

La **chambre médicalisée** comprend un sas d'une surface de 5,27m² équipé d'un lavabo doté d'un distributeur de savon liquide et d'un distributeur d'essuie-mains en papier et de deux patères et la chambre proprement dite d'une surface de 10,38 m². Celle-ci ne diffère des autres chambres que par l'installation d'un lit médicalisé.

Selon les informations recueillies, cette chambre est utilisée pour y placer un patient présentant un problème somatique.

Les locaux administratifs

A chaque étage il existe des bureaux et des locaux dédiés aux personnels de l'unité :

- un secrétariat ;
- un bureau pour le cadre de santé ;
- plusieurs bureaux polyvalents utilisés par les médecins ou la psychologue ;
- un local de détente pour le personnel ;
- le bureau infirmier ;
- la salle de soins ;
- une salle de réunion d'une surface de 32 m² au premier étage.

Les locaux dédiés aux activités

Au rez-de-chaussée :

- une salle d'ergothérapie d'une surface de 20,27 m² ;
- une salle de musculation d'une surface de 24,87 m² ;
- une salle de sport d'une surface de 50,88 m² ;
- l'atelier cuisine d'une surface de 14,39 m² ;
- la salle à manger qui fait fonction de lieu de vie, d'une surface de 51,43 m² ;
- le patio d'une surface de 88,61 m².

Au premier étage :

- une salle d'ergothérapie d'une surface de 36,68 m² ;
- l'atelier cuisine d'une surface de 14,19 m² ;
- la salle à manger qui fait fonction de lieu de vie, d'une surface de 49,16 m² ;

En outre des espaces sont attribués à l'office, à la buanderie, au linge propre et au linge sale et à l'équipe d'entretien.

Il existe un jardin extérieur de plein pied par étage où des activités thérapeutiques à médiation sportive sont proposées.

Des **sanitaires** sont dédiés au personnel et d'autres aux patients. Ces derniers sont en accès libre à l'étage et fermés au rez-de-chaussée : n'étant pas situés sous le contrôle visuel des soignants, les patients doivent en demander la clef « pour éviter les trafics ».

2.2.3.3 Les effectifs de l'UHSA

A. Les effectifs paramédicaux

L'équipe pluridisciplinaire de l'UHSA comprend :

- le cadre supérieur de santé du pôle, présent à hauteur de 0,3 équivalent temps plein (ETP) ;
- deux cadres de santé ;
- quarante-cinq infirmiers dont quinze hommes ;
- douze aides-soignants dont deux hommes ;
- une psychologue ;
- une assistante sociale ;
- une ergothérapeute ;
- deux éducateurs sportifs ;
- deux secrétaires médicales.

Il a été indiqué aux contrôleurs que le projet initial prévoyait le recrutement d'un psychomotricien. Faute de pouvoir trouver un agent de cette catégorie, il a été décidé de faire appel à un second éducateur sportif.

Pour assurer les diverses missions des soignants (transferts aller-retour vers les établissements pénitentiaires, accompagnements du patient, cohérence de la prise en charge, continuité des transmissions), il a été fait le choix de l'exercice en douze heures. Les soignants exercent leur activité de 7h à 19h ou de 8h à 20h. Les personnels entendus par les contrôleurs ont exprimé leur satisfaction sur cette modalité horaire qui n'est pas celle retenue au sein du CPN.

Il n'existe pas d'équipe dédiée pour la nuit.

Le fonctionnement prévoit la présence minimale de cinq infirmiers avec un aide-soignant en journée par unité. La nuit, le fonctionnement de chaque unité est assuré par deux infirmiers et un aide-soignant.

Les deux cadres de santé ont fait le choix d'assurer une permanence de 8h30 à 18h30 du lundi au vendredi.

Les infirmiers et les aides-soignants sont affectés dans une unité. Il est prévu une rotation de l'effectif par petit nombre.

L'équipe de l'UHSA ne demande pas de renfort à d'autres services du CPN. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il existait un « état d'esprit UHSA » avec une solidarité entre les personnels qui permettait aux cadres de faire appel aux soignants en repos pour compenser un arrêt de travail.

Le recrutement

Le recrutement du personnel soignant a été effectué par la direction des ressources humaines et la direction des soins du CPN dès la fin de l'année 2010. Un appel à candidatures a été lancé au sein du CPN et de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) de Nancy. Beaucoup de candidatures extérieures ont été enregistrées.

Les soignants recrutés ont été affectés dans les services d'admission du CPN pour se familiariser avec l'établissement. Ils ont bénéficié d'un stage au CP de Nancy-Maxéville à l'unité psychiatrique assurant les soins au sein de l'UCSA et d'un autre en tant que surveillant pénitentiaire au CP.

Au fur et à mesure des groupes de travail ont été constitués sur l'établissement :

- l'élaboration des fiches de poste et du règlement intérieur ;
- le partenariat avec l'administration pénitentiaire ;
- les activités thérapeutiques ;
- l'organisation des soins.

Un des deux cadres de santé a accompagné le projet.

Parmi les infirmiers recrutés, 60 % avaient travaillé dans des services d'admission, quelques jeunes diplômés et d'autres sortants de l'IFSI.

Depuis l'ouverture de l'UHSA, quatre soignants ont quitté le service :

- un agent a quitté le service très rapidement : il avait fait le choix du service en douze heures plutôt que celui de venir travailler à l'UHSA ;
- un soignant est reparti dans un service de réhabilitation, dont il provenait ;
- un jeune diplômé a souhaité changer de poste ;
- un infirmier a demandé à muter pour des raisons personnelles.

En outre l'**absentéisme** est faible. Le tableau suivant indique le nombre de jours de congés pour l'année 2012 :

	Maladie	Maternité	Accident travail
Infirmiers	296	39	10
Aides-soignants	47	0	61
total	343	39	71

Il est précisé que neuf jours d'accident de travail sont liés à un trajet et les autres à la participation des agents à des activités thérapeutiques autour de la pratique sportive.

Il existe un budget annuel de 1700 euros dédié à la **supervision** du personnel soignant ; depuis l'ouverture de l'UHSA les crédits n'ont pas été encore consommés, « car les agents étaient pris par l'ouverture ».

B. Les effectifs médicaux

Les soins psychiatriques sont assurés par cinq praticiens effectuant un total de 2,7ETP, alors que la convention prévoit 3 ETP :

- le médecin chef du SMPR de Metz, praticien hospitalier, présent trois demi-journées par semaine ;
- un praticien hospitalier, responsable de l'UHSA, - présent pour la moitié de son temps (0,5 ETP) dans cette structure et pour le reste au SMPR ;
- un praticien contractuel à temps plein ;
- un praticien contractuel effectuant cinq demi-journées à l'UHSA et quatre au centre de détention (CD) de Toul dans le cadre du dispositif de soins pour les auteurs de violences sexuelles ;
- un praticien attaché associé contractuel effectuant cinq demi-journées à l'UHSA et cinq dans le cadre du dispositif de soins pour les auteurs de violences sexuelles.

Un interne, affecté chaque semestre à l'UHSA, effectue des prises en charge sous la responsabilité d'un praticien senior.

Les psychiatres sont présents du lundi au vendredi de 8h30 à 18h.

En dehors de ces horaires, une astreinte spécifique pour l'UHSA est assurée par les psychiatres de la structure et par un psychiatre volontaire du SMPR de Metz, soit au total cinq praticiens.

L'interne de garde du CPN assure les urgences en première intention à l'UHSA. En cas d'admission, il appelle systématiquement le psychiatre d'astreinte qui se déplace en cas de besoin. Un protocole d'admission et de conduite à tenir pour cette situation a été élaboré.

Pour assurer les **soins somatiques**, il existe une convention avec l'unité hospitalière interrégionale sécurisée (UHSI) de Nancy. Chaque semaine, à tour de rôle, un des quatre médecins de l'UHSI assure les consultations somatiques au sein de l'UHSA.

En cas **d'urgence**, il est fait appel au SAMU. La prise en charge des patients à l'UHSA prévoit dans son annexe 23 un protocole « urgences vitales immédiates graves ».

Un défibrillateur se trouve à côté du PCI.

2.2.4 Le personnel pénitentiaire

Les fonctionnaires pénitentiaires assurent au quotidien les missions de :

- 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, en théorie uniquement sur réquisition écrite du directeur de l'hôpital. En réalité, en prévention d'un incident et sur demande orale des personnels soignants, les personnels de l'administration pénitentiaire peuvent être amenés à s'équiper pour des interventions éventuelles ;
- 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;
- présentation des patients détenus devant le juge des libertés et de la détention (JLD).

Le jour du contrôle, vingt-six fonctionnaires pénitentiaires étaient en poste à l'UHSA. Ils sont tous placés sous l'autorité du directeur du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville. Plus précisément, le capitaine pénitentiaire, responsable de l'UHSA et ses subordonnés, sont directement placés sous l'autorité de la « directrice des ressources humaines et des unités hospitalières » du centre pénitentiaire.

La répartition du personnel est la suivante :

- un officier, au grade de capitaine, responsable de l'UHSA, présent depuis l'ouverture ;
- un officier, capitaine, adjointe au responsable de l'UHSA, mais aussi adjointe de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de Nancy ;
- cinq premiers surveillants sur huit postes théoriques ;
- vingt-six surveillants dont un poste fixe sur un effectif théorique de vingt-neuf agents.

Tous les fonctionnaires pénitentiaires ont été recrutés sur la base du volontariat ; tous étaient en poste au centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville. Un jury de recrutement a été constitué, composé de responsables de l'administration pénitentiaire et d'un cadre infirmier. 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 Strasbourg ; il s'agissait notamment de former les fonctionnaires concernés aux techniques d'intervention, au maniement des armes et à la conduite de personnes détenues sous escorte avec des mises en situation.

D'autres formations ont été dispensées avant l'ouverture :

- un stage « OMEGA » (gestion de crise du patient) a été dispensé en commun aux personnels pénitentiaire et soignant par des formateurs du centre psychothérapique de Nancy pendant une semaine. L'ensemble du personnel a été concerné par l'apprentissage de ces techniques nouvelles importées du Canada ;
- les personnels soignants ont effectué un stage au centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville pendant trois jours ;
- les ERIS ont dispensé une formation commune aux fonctionnaires pénitentiaires et aux soignants sur les interventions ;
- une formation intitulée « module escortes » a été organisée en commun en direction des deux publics, pénitentiaire et soignants ;
- un exercice incendie a été effectué en collaboration avec les sapeurs-pompiers de Nancy ;
- enfin, l'établissement a fonctionné « à blanc » pendant un mois avec l'ensemble des acteurs concernés.

A la fin de l'année 2012, un questionnaire a été remis au personnel de l'administration pénitentiaire afin de connaître leurs observations et leur sentiment concernant la mise en service de l'établissement et recueillir leurs demandes éventuelles de formations.

Depuis la mise en service de l'établissement, le 5 mars 2012, aucun surveillant n'a été exclu de l'UHSA. Deux agents ont formulé une demande de mutation pour raisons personnelles.

Après l'ouverture de l'établissement, la direction interrégionale a adressé des lettres de félicitations aux agents et l'administration centrale des témoignages officiels de satisfaction à destination de l'encadrement et d'un agent en poste fixe.

Chaque agent de l'UHSA bénéficie chaque trimestre d'une session de formation continue d'une journée concernant le port de l'arme et celui du bâton de protection télescopique (BPT). Ce recyclage est dispensé par l'ERIS de Strasbourg et des formateurs du CP de Nancy-Maxéville qui aborde les modules relatifs au tir, aux techniques d'interventions, au maniement du BPT et aux techniques d'escorte. En vue de futures affectations sur l'UHSA ou l'UHSI, sept agents du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville ont d'ores et déjà bénéficié d'une formation pour le maniement du BPT et les techniques de tir.

Des séances de tir trimestrielles sont organisées au profit des agents pénitentiaires. Le stand de tir privé se situe à Rosière aux Salines, à une quinzaine de kilomètres de Nancy.

En 2012 le taux d'absentéisme s'élevait à 17,43 %. L'absence pour raison médicale ne représentait que 3,10 %. Un seul accident du travail a été déclaré depuis la mise en service de l'établissement.

En 2012, chaque agent a bénéficié d'un nombre d'heures supplémentaires moyen mensuel d'une quinzaine d'heures.

Un médecin de prévention visite les agents qui ont également la possibilité de rencontrer une assistante sociale et une psychologue au CP de Nancy-Maxéville. Il a été indiqué aux contrôleurs que, parfois, la psychologue se déplaçait à l'UHSA et rencontrait les agents au niveau des parloirs.

Suite à diverses conventions, les cuisines du self du personnel de l'hôpital préparent et acheminent les repas jusqu'à l'UHSA à destination des fonctionnaires pénitentiaires qui le souhaitent.

Les agents pénitentiaires de l'UHSA peuvent s'inscrire à l'amicale du personnel du CP de Nancy-Maxéville.

2.2.5 L'activité de l'UHSA

L'unité du rez-de-chaussée, d'une capacité de vingt lits a ouvert le 5 mars 2012. Le 7 mai 2012, l'unité du 1^{er} étage a reçu l'autorisation de l'administration pénitentiaire d'ouvrir dix lits sur les vingt. A partir de la mi-août, les quarante lits étaient disponibles.

Le tableau suivant indique l'activité de l'UHSA du 5 mars 2012 au 31 décembre 2012 :

	Au 31 décembre 2012
Entrées	174
Sorties	108
Levées d'écrou	11
Nombre de patients différents	150
Femmes	10
Mineurs	0
Consultations extérieures	44
Consultations sur le site du CPN	64
Extractions	33
Condamnés	109
Prévenus	65
Nombre de SDRE transformés en soins libres	32
Nombre de soins libres transformés en SDRE	3
Interventions de l'administration pénitentiaire sur demande des soignants dans les unités	10

Depuis l'ouverture de l'UHSA, le 5 mars 2012, les données suivantes ont été communiquées aux contrôleurs :

- la file active a été de 150 patients ;
- la durée moyenne de séjour a été de 44,03 jours ;
- le taux d'occupation a été de 77,39 % (calcul fait à partir de la possibilité d'occuper vingt lits jusqu'en mai, puis trente lits de mai à août et enfin quarante lits) ;
- 68 % des patients ont été admis en soins libres et 32 % sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) ;
- 55 % des patients présentaient une psychose, 25 %, une dépression, 15 %, des troubles de la personnalité ; les 5 % restant étant classés dans « autres diagnostics » ;
- 68 % des patients provenaient de la région Lorraine, 16 % de l'Alsace, 11 % de Champagne-Ardenne et 5 % de Franche-Comté.

Le tableau suivant indique la provenance des personnes hospitalisées à l'UHSA en 2012 :

Etablissement d'origine	Nombre de patients-détenus
MA Belfort	1
MA Chalon	8
MA Charleville	1
MA Chaumont	4
MC Clairvaux	3
CD Ecouves	4
MC Ensisheim	6
MA Epinal	2
MA Lure	2
CSL Maxéville	1
CP Metz	40
MA Mulhouse	4
CP Nancy-Maxéville	48
MA Reims	3
CD Saint-Mihiel	3
CP Strasbourg	17
CD Toul	13
MA Vesoul	5
MA Sarreguemines	1

Hors secteur	1
Total	167

Selon les informations recueillies, l'écart constaté entre le chiffre de 167 et de 174 entrées à l'UHSA s'expliquerait par « les mutations entre l'étage et le rez-de-chaussée ».

Le tableau suivant indique l'activité de l'UHSA du 1^{er} janvier au 31 janvier 2013 :

	Au 31 janvier 2013
Entrées	28 dont 4 mutations
Sorties	22 dont 4 mutations
Levées d'écrou	2
Nombre de patients différents	26
Femmes	1
Mineurs	2
Consultations extérieures	8
Consultations sur le site du CPN	6
Extractions	5
Condamnés	15
Prévenus	13
Nombre de SDRE transformés en soins libres	6
Nombre de soins libres transformés en SDRE	1
Intervention de l'administration pénitentiaire sur demande des soignants dans les unités de soins	3

A partir du 1^{er} janvier 2013, plusieurs **indicateurs de l'activité**, dont les données n'avaient pas été quantifiées en 2012, ont été renseignés pour le mois de janvier 2013 :

Admission en urgence	0
Présentation des patients SDRE devant JLD	4
Procédures correctionnelles	15
Procédures criminelles	13
Sortie par levée d'écrou avec hospitalisation en psychiatrie	2
Sortie par levée d'écrou avec hospitalisation somatique	1

Sortie par levée d'écrou avec fin de soins	0
Sortie pour l'établissement pénitentiaire d'origine	8
Sortie pour un autre établissement pénitentiaire	0
Sortie pour un SMPR	7
Sortie pour un établissement de santé en soins psychiatriques	0
Sortie pour un établissement de santé en soins somatiques	0
Sortie pour une unité pour malades difficiles (UMD)	0
Nombre d'arrivées de patients après 18h	5
Nombre de départs de patients après 18h	2

La répartition des vingt-huit **entrées** (dont huit en SDRE) était la suivante :

Etablissement d'origine	Nombre de patients-détenus
MA Chalons	3
CP Clairvaux	1
CD Ecrouves	3
MC Ensisheim	2
CP Metz	9
CP Nancy-Maxéville	4
CD Saint-Mihiel	2
CP Strasbourg	3
MA Sarreguemines	1
Hors secteur	0
Total	28

En janvier 2013, le taux d'occupation a été de 80,48 % au rez-de-chaussée et de 87,74 % à l'étage.

3 L'ADMISSION ET L'ACCUEIL

3.1 L'admission

L'UHSA accueille exclusivement des personnes détenues des deux sexes souffrant de troubles psychiatriques et nécessitant une hospitalisation avec ou sans consentement.

Depuis l'ouverture - le 5 mars 2012 - toutes les admissions sollicitées pour les personnes détenues ont pu être honorées.

En 2012 le nombre d'admissions est le suivant :

	Femmes	Hommes	Mineurs	Total
ASPRES	2	54	0	56
Admissions soins libres (ASL)	11	107	0	118
Total général				174

Pour les deux premiers mois de l'année 2013 le nombre d'admissions est le suivant :

	Femmes	Hommes	Mineurs	Total
ASPRES	0	13	2	15
ASL	3	31	1	35
Total général				50

Toutes les admissions s'effectuent directement à l'UHSA.

Les véhicules pénitentiaires et sanitaires stationnent dans le sas d'accueil de l'UHSA. Les personnes détenues sont dirigées au greffe ; l'écrou effectué, le packaging remis, les personnels de santé conduisent le nouveau patient dans la chambre qui lui a été attribuée.

3.1.1 La procédure sanitaire d'admission

3.1.1.1 Les patients admis en ASPRES.

Ces admissions peuvent être effectuées à toute heure des différents jours, sans limitation d'horaire ni de journée.

Avant l'admission, le médecin intervenant dans l'établissement pénitentiaire prend contact téléphonique avec le médecin de l'UHSA aux fins d'évoquer le cas de la personne détenue et de connaître les disponibilités en lits.

Le médecin traitant, en même temps que le certificat médical, doit transmettre un avis médico-administratif préalable à l'admission sans consentement. Cet avis comprend :

- la demande d'admission avec le nom du patient, son âge, son établissement pénitentiaire, le nom du praticien et son établissement de santé, le transport

sanitaire souhaité ; à cette partie doit être joint l'engagement de reprise du patient à la sortie signé par le directeur de l'établissement de santé ;

- la demande du directeur du centre hospitalier siège de l'UCSA ou du SMPR ;
- l'accord du médecin de l'UHSA et du directeur du centre psychothérapique de Nancy pour accueillir le patient ; la date d'hospitalisation est arrêtée.

A cet avis médico-administratif est joint l'« **engagement de reprise** » ainsi libellé :

« Le directeur de l'établissement de santé de psychiatrie de secteur de rattachement de l'établissement pénitentiaire....s'engage à accepter le retour de M... Mme... dans son établissement à la sortie de l'UHSA de Nancy, en cas de levée d'écrou et si son état de santé justifie la poursuite d'une hospitalisation en milieu spécialisé. Fait à... le... Le directeur »

D'autre part, il a été établi par le centre psychothérapique de Nancy une « fiche de liaison établissement pénitentiaire d'origine/UHSA ». Celle-ci, qui doit être signée par le rédacteur, comprend :

- le nom, le prénom de la personne détenue, sa date de naissance, son établissement pénitentiaire d'origine ;
- des données sur la situation pénale ;
- des données sur les liens avec l'extérieur ;
- des données sur la vie en détention ;
- des données sur d'éventuelles mesures de sécurité ;
- des observations et commentaires du SPIP ou de la PJJ ;
- des observations complémentaires utiles.

Les personnels de santé ne peuvent aller chercher le patient que s'ils possèdent l'arrêté préfectoral d'admission.

Les contrôleurs **ont vu l'admission** d'un patient en ASPRE provenant de l'EPSM de Rouffach et qui était écroué à la maison centrale d'Ensisheim.

Une ambulance privée avait été requise.

Celle-ci était suivie par un véhicule de marque Citroën C8 de l'administration pénitentiaire avec un chauffeur et deux surveillants.

Une infirmière de l'unité d'accueil du rez-de-chaussée et un aide soignant de l'autre unité se trouvaient dans l'ambulance.

La personne détenue était sur le brancard ; les personnels de santé lui avaient posé des harnais de contention.

Avant de partir, ces personnels doivent prendre avec eux, outre les imprimés sus mentionnés :

- une malle scellée de 0,45 m sur 0,20 m servant de sac d'entraves et contenant : un harnais de maintien au brancard adulte, deux attaches poignet adulte, deux attaches cheville spéciale brancard adulte, neuf fermetures de sécurité, deux clefs magnétiques, une liste « composition du sac d'entraves brancard adulte standard », dix scellés rouges type sac d'urgence ;
- une trousse de 0,12 m sur 0,18 m contenant des produits injectables si nécessaires pendant les transferts ;
- un téléphone portable.

La conduite de la personne détenue dans sa chambre, après le passage au greffe, est réalisée par les deux soignants ayant assuré le transfert.

A l'arrivée dans la chambre, les personnels soignants ont :

- présenté sa chambre au nouvel arrivant, étant entendu que sur prescription médicale, une période d'observation sera mise en place d'une durée variable, en fonction de l'état clinique du patient. Durant cette période, il ne pourra sortir de sa chambre qu'accompagné du soignant de manière individuelle ;
- présenté les possibilités d'appel avec les sonnettes d'urgences, l'interphone ;
- rappelé la composition du paquetage et indiqué que le filet de celui-ci servait à mettre le linge destiné à être lavé ;
- effectué avec la personne détenue son inventaire de linge en expliquant que les rasoirs ne sont pas laissés à disposition ;
- présenté la une fiche sur laquelle figure son numéro d'écrou, le bon de blocage d'argent, le bon de cantine arrivants ;
- expliqué qu'il n'y avait pas de « kit écriture »; l'infirmière a prêté son stylo de service;
- demandé son type de régime alimentaire ;
- proposé soit du thé, soit du café, soit du sirop ; la personne détenue a souhaité de l'eau ce qui lui a été remis dans un verre ;
- remis à la personne détenue « le règlement intérieur de l'UHSA » ;
- effectué avec lui un état des lieux d'entrée de sa chambre ; celui-ci est signé par l'infirmière et le patient ;

- effectué avec le patient une fiche d'inventaire signée également par le patient ; celle-ci comprenait pour celui-ci : une montre, deux paires de lunettes, deux hauts de survêtement, trois pantalons, trois maillots, un caleçon, sept paires de chaussettes, des chaussures de sport, des claquettes ; les vêtements blancs ne sont pas laissés aux patients ;.

Les personnels paramédicaux ont indiqué aux contrôleurs que les modalités de transport et d'installation dans la chambre permettent de faire un entretien infirmier informel mais important pour créer un lien avec l'arrivant.

Après l'installation du patient, le médecin de l'unité, avec l'infirmière ayant effectué l'accueil, reçoit celui-ci dans le bureau médical pour un entretien clinique d'évaluation aux fins d'établir la prescription médicamenteuse et le cadre de l'hospitalisation ; cette consultation a toujours lieu au plus tard dans la demi-journée de l'admission.

La loi du 5 juillet 2011 était, avant l'ouverture de l'UHSA, en application.

Tous les personnels ont été formés avant la mise en œuvre de la loi.

Les personnels qui ont été recrutés pour l'UHSA ont effectué des formations complémentaires.

Bien que cette loi n'ait pas amené de changement dans la nécessité de disposer d'un arrêté préfectoral de transfert pour des patients hors département, il s'avère que ces arrêtés ne sont pas régulièrement dûment classés (Cf. § 3.4.3).

3.1.1.2 Les patients admis en soins libres

Toute demande d'hospitalisation avec consentement intervient préférentiellement du lundi au vendredi de 9 h à 17 h. Des hospitalisations en urgence peuvent avoir lieu.

Depuis l'ouverture, les transports des personnes détenues demandant leur hospitalisation avec consentement ont été effectués par les services de l'administration pénitentiaire. Il n'a jamais été sollicité un transport sanitaire.

La procédure effectuée avant l'hospitalisation est identique à celle réalisée pour les admissions en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat, exception faite de la non saisine du préfet.

L'avis médico-administratif préalable à l'admission avec consentement est spécifique mais quasiment identique à celui réalisé pour l'ASPRE.

Il est également demandé un engagement de reprise.

Pour le transport, le médecin demandeur remet le dossier médical sous pli cacheté au responsable de l'escorte pénitentiaire en charge de l'accompagnement du patient détenu, alors qu'il est remis au personnel de santé pour l'ASPRE. Après l'accueil au greffe, le dossier médical est remis au personnel de santé.

La conduite de la personne détenue dans sa chambre est réalisée selon la même organisation que celle de l'accueil des patients en ASPRE.

Les **dossiers administratifs** sont classés dans une des armoires rotatives situées au service des admissions.

Ce dossier comprend deux sous-dossiers :

- un sous-dossier « couverture sociale » avec l'ouverture ou non des droits à l'assurance maladie, l'exonération ou non du ticket modérateur, l'intervention de la couverture maladie universelle complémentaire, le suivi ou non par un médecin traitant ;
- un sous-dossier « admission et sortie » avec une fiche de renseignements concernant l'admission, l'avis médico-administratif préalable à l'hospitalisation, l'engagement de reprise.

Au jour de la visite des contrôleurs, dix dossiers étaient en instance et traités par l'assistante sociale pour non ouverture des droits à l'assurance maladie.

3.1.1.3 Les hospitalisations des mineurs

Trois hospitalisations de mineurs ont eu lieu depuis l'ouverture, dont deux selon la modalité de l'ASPRE :

- un mineur né le 6 avril 1997 est entré en ASPRE le 28 janvier 2013 et sorti le 31 janvier 2013 ; ce dossier comportait l'accord de sa mère ;
- un mineur né le 13 avril 1995 est entré en soins libres le 12 février 2013 et sorti le 6 mars 2013 ; ce dossier comportait l'accord de sa mère ;
- un mineur né le 9 novembre 1995 est entré en ASPRE le 12 janvier 2013 et sorti le 17 janvier 2013, son hospitalisation ayant été transformée en soins libres ; malgré les recherches effectuées, il n'a pas été possible de recueillir le consentement de l'un ou des titulaires de l'autorité parentale.

Les modalités de transport et d'admission sont identiques à celles des autres patients.

Les trois mineurs concernés provenaient du quartier mineur du CP de Metz service médico-psychologique régional de Metz. Ils avaient été orientés par le pédopsychiatre du SMPR, lequel a conservé des contacts étroits avec le médecin de l'UHSA et figure sur la liste des personnels médicaux d'astreinte à l'UHSA.

Dans la mesure où l'un des mineurs ne proviendrait pas du SMPR de Metz, les praticiens hospitaliers de l'UHSA ont la possibilité de faire appel à l'un des pédopsychiatres du CPN.

Un des éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) de Nancy est désigné comme référent. Il est en contact avec le référent PJJ de la structure d'origine du mineur, ce qui a été le cas lors de l'admission en soins des trois mineurs sus mentionnés.

3.1.1.4 La préparation de l'hospitalisation

Les contrôleurs ont pu constater que les différents avis sollicités étaient émis.

Les contacts téléphoniques entre les équipes médicales sont effectifs.

Les demandes d'admission en soins sont motivées, les praticiens demandeurs connaissent le projet de soins.

Les modalités de transport sont arrêtées.

Le dossier médical de la personne détenue est fourni à l'équipe de l'UHSA et l'engagement de reprise est signé.

Lors de cette préparation il est également tenu compte du statut de la personne détenue : en 2012, sur 174 admissions, 109 étaient des condamnés et 65 des prévenus.

En ce qui concerne l'affectation dans les chambres, il est pris en considération les observations sur la nécessité de séparer les personnes détenues qui pourraient être concernées dans une même affaire.

Depuis l'ouverture, aucune des admissions sollicitées n'a été refusée ; pour les admissions en soins libre les dates ont été arrêtées d'un commun accord.

Il a été cité aux contrôleurs des cas où un praticien de l'unité sanitaire saisissait par téléphone un praticien de l'UHSA en vue d'un conseil, ce qui a pu éviter une admission en soins.

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, en lien avec le responsable pénitentiaire de l'UHSA et le directeur du centre hospitalier, le transport de la personne détenue à la date prévue. L'accord de l'autorité judiciaire en charge du dossier est obligatoire pour les prévenus. La décision de transférer un condamné est prise par la directrice interrégionale de Strasbourg 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 au personnel soignant. 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 ; sont également consignées sur cette fiche des informations concernant les parloirs, l'accès au téléphone ou les aménagements de peine en cours.

Avant son départ à 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.

Le patient-détenu est obligatoirement écroué au CP de Nancy-Maxéville. Si le patient provient de cet établissement, le dossier pénal reste au greffe du CP ; si le malade est transféré d'un autre établissement, le dossier pénal est conservé à l'« antenne-greffe » de l'UHSA. Il convient toutefois d'observer que la situation pénale du patient-détenu est gérée dans tous les cas par le CP de Nancy-Maxéville.

L'écrou est réalisé matériellement au sein même de l'UHSA où se situe une « antenne de greffe ». Les formalités d'écrou sont effectuées par un premier surveillant, de jour comme de nuit. Le règlement intérieur de l'établissement est remis par le service médical et les bons de cantine par les fonctionnaires pénitentiaires avec le planning des parloirs et les coordonnées téléphoniques de l'établissement.

La Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen de 1789 ainsi que le code de déontologie du service public pénitentiaire sont apposés dans le couloir menant à l'antenne de greffe. 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 plastifiée ; toutefois, chaque entrant reçoit une fiche sur laquelle figurent son nom, son prénom la date de son incarcération et son numéro d'écrou.

Au départ de son établissement d'origine, le patient-détenu n'a été autorisé à n'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'administration pénitentiaire toutes les semaines. 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 au centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville.

Après les formalités d'écrou, l'arrivant ne subit pas, sauf exception, une fouille intégrale. En effet, celle-ci a, de manière générale été déjà réalisée au départ de l'établissement par les agents d'escorte. Si tel n'est pas le cas au départ, la fouille se déroule alors dans un local aveugle d'une surface de 10 m², sommairement équipé d'un lavabo et d'une chaise. Trois patères sont fixées au mur. Un tapis en plastique évite le contact des pieds nus du patient avec le sol. Il n'existe pas de toilettes à la disposition des arrivants.

Un inventaire contradictoire des effets du patient est réalisé à l'arrivée mais aussi à la sortie sur un imprimé spécifique. Chacun s'accorde à reconnaître cependant que cette procédure contradictoire à l'arrivée est illusoire car « la plupart du temps, le patient est tellement perturbé qu'il est incapable de signer quoi que ce soit en toute connaissance de cause ».

A l'arrivée, il est remis systématiquement à chaque patient les objets suivants : deux serviettes, deux gants de toilette, un filet de lavage et un kit d'hygiène comprenant du papier toilettes, des mouchoirs, un savon, un peigne, une crème à raser, des rasoirs (remis à l'infirmière), un tube de dentifrice, une brosse à dents, un shampoing, des serviettes hygiéniques pour les femmes.

Lors de l'arrivée d'un patient, les contrôleurs ont constaté que l'inventaire avait été signé avant la remise du paquetage au malade.

Le local du vestiaire est lui aussi une pièce aveugle. Les effets de chaque patient sont disposés dans des bacs en plastique (0,60 m sur 0,40 m) posés sur des étagères. En l'absence de surveillant affecté au vestiaire, il revient à l'agent en poste fixe de gérer ce lieu de stockage.

Des vêtements, déposés sur des étagères, sont à la disposition des indigents : sous-vêtements colorés, jeans, pulls, claquettes, chemises de nuit ou pyjamas, paires de baskets ou espadrilles.

3.1.3 Le transport

3.1.3.1 Transport des patients admis en soins libres

Les patients admis en soins libres sont transportés par l'un des véhicules pénitentiaires, l'administration ayant à sa disposition des véhicules de marque Citroën de type C8.

Il s'agit de véhicules disposant à l'avant, outre le chauffeur, d'une place, à l'arrière de trois places ainsi que d'un siège rabattable situé près du coffre. La zone chauffeur est séparée de la zone arrière par un filet de protection.

L'administration pénitentiaire organise le déplacement.

Le chauffeur et le chef d'escorte se situent à l'avant.

Deux surveillants encadrent la personne détenue sur les trois sièges arrière.

La personne détenue est dotée d'une ceinture avec menottes à l'avant.

Le dossier médical, placé dans une enveloppe cachetée, est remis au chef d'escorte.

Depuis l'ouverture de l'UHSA, les praticiens n'ont jamais sollicité la médicalisation du transport pour une personne détenue admise en soins libres.

3.1.3.2 Transport des patients admis sans leur consentement

Le transport de ces patients est organisé avec deux véhicules :

- un véhicule sanitaire commandé par le CPN, dans lequel se trouvent la personne détenue sur un brancard avec à ses côtés deux soignants ; en général il s'agit d'un infirmier de l'unité d'accueil et d'un aide soignant de la deuxième unité de l'UHSA ;

Le rôle des soignants est décrit *supra* dans le § 3.1.1.1

Il a été indiqué aux contrôleurs que l'usage des harnais était systématique.

- un véhicule pénitentiaire, Citroën C8, avec le chauffeur et deux surveillants, lequel suit le véhicule sanitaire.

Lors de leur présence, les contrôleurs ont suivi l'arrivée d'un patient provenant de l'EPSM de Rouffach mais écroué à la maison centrale d'Ensisheim.

Dans le cas présent, les surveillants de l'UHSA ont récupéré à Ensisheim les pièces administratives et les effets personnels ; l'ambulance s'est rendue avec les personnels de santé à l'EPSM de Rouffach ; les deux escortes se sont retrouvées à Rouffach ; l'installation de la personne détenue a pu se faire dans l'ambulance et le convoi s'est mis en route.

3.1.3.3 Les extractions

Les extractions vers l'unité de médecine polyvalente et spécialisée (UMPS) située dans l'enceinte du CPN.

L'UMPS est un service du CPN principalement utilisée par les patients détenus à l'UHSA pour des consultations dentaires, de podologie, d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie.

Un accord entre l'administration pénitentiaire et le CPN prévoit que le transport vers ces consultations sera effectué par le véhicule Citroën C8 de l'administration pénitentiaire.

Les contrôleurs ont pu suivre l'organisation d'une consultation à l'UMPS pour une consultation en podologie.

Un surveillant pénitentiaire conduisait le véhicule. A ses côtés, un contrôleur accompagnait et a, avec l'accord de tous, pris la place de l'infirmière qui s'est positionnée sur le siège arrière près du coffre.

Sur la banquette arrière, la personne détenue était dotée d'une ceinture avec menottes à l'avant et encadrée par deux surveillants.

Le véhicule s'est positionné près d'une porte latérale du bâtiment, différente de la porte d'accès réservée au public.

A l'entrée du bâtiment est installé un lieu d'attente avec chaises. La consultation de podologie se situe au rez-de-chaussée. La personne détenue s'est rendue dans le local de consultation avec les deux surveillants et l'infirmière. La consultation et les soins aux pieds ont été effectués, la personne détenue restant menottée. La consultation achevée, le véhicule a ramené dans la même configuration la personne détenue à l'UHSA.

Les extractions vers le CHU de Nancy

Un patient en soins libres devait se rendre en consultation au CHU de Nancy.

Ce patient a été installé, non contenu, dans une ambulance avec à ses côtés une seule infirmière. Le véhicule pénitentiaire, avec le chauffeur et deux surveillants, suivait.

A l'arrivée au service des urgences du CHU, les surveillants ont installé la personne détenue sur un brancard après l'avoir menottée et dissimulé les menottes sous une couverture ; l'ambulancier dirigeait le brancard, il était suivi par les surveillants.

Il a été indiqué aux contrôleurs que c'était le praticien assurant la consultation qui décidait de l'éventuel démenottage.

Les extractions vers le TGI aux fins de présentation au JLD

L'organisation de ce transport est effectuée comme tout patient en ASPRE, à savoir le patient détenu contenu sur le brancard de l'ambulance avec deux soignants, suivi par le véhicule pénitentiaire.

A l'arrivée, le patient détenu est installé dans une geôle du TGI dans l'attente d'un transfert vers la salle d'audience.

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 rencontre un responsable de l'administration pénitentiaire, officier ou premier surveillant. Lors de cet entretien, le fonctionnement de l'UHSA est expliqué de manière succincte au malade. Un registre spécifique recueille les observations du fonctionnaire pénitentiaire concernant notamment « l'état d'esprit du patient-détenu arrivant ».

L'UHSA a fait le choix de ne pas être dotée d'un cahier électronique de liaison (CEL), qui permet au personnel pénitentiaire de faire partager un certain nombre d'informations utiles concernant les personnes détenues.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « cet outil informatique de gestion de la population pénale n'est pas externalisable hors le centre pénitentiaire »

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

A son arrivée, le patient est accueilli par un ou deux infirmiers selon son état clinique. Ceux-ci vont l'accompagner dans sa chambre et lui présenter rapidement le service.

Le choix de l'affectation dans l'unité du rez-de-chaussée ou dans celle de l'étage se fait lors de la décision d'admission, avant l'arrivée du patient, sur des critères cliniques : si des symptômes sont décrits comme bruyants, et que la prise en charge apparaît complexe, le patient sera positionné dans l'unité du bas.

Les femmes et les mineurs sont systématiquement hospitalisés au premier étage.

Un état des lieux de la chambre est réalisé avec l'infirmier et signé par le patient.

Des données administratives sur l'état-civil, la personne à prévenir en cas d'urgence et la personne de confiance que souhaite désigner le patient sont notamment renseignées.

Le patient est alors placé dans sa chambre dont la porte demeure fermée.

Il aura rapidement un entretien avec un médecin qui sera son psychiatre référent. Le règlement intérieur lui sera expliqué ainsi que le cadre de son hospitalisation.

A l'issue d'un **période d'observation**, les consignes concernant les sorties de la chambre et dans le jardin seront formulées au patient et notées dans le dossier informatisé. Pendant cette phase, le patient pourra se rendre dans le patio ou dans le jardin avec un ou deux soignants pour s'aérer et/ou fumer.

Le traitement est prescrit par le psychiatre. Selon les informations recueillies, la prescription comporte des hypnotiques « si besoin », des sédatifs, « si besoin ». La mise en chambre d'isolement est inscrite comme consigne mais n'est pas prescrite.

Après la phase d'observation, le patient pourra partager la vie du service.

3.3 Les reports et annulations d'hospitalisation

Depuis la mise en service de l'UHSA, il a été affirmé aux contrôleurs que « les hospitalisations ou extractions médicales n'avaient jamais été reportées dans la mesure où, le cas échéant, on mutualise nos moyens logistiques avec l'UHSI de Nancy ».

Toutefois, le 14 mars 2013, jour du contrôle, une extraction médicale pour un échodoppler a été reportée faute de personnel suffisant pour assurer l'escorte.

3.4 Les registres de la loi

Les registres de la loi sont situés au service des « admissions, facturations et recouvrements », au rez-de-chaussée du bâtiment administratif. Ils sont placés sous l'autorité d'un directeur adjoint, lequel est également chargé des finances ; un cadre administratif est le responsable de ce service.

3.4.1 Les locaux et le personnel.

Le service comprend trois secteurs :

- le secteur « soins sans consentement », dispose d'un local de 25 m², dans lequel sont installés matériellement les registres de la loi. Les dossiers de tous les patients en soins sans consentement (ASPRES et ASPDT) sont rangés dans des armoires ; dès que ces patients sont sortis, ils sont inclus dans des grandes armoires rotatives situées dans un bureau attenant ; les dossiers de patients sortis antérieurement à 2011 sont transférés aux archives ; la consultation des registres de la loi est malaisée car impliquant une manipulation.

Un agent à plein temps est chargé de la gestion des registres de la loi ; un agent à mi-temps est chargé des relations avec le JLD et l'agence régionale de la santé (ARS) ;

- le secteur « service facturation », installé dans un local de 20 m², est chargé de l'ouverture des droits et du recouvrement ; deux agents à plein temps y travaillent ;
- le secteur « accueil et gestion patients en soins libres » dispose d'un local de 50 m² ; y sont installées deux grandes armoires rotatives pour le classement des dossiers en cours ; trois agents à plein temps y travaillent, l'un d'entre eux assurant des remplacements dans les autres services.

3.4.2 Les livres de la loi.

Il existe :

- un registre de la loi à la fois pour les hommes et les femmes pour les admissions en soins psychiatrique à la demande de tiers ;
- un registre de la loi à la fois pour les hommes, les femmes de tout le CPN - psychiatrie générale et UHSA - pour les admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

Pour l'année 2012, il est enregistré 513 admissions sans consentement, dont 130 pour celles sur décision du représentant de l'Etat.

Cinquante-six ASPRES ont concerné des patients détenus admis à l'UHSA, soit 43 % de l'ensemble, étant noté que les premiers patients ont été accueillis à l'UHSA à compter du 5 mars 2012.

Les registres de la loi pour les patients admis en ASPRE sont notés du registre numéro un au registre numéro quatre. Les registres antérieurs distinguaient les patients hommes des patients femmes pour les deux catégories d'admissions.

Chaque registre comporte cent folios ; ils sont ouverts par le maire de Laxou qui signe également le dernier folio.

Toutes les pièces concernant le patient sont photocopiées et réduites à 50 % puis sont collées dans un ordre chronologique sur le folio de façon à ce que toutes soient consultables ; aucun tampon de l'établissement n'étant apposé, il n'est pas possible de savoir si les pièces ont été perdues ou échangées.

Pour les patients séjournant longtemps, dans la mesure où les folios existants ne sont pas suffisants, les pièces sont mises sur le registre en cours avec sur chacun des deux registres et sur les folios concernés le rappel du numéro du registre et du folio sur lesquels se trouvent les pièces du patient.

Le premier patient du registre numéro un a été admis le 20 mai 2011. Le premier patient du registre numéro deux a été admis le 5 mars 2012. Le premier patient du registre numéro trois a été admis le 7 mai 2012. Le premier patient du registre numéro quatre a été admis le 1^{er} décembre 2012 ; ce registre est en cours. La dernière entrée est datée du 8 mars 2013 sur le folio numéro cinquante-deux.

3.4.3 Les ASPRE de l'UHSA

Le premier patient détenu admis à l'UHSA figure sur le registre numéro deux. Il est arrivé le 8 mars 2012 en provenance du centre pénitentiaire de Nancy.

L'arrêté préfectoral du préfet de Meurthe-et-Moselle est ainsi libellé :

« Article 1 - M... est admis en soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète à l'unité hospitalière spécialement aménagée du CHS de Nancy-Laxou jusqu'au ..., sous réserve de l'éventuelle décision prise par le juge des libertés et de la détention.

Article 2 - Il peut être mis fin à tout moment, aux soins psychiatriques par décision préfectorale, le cas échéant sur proposition de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).

Article 3 - La régularité et le bien-fondé de la décision peuvent être contestés devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de Nancy dans le cadre d'une saisine sur le fondement de l'article L.3211-12 du code de la santé publique, ou à l'occasion d'un recours systématique initié par le représentant de l'Etat dans le département ou le directeur de l'établissement de santé d'accueil sur le fondement des articles L.3211-12-1 ou L.3213-5 du même code. Un recours peut également être formé auprès de la CDSP 54 par courrier à son président secrétariat, ARS de Lorraine - bureau 2108 - 4 rue Piroux - 54036 Nancy cedex.

Article 4 - le directeur de cabinet du préfet de Meurthe-et-Moselle, le directeur général de l'agence régionale de santé de Lorraine, le directeur du CHS de Nancy-Laxou et le directeur du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté dont avis sera adressé au procureur de la République de Nancy, aux maires de Nancy et Laxou, et notification à l'intéressé. ».

Les arrêtés portant admission en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) par transfert d'une personne détenue faisant déjà l'objet de soins psychiatriques dans un autre département sont effectués par le préfet du département d'origine et sont ainsi libellés :

« Article 1 - Est ordonnée l'admission par transfert en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète de M... dans l'unité spécialement aménagée (UHSA) de Nancy-Laxou dans les meilleurs délais.

Article 2 - La poursuite de la mesure sous la forme d'une hospitalisation complète est subordonnée à l'intervention du juge des libertés et de la détention dans les conditions prévues à l'article L.3211-12-1 du code de la santé publique.

Article 3 - Par décision préfectorale il peut être mis fin à tout moment aux soins psychiatriques en application des articles L.3113-4, L.3213-8 ou L.3213-9-1.

Article 4 - le directeur de cabinet de la préfecture de ... (département d'origine) et le directeur de l'établissement de santé sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté dont avis sera adressé au procureur de la République (du département d'origine), au maire de ... (commune d'origine), à la CDSP, à la famille et notification à M... .

Article 5 - recours contre cette décision peut être formé :

- sur la régularité formelle (pour en demander l'annulation) : devant le tribunal administratif de ... dans le délai de deux mois à compter de la notification du présent arrêté ;
- sur le bien-fondé de la mesure (pour demander qu'il y soit mis fin) : devant le JLD du tribunal de grande instance de Nancy.

La CDSP peut également proposer la levée de soins psychiatriques au préfet ou au JLD. Elle peut être saisie par courrier à son président, Immeuble Les Thiers - 4 rue Piroux - 54036 Nancy cedex. » .

Lorsque le JLD prend une décision il est noté par exemple la mention « Ordonnance du JLD du ... dont le dispositif est « maintien » ».

Lorsque les mesures ont été notifiées, il est noté la mention « Notifié le ... ».

Les contrôleurs ont examiné les trois registres - numéros deux, trois, quatre - dans lesquels les dossiers des patients détenus en ASPRE sont inscrits ; deux constats ont été particulièrement effectués :

- **les arrêtés préfectoraux**

Tous les arrêtés portant admission en soins psychiatrique en unité hospitalière spécialement aménagée du préfet de Meurthe-et-Moselle sont consignés dans le registre de la loi, de même que les arrêtés de levée.

Les arrêtés portant admission en soins psychiatriques d'une personne détenue et transfert en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) émanant d'un département hors Meurthe-et-Moselle sont très peu souvent consignés dans le registre de la loi.

Sur vingt-sept cas d'ASPRE examinés par les contrôleurs, onze émanaient d'un arrêté du préfet de Meurthe-et-Moselle, seize patients détenus ont fait l'objet d'un transfert d'un autre département mais seuls quatre arrêtés préfectoraux du département d'origine sont consignés, alors que le préfet de Meurthe-et-Moselle a visé lesdits arrêtés.

Les contrôleurs ont constaté qu'au 14 mai 2012, neuf patients hors département avaient été admis ; c'est uniquement à cette date que le registre de la loi comportait les deux arrêtés préfectoraux. Des constats similaires, à savoir l'absence de l'arrêté de transfert, ont été effectués par la suite.

Il a été indiqué aux contrôleurs que l'arrêté de transfert se trouvait dans les dossiers des patients.

Il a été examiné dix dossiers de patients détenus arrivés d'un département hors Meurthe-et-Moselle ; seuls huit dossiers disposaient des deux arrêtés préfectoraux.

Les contrôleurs ont constaté que pour les dossiers qui comportaient les deux arrêtés préfectoraux des patients détenus des départements hors Meurthe-et-Moselle, l'arrêté du préfet de Meurthe-et-Moselle suivait de très près l'arrêté de transfert du préfet du département hors Meurthe-et-Moselle.

Il est cité quelques exemples :

	Arrêté préfet hors 54	Arrêté préfet 54
Patient 1	14/03/2012	15/03/2012
Patient 2	21/03/2012	23/03/2012
Patient 3	21/03/2012	21/03/2012
Patient 4	23/03/2012	23/03/2012
Patient 5	26/03/2012	26/03/2012
Patient 6	02/04/2012	03/04/2012
Patient 7	17/04/2012	18/04/2012
Patient 8	30/04/2012	30/04/2012

- **Les notifications**

La préfecture de la Meurthe-et-Moselle transmet un courrier au CPN ainsi libellé :

« En application de l'article L.3213-9 du code de la santé publique, j'ai l'honneur de vous transmettre :

une copie de l'arrêté préfectoral en date du ... concernant les soins psychiatriques

de M...

né le ...

domicilié à ...

ainsi qu'un courrier que je vous saurais obligé de bien vouloir remettre ou faire parvenir à l'intéressé. ».

La notification à l'intéressé est ainsi libellée :

« M... reconnaît avoir reçu une copie de l'arrêté préfectoral en date du ... concernant ... admission ... maintien ... levée ... et ce avec signature et date par l'intéressé. ».

S'il y a refus de signature ou impossibilité, cela doit être attesté par la personne ayant constaté ce refus ou cette impossibilité.

Les contrôleurs ont constaté que sur vingt-huit cas qui nécessitaient une notification, celle-ci a été effectuée uniquement dans quatre cas, dont une effectuée par le JLD.

D'autre part, les notifications effectuées émanant de la prise de l'arrêté préfectoral sont très postérieures à la date de l'arrêté. Quelques exemples sont cités ci-dessous

	Arrêté préfectoral	Notification
Patient 1	03/05/2012	14/10/2012
Patient 2	15/05/2012	24/08/2012
Patient 3	27/06/2012	16/08/2012
Patient 4	10/07/2012	05/11/2012
Patient 5	12/07/2012	02/08/2012
Patient 6	23/07/2012	02/08/2012
Patient 7	14/08/2012	06/09/2012
Patient 8	30/08/2012	12/09/2012
Patient 9	31/08/2012	13/09/2012
Patient 10	21/09/2012	04/10/2012
Patient 11	24/01/2013	19/02/2013

En ce qui concerne les ordonnances prises par le JLD, elles sont toutes transmises et notifiées à la fin de l'audience.

3.5 La visite des autorités

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est dûment constituée depuis un arrêté préfectoral du 31 août 2010 ; tous les postes sont pourvus.

Depuis l'ouverture de l'UHSA, à savoir mars 2012, et jusqu'au 31 décembre 2012, dix visites de la commission au CPN ont eu lieu.

Lors d'une des visites, soit le 20 novembre 2012, la CDSP a étudié la situation des patients de l'UHSA : six dossiers ont été examinés et trois patients ont été auditionnés.

La prochaine réunion de la CDSP à l'UHSA est programmée le mardi 26 mars 2013. Les visites sont annoncées, les patients détenus peuvent demander à être auditionnés.

Toutes les dates de visites de la CDSP au CPN sont mentionnées sur le registre de la loi. Depuis l'ouverture de l'UHSA aucune visite d'un représentant du parquet n'a eu lieu.

3.6 Les audiences avec le juge des libertés et de la détention

Dans le cadre de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011, diverses réunions ont été organisées durant l'été 2011 avec l'ensemble des partenaires concernés afin de définir les grandes lignes des pratiques communes.

Etaient notamment présents : la présidente du tribunal de grande instance (TGI), les juges des libertés et de la détention, des membres du parquet, des greffiers, des représentants de l'ARS, des représentants de la préfecture, la direction du CPN et les praticiens hospitaliers psychiatres ; les représentants des avocats n'avaient pas été conviés.

Lors de telles rencontres il a été indiqué par la présidente du TGI que les audiences ne pourraient avoir lieu qu'au sein du TGI, faute de moyens humains et matériels. La visioconférence n'a pas été envisagée ; les JLD ont exprimé leur réticence vis à vis de cet outil, en raison notamment des problèmes techniques rencontrés mais aussi de la déshumanisation qui en aurait résulté ; de plus il a été indiqué qu'un tel outil ne paraissait pas opportun pour des personnes présentant des troubles psychiatriques.

La nouvelle procédure a été mise en œuvre avec des moyens constants. Les JLD ont indiqué regretter la lourdeur de la procédure et la charge importante de travail supplémentaire qu'elle impose, en particulier pour les greffiers ; dans un premier temps un vacataire a néanmoins pu être recruté afin de soulager momentanément ces derniers ; il a été également évoqué le risque de travail supplémentaire du fait de la spécialisation d'avocats dans ce contentieux.

L'ouverture de l'UHSA n'a pas entraîné de modification de la procédure qui a été arrêtée. Il n'a pas été évoqué une remise en cause de celle-ci dans le contexte des ASPRE de l'UHSA.

3.6.1 La saisine du JLD.

Au sein de chaque unité, selon un calendrier perpétuel ⁴ mis au point par le service central des admissions, chaque secrétariat se charge de réunir les certificats médicaux exigés par la loi. Les documents sont ensuite transmis au service des admissions, qui les adresse à l'ARS. Ce document est ainsi libellé :

« En vue de votre saisine du juge des libertés et de la détention, j'ai l'honneur de vous transmettre les documents ci-dessous concernant :

Madame ...

- Avis conjoint de deux psychiatres,
- Avis médical constatant la possibilité d'assister à l'audience,

⁴ Ce calendrier permet, à partir d'une décision d'admission prise un jour donné, d'indiquer la date butoir à laquelle doit être établi chacun des certificats médicaux exigés par la loi.

- Avis du collège éventuellement,
- Avis médical constatant l'impossibilité d'audition du patient,
- Dernière ordonnance du JLD,
- Mesure de protection éventuelle ; Si oui adresse du mandataire judiciaire ».

Par la suite, c'est l'ARS qui saisit le JLD.

Le JLD transmet par télécopie une lettre au directeur du CPN et à la personne concernée.

La lettre au directeur est ainsi libellée :

« Suite à la saisine du préfet en date du ... aux fins de contrôler la mesure d'hospitalisation complète concernant ... je vous informe que je tiendrai à mon cabinet, au TGI de Nancy, rue du Général Fabvier, 54035 Nancy (2ème étage aile bleue - demander l'accueil).

Le ... à ...

L'audience aux fins de contrôler cette mesure.

Je vous demande aussi de vouloir notifier à l'intéressé aussitôt que possible la date de l'audience et les droits afférents au moyen de l'avis joint.

Je vous remercie de bien vouloir faire assurer la conduite et l'escorte de l'intéressé vers le TGI de Nancy, sa surveillance pendant l'audience puis sa reconduite par les membres habilités du personnel infirmier de votre établissement ».

La lettre du JLD à la personne concernée est ainsi libellée :

« Suite à la saisine du préfet en date du ... aux fins de contrôler la mesure d'hospitalisation complète dont vous faites l'objet au CPN de Nancy-Laxou, je vous informe que se tiendra à mon cabinet, au TGI de Nancy

Le ... à ...

L'audience aux fins de contrôler cette mesure ».

Au bas de cet avis se situe le récépissé de réception est ainsi libellé :

« La personne hospitalisée ... au CPN de Nancy-Laxou

Reconnaît avoir reçu notification de la date d'audience devant le JLD pour le contrôle de la mesure d'hospitalisation complète et des droits dont je dispose par le biais du formulaire ci-joint.

date de remise du formulaire et avis :

Le

Signature de la personne hospitalisée

la personne hospitalisée

ne peut ou ne veut pas signer

Le

Signature du personnel de santé »

Le formulaire relatif à la notification des droits comporte deux parties :

- une partie « droits de consultation » ; il s'agit de la consultation du dossier au greffe du tribunal sans qu'il soit possible d'en prendre copie ou d'avoir accès dans l'établissement aux mêmes documents ;
- une partie « droit de choisir son avocat ... ou de demander au juge d'en désigner un d'office » avec les précisions concernant l'éventuelle obtention de l'aide juridictionnelle.

A titre d'exemple, il est fait état des échéances pour l'un des cas :

- saisine du JLD par l'ARS : 7 mars ;
- avis d'audience par le JLD fixée au 11 mars transmise par télécopie au CPN le 8 mars ;
- signature de l'avis de remise du formulaire par la personne hospitalisée le 8 mars.

Le patient est informé de la date de la tenue de l'audience par le soignant qui vient lui faire signer le formulaire de convocation.

3.6.2 L'audience.

Elle a lieu le lundi et le jeudi matin.

Elle est organisée au sein des cabinets des JLD et non dans une chambre correctionnelle « afin d'en limiter le caractère formel et de favoriser une certaine proximité avec les patients ».

Le transport à l'audience est organisé suivant la description effectuée *supra* au paragraphe 3.1.3.3.

Le temps du trajet entre le CPN et le tribunal est de vingt minutes environ pour une distance de 4 km.

L'escorte amène la personne aux geôles du TGI ; il s'agit d'un circuit différent de celui emprunté par l'escorte des autres personnes hospitalisées au CPN.

Par la suite, menottée, elle est accompagnée par l'escorte pénitentiaire et le personnel soignant, vers le cabinet du JLD en empruntant un ascenseur interdit au public ; dans la mesure où une attente est nécessaire, la personne est conduite dans une salle réservée à la population pénale.

Durant l'audience, le patient détenu est accompagné d'un soignant ainsi que d'un surveillant pénitentiaire ; l'audience est publique et se déroule porte ouverte. Selon les informations recueillies, le public ne s'est pas présenté pour des personnes détenues mais se déplace pour des patients hors UHSA.

Les représentants du parquet sont ponctuellement présents de même que les représentants de la préfecture. Un avocat est systématiquement présent si la personne est dans l'impossibilité de comparaître, du fait d'un certificat médical de contre-indication.

Le port des menottes peut être maintenu durant l'audience « selon le risque, notamment d'évasion, que présente le patient ».

Les JLD ont indiqué que l'appréciation du bien-fondé de la mesure d'hospitalisation sans consentement était difficile, notamment eu égard « au manque de formation et de méconnaissance du public qui leur était présenté et donc de la peur de ne pas maîtriser la tournure de la discussion ».

3.6.3 La notification.

L'ordonnance du juge est rendue immédiatement - sauf si l'état du patient ou la difficulté du dossier ne le permet pas - et remise à la personne hospitalisée à l'issue de l'audience, laquelle signe un reçu.

Cette ordonnance est également remise à l'issue de l'audience « aux accompagnateurs de la personne hospitalisée pour le directeur de l'hôpital » et au préfet de Meurthe-et-Moselle sous couvert de l'ARS par télécopie.

Si la personne n'a pas pu comparaître, elle lui est notifiée par lettre recommandée ou par télécopie.

L'avis de transmission de l'ordonnance est également effectué au procureur de la République.

Pour l'ensemble de l'année 2012 et pour tout le département, les deux JLD ont effectué 611 audiences - 124 pour des ASPRE, 487 pour des ASDT -.

Pour les personnes détenues patientes, le CPN a effectué durant la même année, trente-sept saisines du JLD - neuf ont été conduites à l'audience, une ordonnance de levée a été effectuée -.

Pour l'année 2013 -du 1er janvier au 13 mars-, sur onze saisines effectuées, six patients détenus se sont rendus à l'audience ; aucune ordonnance de levée n'a été prononcée.

L'ensemble des acteurs estime que les relations entre les JLD et le CPN sont bonnes.

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 : poste protégé de la porte d'entrée, agent chargé du sas piétons et du sas véhicules, poste de centralisation de l'information (PCI), un agent d'intervention ainsi que quatre agents pour assurer les escortes.

Une équipe « infrastructure » effectue douze heures et quinze minutes de travail par jour, de 6h45 à 19h, avec une pause de trois-quarts d'heure au moment du déjeuner.

Le rythme de travail, qualifié de « confortable » par les agents rencontrés par les contrôleurs, est le suivant : escorte (10h15), infrastructure (12h15), nuit, trois journées de repos (parfois quatre).

Cette organisation fonctionne en sept équipes de quatre agents et un poste fixe.

Les congés sont pris par équipe en trois périodes : quatorze jours, vingt et un jours, puis à nouveau quatorze jours.

4.1.2 Les conduites sur les plateaux techniques

La plupart du temps, la conduite vers les plateaux techniques s'effectue vers les unités médicales internes à l'hôpital, notamment pour les soins dentaires et en ophtalmologie. Les soins somatiques peuvent également être dispensés sur le CHU Brabois de Nancy distant d'une dizaine de minutes en véhicule ou sur l'hôpital central.

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.

Du 1^{er} janvier au 15 mars 2013, quarante-trois patients détenus ont été conduits sur des plateaux techniques.

Dans l'hypothèse où une hospitalisation en soins somatiques est décidée, la présence d'une garde policière statique est demandée à la préfecture. Cette situation s'est produite une seule fois depuis la mise en service de l'UHSA ; elle est exceptionnelle car les patients détenus de l'UHSA qui nécessitent des soins somatiques avec hospitalisation sont dirigés vers l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de Nancy. Il convient également de souligner que nombre de difficultés sont aplanies du fait que ce sont les praticiens de l'UHSI qui interviennent à l'UHSA pour les soins somatiques ce qui facilite les échanges.

4.2 L'organisation des soins.

4.2.1 Le projet médical

L'UHSA souhaite offrir non seulement les chimiothérapies les plus adaptées mais une large palette de soins institutionnels basés sur l'expression ou des activités thérapeutiques et informelles.

L'UHSA dispense les soins habituels d'un secteur psychiatrique en milieu hospitalier pour la population générale.

L'équipe médicale détermine le projet thérapeutique pour chaque patient, assure la gestion des dossiers réglementaires et l'information des patients ainsi que la communication avec les médecins traitants à la demande du patient.

Le projet de soins évolutif au fil de la prise en charge du patient est élaboré et proposé en fonction de l'état clinique. Des temps de soins individuels avec des entretiens médicaux et infirmiers sont proposés avec des temps d'accompagnement du quotidien ainsi que des temps de soins en groupe d'activités ou à médiation dans les différents moments de la journée ainsi que le soir.

4.2.2 Les patients

4.2.2.1 Les patients de l'unité du rez-de-chaussée

A l'unité du rez-de-chaussée, le jour de la visite des contrôleurs, la situation était la suivante :

- quinze hommes étaient hospitalisés ;
- huit patients avaient été admis en SDRE et sept en soins libres ;
- la durée d'hospitalisation la plus longue en SDRE était de cinq mois ;
- la durée d'hospitalisation en soins libres était de six mois ;
- le patient le plus âgé avait 63 ans, le plus jeune, 27 ans.

4.2.2.2 Les patients de l'unité du premier étage

A l'unité du premier étage, le jour de la visite des contrôleurs, la situation était la suivante :

- douze hommes et trois femmes étaient hospitalisés ;
- un homme avait été admis en SDRE ;
- la durée d'hospitalisation la plus longue en SDRE était de quatre mois ;
- la durée d'hospitalisation la plus longue en soins libres était de un an ;
- le patient le plus âgé avait 86 ans, le plus jeune, 18 ans.

4.2.3 Les soins psychiatriques

L'unité du rez-de-chaussée correspond à une unité d'accueil pour des patients dont les troubles psychiatriques sont les plus bruyants, imprévisibles parfois avec des troubles du comportement en lien avec leur pathologie. Dans cette unité les projets de soins sont très individualisés avec des temps en chambre qui peuvent être plus importants en fonction de l'état du patient. Les patients bénéficient d'activités pratiquées en individuel avec un ou deux soignants puis en groupe quand leur état leur permet.

L'unité du premier étage permet des soins plus variés avec une autonomisation plus grande des patients. Y sont admis les femmes et les mineurs et les personnes les plus vulnérables.

Les patients peuvent prendre, en fonction de leur état clinique, leur repas en chambre ou dans la salle à manger.

La **journée-type** des patients se déroule ainsi :

- 8h : petit déjeuner en chambre ;
- 8h30-9h : accès au jardin ;
- 9h30 : fermeture des chambres et libre circulation jusqu'à 11h30 ;
- 11h30 : distribution individuelle des médicaments dans chaque chambre, porte fermée ;
- 12h-12h30 : déjeuner dans la salle à manger ;
- 12h30-13h : libre accès au jardin ;
- 13h-14h : temps de repos en chambre, porte fermée ; (13h45-14h temps de transmission soignants);
- 14h-16h : fermeture des chambres, libre circulation ;
- 16h-16h30 : café dans la salle à manger ;
- 16h30-18h : chaque patient dans sa chambre ;
- 18h30-19h : dîner ;
- 19h-19h30 : libre accès au jardin ;
- 19h30-8h : fermeture des chambres pour la nuit.

Les clefs des fenêtres sont données aux patients sur prescription médicale, lors de l'admission. Concrètement, il apparaît comme exceptionnel de ne pas les leur remettre.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique qu'il n'y a pas de clefs aux fenêtres. Les contrôleurs maintiennent leur point de vue.

Les patients disposent également des clefs de leur chambre et de leur placard dites « clefs de confort ». Ils les conservent sur eux. Selon les informations recueillies, aucune perte de clef n'a été signalée.

Lorsqu'un patient a besoin de rester en dehors des sollicitations, il peut lui être proposé de prendre son repas dans sa chambre.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement précise : les repas en collectivité sont privilégiés mais si l'état clinique du patient le demande, ils peuvent être pris en chambre sur indication médicale.

Chaque patient a un emploi du temps comportant ses activités qui est remis à jour en fonction des décisions prises en réunion clinique.

Les **activités** sont effectuées sur prescription médicale. Elles sont déterminées en fonction des indications cliniques.

La **télécommande du poste de télévision** de la chambre est remise au patient à son admission. La commande de tous les postes de télévision est située dans le poste infirmiers. Le fonctionnement des téléviseurs est interrompu (sauf évènement exceptionnel) de 23h à 7h.

Les neuroleptiques d'action prolongée sont prescrits pour préparer la sortie des patients.

Les psychiatres prescrivent les **traitements de substitution** aux opiacés en tant que de besoin. Le jour de la visite des contrôleurs, quatre patients prenaient du Subutex® (deux au rez-de-chaussée et deux au premier étage et deux de la méthadone (un dans chaque unité)

4.2.4 La procédure d'isolement

Il a été remis aux contrôleurs un document intitulé « procédure de mise en chambre d'isolement » valide et applicable jusqu'en mai 2012 et en cours de réactualisation. Il a été rédigé par le président de la CME et approuvé par le directeur de l'établissement de santé en mai 2009.

Il « définit l'utilisation de l'isolement thérapeutique et décrit les missions de chaque intervenant dans le processus afin de garantir la sécurité de l'isolement du patient ».

Il est notamment précisé que « si la décision d'isolement peut être prise en l'absence d'un médecin, notamment en cas d'urgence, une décision médicale doit venir dans tous les cas confirmer l'indication d'isolement sous la forme d'une prescription dans l'heure qui suit le début de l'isolement ».

Il est également indiqué que « la surveillance se réalise dans trois dimensions principales, psychiques, physiques et biologiques. Une visite médicale est assurée dans les deux heures qui suivent le début de l'isolement. Le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par jour. Chaque visite est tracée. Les documents (feuille de surveillance, rapport d'accident...) sont intégrés au dossier du patient ».

Il est précisé qu'il est vérifié que la modalité d'hospitalisation du patient est compatible avec l'isolement.

Un logigramme récapitule tous les détails du processus avec le rôle de chaque acteur.

Il n'est pas prévu de registre permettant de retracer les mesures de placement des patients dans les chambres de soins intensifs.

Selon les informations recueillies, le recours à la chambre de soins intensifs n'est pas fréquent et le séjour ne dure pas longtemps, « jamais plus de douze heures ». A titre d'exemple, le dernier placement concernait un patient en SDRE présentant des troubles du comportement et un mésusage de tous les produits ; il a été placé en chambre de soins intensifs le 27 février le soir et il en est sorti le lendemain matin.

4.2.5 Les chambres de soins intensifs

Il existe deux chambres de soins intensifs (CSI) dans chaque unité.

Durant toute la visite des contrôleurs, les CSI sont demeurées inoccupées.

La CSI est composée d'un sas et de la chambre proprement dite. **Le sas**, d'une surface de 3,96 m² ou 5,59 m², est équipé d'un bouton d'appel. Il dispose d'un accès d'urgence au local sanitaire de la CSI.

Chaque **chambre** est équipée d'un lit métallique scellé au sol de 2 m sur 0,93 m avec un bouton d'appel situé à proximité de la tête de lit et d'un poste de télévision dont l'écran de 0,56 m est placé sous une protection en plastique. La pièce est éclairée par une fenêtre identique à celle des chambres ordinaires et par un plafonnier, trois néons situés près du lit et une veilleuse. La chambre dispose d'un **local sanitaire** avec double accès dont la porte du patient peut être condamnée sur prescription médicale. Il comprend un WC en inox avec distributeur de papier hygiénique, un lavabo en inox surmonté d'un miroir de 1 m sur 0,50 m et d'une douche à l'italienne avec mitigeur. La pièce est équipée d'un plafonnier, d'un bouton d'appel et d'une poubelle en plastique.

Une des deux chambres de soins intensifs est dotée d'une lucarne carrée de 0,87 m de côté munie d'un store donnant sur la salle de soins. Selon les informations recueillies, elle est prioritairement utilisée pour le placement d'un patient du fait des possibilités de surveillance.



Chambre de soins intensifs vue du poste infirmier

Les surfaces des CSI sont légèrement différentes au rez-de-chaussée et au premier étage : le tableau suivant indique les surfaces des CSI et des locaux sanitaires selon l'étage :

	Avec lucarne	Sans lucarne
Surface chambre RDC	9,3 m ²	10,09 m ²
Surface local sanitaire RDC	4,1 m ²	4,03 m ²
Surface chambre 1 ^{er}	8,05 m ²	9,58 m ²
Surface local sanitaire 1er	3,62 m ²	3,49 m ²

4.2.6 Les mesures de contention

Il a été remis aux contrôleurs un document relatif à la « mise en place de contentions chez la personne âgée » qui fait référence aux bonnes pratiques de soins dans les EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

Selon les informations recueillies, le recours à la contention serait rarissime, de l'ordre de trois depuis l'ouverture de l'UHSA et pour des durées de deux à trois heures, toujours pour des patients placés en chambre de soins intensifs. La contention aurait été utilisée pour des patients présentant des troubles importants du comportement avec une impulsivité.

Il n'existe pas de registre permettant de retracer les mesures de contention. Selon les indications données aux contrôleurs, la traçabilité de la surveillance de la contention est effectuée dans le dossier de soins infirmiers.

4.2.7 Les soins somatiques

Tous les matins, du lundi au vendredi, un médecin de l'UHSA assure le suivi somatique des patients de l'UHSA.

Il examine systématiquement les patients venant d'être admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) et les patients pour lesquels des demandes de consultations ont été faites par les soignants ou les psychiatres. Les examens somatiques se déroulent dans la salle de soins en présence d'un infirmier.

Les prescriptions médicales sont enregistrées sur le logiciel « Pharma ».

Selon les informations recueillies, la prise en charge somatique s'effectue sans aucune difficulté. Les patients de l'UHSA bénéficient des mêmes prestations que ceux de l'ensemble du CPN. De plus le fait que le médecin exerce à la fois à l'UHSA et l'UHSI facilite l'accès aux consultations et au plateau technique du CHU.

Les examens biologiques sont traités par un laboratoire privé de la ville qui adresse les résultats par télécopie puis sous forme de document papier.

Les examens d'imagerie sont réalisés sur le site de Brabois du CHU ; les consultations de spécialité sont effectuées à l'hôpital central ou au CHU.

Des consultations dentaires, de podologie, d'ophtalmologie et d'ORL ont lieu sur le site du CPN.

L'ensemble des données médicales du CPN sont informatisées (contrairement à celles du CHU).

4.2.8 Les hospitalisations pour des soins somatiques

Si l'état d'un patient nécessite un bilan complexe, il est décidé de l'admettre à l'UHSI, pour limiter le nombre de consultations et d'extractions.

Le bilan d'activité de l'UHSA de l'année 2012 n'a pas quantifié le nombre de patients hospitalisés à l'UHSI.

Compte tenu des bonnes relations entre l'UHSA et l'UHSI, un psychiatre de l'UHSA peut être sollicité pour un avis de manière ponctuelle et afin d'évaluer une indication d'hospitalisation à l'UHSA.

4.2.9 Les réunions institutionnelles

Les réunions programmées traduisent la volonté d'assurer la meilleure communication possible entre les équipes :

- réunion du personnel tous les jours à 9h et 13h45 dans chaque unité ;
- réunion quotidienne des cadres avec les officiers de l'administration pénitentiaire pour faire le point sur les événements ;
- réunion clinique hebdomadaire : mardi matin de 9h15 à 11h à l'unité du rez-de-chaussée et jeudi matin de 9h15 à 11h à l'unité du 1^{er} étage ;
- réunion de fonctionnement : le vendredi matin une fois par mois ;
- réunion de bibliographie : le vendredi matin une fois par mois de 10h à 11h : la prochaine était programmée le 15 mars 2013 ;
- réunion tous les trimestres avec l'ergothérapeute, les éducateurs sportifs et les infirmiers référents des activités thérapeutiques : la dernière a eu lieu le 23 janvier 2013 ;
- dans le cadre du projet médical d'établissement, groupes de travail « personnes placées sous main de justice » : 8 janvier, 22 janvier, 5 février, 19 février, 12 mars, 19 mars 2013.

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 agent en poste fixe.

Les demandes de permis de visite doivent être adressées à l'autorité judiciaire pour les personnes prévenues et au directeur du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville pour les personnes condamnées. Aucune demande n'est instruite à l'UHSA.

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

Les visites des familles et des proches ont lieu du mardi au dimanche de 13h30 à 16h et le samedi de 9h à 16h.

La durée d'un parloir est de 45 minutes. Trois tours sont prévus en semaine à 13h30, 14h45 et 16h et cinq tours le samedi à 9h, 10h15, 13h30, 14h45 et 16h.

Les réservations des familles s'effectuent par téléphone du lundi au vendredi, de 9h à 11h30. Il n'existe pas de délai d'attente : toutes les demandes sont satisfaites y compris la veille pour le lendemain. Les rendez-vous ne sont pas enregistrés plus d'une semaine à l'avance, à cause d'un transfèrement possible.

Pour les doubles parloirs, les patients et les visiteurs font une demande écrite au responsable pénitentiaire 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 s'il effectue un trajet important.

Des restrictions médicales aux parloirs peuvent être prononcées : deux ont été recensées depuis l'ouverture de l'établissement. Si le patient présente des troubles qui risquent de compromettre la visite, le médecin informe la famille et organise un report. Les familles ou les personnes désignées tiers digne de confiance peuvent, à l'occasion des parloirs, rencontrer l'équipe médicale en charge de leur proche.

Sur les trente-neuf patients présents le jour du contrôle, onze seulement recevaient des visites.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les nombreuses ruptures familiales et l'éloignement géographique de certaines familles expliquaient ce nombre limité.

5.1.1.1 Les visites des familles

Avant l'accès aux parloirs, il n'existe pas de lieu d'accueil des familles au sein de l'hôpital mais les visiteurs peuvent s'asseoir devant l'entrée de l'établissement sur un banc protégé des intempéries par un auvent.

La note de service 03/2012 du 5 mars 2012, du directeur du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville, décrit précisément la procédure des parloirs :

- « vingt 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 détection des masses métalliques et du bagage à main) ;
- 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 prend les sacs de linge qu'il remettra après contrôle au personnel médical ;
- il réceptionne les patients détenus conduits par le personnel médical jusqu'au niveau du PCI, les fouille par palpations et les conduit jusqu'à la cabine concernée ;
- il pose une marque à l'aide d'un tampon à l'encre invisible sur la main gauche des patients détenus ; il prend les sacs de linge sortant pour contrôle ;
- à la fin de la visite l'agent sort les patients détenus des cabines et les place dans la salle d'attente après avoir vérifié par lampe infrarouge la marque apposée sur la main gauche ».

Après la réalisation des fouilles intégrales, l'agent en charge des parloirs autorise l'agent du sas à faire sortir les visiteurs de l'établissement.

Les proches peuvent apporter du linge sous réserve que le nombre total de vêtements possédés par le patient ne dépasse pas dans leur chambre la quantité énumérée ci-dessous :

2 serviettes de petite taille	2 pyjamas
2 gants de toilette	2 pantalons, 2 jupes, 2 robes
6 slips et 6 soutiens-gorge	2 pulls
6 paires de chaussettes	1 veste sans capuche
6 maillots de corps	1 paire de pantoufles
6 tee-shirts	1 paire de chaussures

5.1.1.2 Les autres visites

Les avocats et les visiteurs de prison peuvent se rendre à l'établissement du lundi au samedi de 9h à 11h30 après avoir pris rendez-vous et « sous réserve d'une compatibilité avec le projet thérapeutique engagé, prononcée par le praticien hospitalier » (notes de service 84/2012 et 108/2012). L'information relative à la visite d'un avocat ou d'un visiteur de prison est systématiquement communiquée au partenaire de santé.

Les visites ont lieu dans les parloirs famille.

Les avocats sont autorisés à entrer avec leur ordinateur portable. Une prise de courant leur est accessible.

5.1.2 Le téléphone

Chaque unité de l'UHSA dispose d'un *point phone* installé dans le couloir de circulation et partiellement encastré dans le mur ; les modalités d'utilisation y sont affichées et une chaise est à disposition du patient. **Dans ce lieu de passage, la confidentialité des conversations n'est pas assurée et les écoutes parfois difficiles notamment avec l'un des deux appareils situé à proximité d'un baby-foot.**

Les règles d'accès sont celles de l'administration pénitentiaire ; la gestion technique est assurée par la société SAGI et l'écoute réalisée par le vaguemestre. A leur arrivée, les patients, prévenus comme condamnés, disposent d'un crédit téléphonique d'un euro pour contacter leurs proches.

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 poste téléphonique.

Chaque mois, une fiche de compte est remise aux patients ; avant leur départ de l'établissement, ces derniers reçoivent un relevé récapitulatif réalisé par le service comptabilité du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville.

Sauf contre-indication médicale, les lignes téléphoniques sont accessibles :

- de 9h30 à 11h30 ;
- de 12h30 à 13h ;
- de 14h à 18h30 ;

- de 19h à 19h30.

Les contrôleurs n'ont pas constaté de difficultés d'accès ou de délais d'attente pour téléphoner, le nombre d'utilisateurs étant peu important.

Les familles ne sont pas autorisées à téléphoner à leur proche mais peuvent joindre l'équipe soignante.

5.1.3 Le courrier

Les patients peuvent émettre et recevoir librement des correspondances écrites sous réserve des dispositions particulières applicables aux personnes écrouées.

Le personnel soignant rassemble le courrier à expédier, le remet au vaguemestre qui le transporte le jour même au centre pénitentiaire de Nancy pour contrôle et expédition.

Les personnes démunies peuvent recevoir sur demande un bloc de correspondance, deux enveloppes, deux timbres et un stylo à bille.

Le nombre de correspondances échangées est très limité : un seul patient écrit régulièrement.

5.2 Les règles de vie

5.2.1 La cantine

A l'arrivée d'un patient, celui-ci est autorisé à rédiger un bon de cantine arrivant. Ce bon comporte du tabac, des produits d'hygiène et des nécessaires de correspondance. Les mineurs ne sont pas autorisés à commander du tabac. La livraison sera effectuée le lendemain si la commande a été effectuée le matin ou le surlendemain si elle a été faite l'après-midi. Les livraisons ne peuvent avoir lieu les samedis, dimanches et jours fériés.

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 » 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 commande de la cantine et les bons de blocage sont remis aux patients chaque vendredi soir par le personnel soignant qui les récupère le mardi matin et les transmet au vaguemestre. Ce dernier les communique à la régie des comptes nominatifs du centre pénitentiaire et à la société *Eurest* qui assure la gestion de la cantine.

Soixante-neuf produits peuvent être commandés :

- vingt-six produits d'hygiène corporelle (pour femmes et hommes) ;
- huit références de presse (*Voici, Auto plus, Télé 2 semaines, L'équipe, Aujourd'hui, Télé 7 jeux, Onze mondial, Moto Revue*) ;
- quatorze types de gâteaux secs et confiseries qui ne peuvent être commandés qu'en un seul exemplaire à la fois ;

- six produits pour la correspondance (blocs de correspondance, enveloppes, timbres et stylos ;

- quinze références de tabac (interdit aux mineurs) en paquets et à rouler.

La livraison des cantines est effectuée le jeudi pour l'unité du rez-de-chaussée et le vendredi pour celle du premier étage.

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

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement précise que ce délai est de trois jours.

Les sacs plastiques transparents contenant les produits de cantine sont remis à chaque patient individuellement par le vaguemestre en présence d'un soignant à l'intérieur de chaque unité.

Les contrôleurs ont pu constater de visu et lors d'entretiens avec des patients l'attention porter à ces derniers pour expliquer les procédures et résoudre les difficultés qui pouvaient éventuellement se présenter. Après remise des commandes et vérification des contenus dans une salle spécifique, les patients vont ranger leurs achats dans le placard de leur chambre qui ferme à clef.

Les seules remarques entendues concernaient l'interdiction de commander plus d'une friandise fixée par les médecins. Le nombre de commande de tabac n'est pas limité : un patient a pu ainsi commander seize paquets de cigarettes en une seule fois.

Les patients bénéficient de la gratuité de lavage (un filet par semaine) pour leurs vêtements personnels. L'accès à un lave-linge et à un sèche-linge est aussi possible si besoin, en fonction de la disponibilité du personnel. Les serviettes et gants de toilettes sont changés systématiquement chaque semaine.

5.2.2 Le tabac

L'interdiction de fumer est clairement indiquée dans le règlement intérieur : « A l'admission, il vous est demandé de remettre briquets et allumettes en votre possession. En effet, l'usage de la cigarette est uniquement toléré dans les jardins extérieurs dont l'accès est soumis à réglementation ».

Les patients sont, en très grande majorité, fumeurs. Des substituts nicotiques leur sont proposés pour remédier à cette dépendance.

Des « sorties cigarettes » sont organisées en présence d'un soignant toutes les heures, le matin et toutes les deux heures l'après-midi jusqu'à 19h30. Des allume-cigares en état de marche sont installés à l'entrée de chaque espace extérieur. Sauf très rare exception, les patients gèrent eux-mêmes l'utilisation de leur tabac et le conservent sur eux.

5.2.3 La restauration

La restauration est assurée par la cuisine centrale du centre psychothérapeutique de Nancy. Les plats et denrées sont acheminés en liaison froide depuis la cuisine centrale jusqu'à l'espace logistique « cuisine » de l'UHSA qui assure la préparation des chariots de distribution de chaque unité.

Le petit déjeuner est servi en chambre entre 7h30 et 8h30. Les boissons proposées sont le café, le lait, le chocolat et le thé avec en plus un verre de jus d'orange ou de jus de pomme. Des pétales de céréales sont servis ponctuellement ; plusieurs patients souhaiteraient pouvoir en disposer quotidiennement. Le nombre de morceaux de pain est limité à deux, ce que regrettent certains patients. Du beurre et de la confiture sont servis. Une brioche est proposée le dimanche.

Le déjeuner commence à 12h après réchauffement des barquettes à partir de 11h. Les repas sont servis en chambre (une minorité de patients) ou dans la salle à manger en fonction du projet de soins individualisés. Dans la salle à manger, les patients se placent librement en fonction de leurs affinités. Ils disposent de couverts métalliques. A la fin du repas, ils vident leurs assiettes et ramènent leur plateau.



Salle à manger

Les repas sont élaborés par l'équipe de restauration et la diététicienne du centre psychothérapique. Il n'existe pas de choix possible entre les plats mais il est tenu compte de la volonté des patients qui ne veulent pas manger de porc (neuf patients sur quinze dans une unité pendant la période de contrôle). Des plats de régime sont servis sur prescription médicale. Plusieurs patients souhaiteraient que les portions soient plus importantes. Si un patient refuse de manger, le repas est mis de côté puis proposé à nouveau. Après plusieurs refus, une consultation médicale est programmée.

Le goûter a lieu à 16h sous forme uniquement liquide : sirop, café ou thé. Plusieurs patients souhaiteraient pouvoir disposer d'un laitage.

Le repas du soir est servi à partir de 18h30 à la salle à manger et en chambre si indication médicale ; il comporte toujours un potage pour commencer. Une infusion est servie après le diner.

Après chaque repas, un inventaire des fourchettes, cuillères à soupe, petites cuillères et couteaux à bout rond est réalisé à 8h30, 12h30, 16h30 et 19h30. La feuille d'inventaire est remise quotidiennement au cadre de santé.

5.2.4 L'entretien des locaux

L'entretien des locaux du CPN a été confié à la société *Hélior*. L'UHSA n'échappe pas à cette règle. Les agents de cette société sont soumis à l'autorité hiérarchique du directeur des services techniques, sans le contrôle direct des cadres de l'UHSA. Ils assurent des prestations tous les jours y compris les samedis, dimanches et jours fériés.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur de l'établissement indique : « l'entretien des locaux du CPN a été confié à la société Elior comme toutes les unités de l'hôpital. Les agents de cette société sont soumis à l'autorité hiérarchique de l'entreprise en lien avec les services techniques, les contrôles ménages sur site étant effectués avec un cadre de la Direction des services techniques »

Un agent arrive à 7h pour préparer le petit déjeuner et procéder au nettoyage des chambres. Un deuxième se présente pour assister l'aide-soignant pour le déjeuner et doit ensuite laver la salle à manger ; un autre doit nettoyer la zone mixte et un quatrième vient pour le dîner.

Selon les informations recueillies, ce morcellement des tâches n'est pas propice à l'intégration de ces agents à l'équipe de l'UHSA et qui, de ce fait, ne sont pas formés à la spécificité de la population de l'UHSA. Il arrive ainsi qu'ils puissent être l'objet de sollicitations de la part des patients : S'il te plaît, passe-moi ton briquet ».

5.2.5 La discipline

5.2.5.1 Les incidents

Depuis sa mise en service, le 5 mars 2012, l'UHSA n'a été confrontée à aucun incident grave. Il a été indiqué aux contrôleurs que « le personnel soignant gérait lui-même les incidents dans l'immense majorité des cas sans en informer l'administration pénitentiaire. Il en va ainsi notamment des insultes à l'encontre du personnel soignant ».

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 CP de Nancy-Maxéville par le directeur du centre hospitalier. L'opportunité des poursuites appartient au directeur du CP. Elles ne pourront toutefois être engagées qu'une fois 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 l'encadrement pénitentiaire, deux comptes rendus d'incident ont été rédigés depuis mars 2012 ; l'un à l'encontre d'un patient détenu pour relations sexuelles lors d'un parloir le 13 juin 2012, l'autre pour détention d'un cordon USB permettant de recharger un téléphone portable le 12 mars 2013. Le compte-rendu d'incident concernant les relations sexuelles au parloir a fait l'objet d'un classement sans suite par la direction du CP de Nancy-Maxéville.

Les personnels pénitentiaires rencontrés ont déclaré aux contrôleurs que les incidents étaient peu fréquents. Aucun agent pénitentiaire n'a été agressé par un patient détenu, même lors d'une opération de transfert.

5.2.5.2 Les demandes de prêt de main forte

En l'absence de tout incident, le personnel pénitentiaire ne pénètre pas dans les unités de soins sauf pour « des raisons logistiques » : distribution de linge ou des cantines, notifications des changements de situation pénale. Les fonctionnaires pénitentiaires ont souhaité mettre en place une permanence au sein des unités de soins. Cette demande était en cours de discussion au moment du contrôle.

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 adressée au directeur du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville (situation de moindre urgence).

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'alarmes ont été définis :

Niveau 1 : L'incident est résolu par le personnel soignant disponible au sein de l'unité ; le plus souvent le personnel soignant alerte les fonctionnaires pénitentiaires afin qu'ils puissent revêtir de manière préventive leurs tenues d'intervention.

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 suite à 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. Il a été affirmé aux contrôleurs que « le personnel soignant avait été surpris au départ du fait que le dialogue était constamment maintenu avec le patient-détenu concerné ».

Toutes les demandes de prêt de main forte sont consignées sur support informatique.

Les contrôleurs ont examiné toutes les demandes de prêt de main forte pour la période du 5 mars 2012 au 31 décembre 2012. Ils ont observé que, sur cette période, il avait été fait appel vingt-quatre fois au personnel pénitentiaire. Les motifs de réquisition étaient les suivants :

- placement en chambre d'isolement d'un détenu agité : six patients ;
- placement en chambre d'isolement d'un détenu refusant son injection : deux patients ;
- renfort pour détenu agité, sans intervention : quatorze reprises ;
- accompagnement d'un patient hébergé à l'étage pour se rendre au rez-de-chaussée : un patient ;
- renfort suite à la fouille générale de l'unité du premier étage, sans intervention, le 3 août 2012.

Du 1^{er} janvier au 15 mars 2013, il a été fait appel six fois aux personnels pénitentiaires, essentiellement pour des placements en chambre d'isolement. Trois interventions concernaient le même patient détenu.

5.2.5.3 Les fouilles

Avant son transfert vers l'UHSA, la personne détenue subit une fouille intégrale. A son arrivée, une fouille est opérée dans la seule hypothèse où le personnel d'escorte déclare que cette opération n'a pas été effectuée au départ de l'établissement.

En cas de transfert vers un plateau technique, le personnel pénitentiaire procède systématiquement à la fouille intégrale du patient détenu.

Une note de service interne en date du 4 mars 2013 liste minutieusement les circonstances au cours desquelles les personnes détenues subissent une fouille intégrale ou par palpation :

Il est procédé à une fouille intégrale sur toute personne détenue à l'entrée ou à la sortie de l'UHSA. Cette décision est motivée par la « découverte ces derniers mois sur les personnes entrantes à l'établissement de produits stupéfiants et de téléphones portables ». Il est toutefois précisé : « Pour les entrées de chaque personne détenue arrivant d'un autre établissement pénitentiaire, des fouilles par palpation devront être assurées ».

Lors d'une fouille de chambre programmée en accord avec le personnel sanitaire, chaque personne détenue occupant la chambre est fouillée par palpation.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « il faut préciser que chaque personne détenue est fouillée intégralement et non par palpation comme indiqué lors de fouille programmée en accord avec le personnel sanitaire ».

Une fouille de chambre est programmée le premier et le troisième mardi du mois au sein de l'unité du rez-de-chaussée ; cette opération est programmée le deuxième et le quatrième jeudi du mois pour l'unité du premier étage.

Une fouille intégrale est systématiquement effectuée à la sortie des parloirs : « En effet, les découvertes fréquentes et récentes de produits stupéfiants, de téléphones portables, de clés USB, de puces de portables, d'argent en espèce ont démontré le risque réel d'entrée, de sortie ou de circulation en détention d'objets ou substances prohibés ou dangereux pour la sécurité des personnes et celle de l'établissement ».

Il est procédé à une fouille par palpation avant et après tout entretien avec un avocat ou un visiteur de prison.

En dehors des hypothèses où la fouille intégrale ou par palpation est systématique, les décisions de procéder à ces mesures de sécurité devront être décidées par un membre du corps de direction ou du corps de commandement.

Chaque fouille intégrale inopinée est répertoriée sur un imprimé spécifique. Les contrôleurs ont constaté que 187 fouilles intégrales ont été réalisées sur la période du 31 août au 12 mars 2013. La plupart de ces opérations ont été réalisées à l'occasion d'une fouille de chambre.

Un portique de détection de masses métalliques est installé à l'UHSA.

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

Quatre fouilles sectorielles ont été effectuées suite à la disparition d'une télécommande, d'un couteau ou pour rechercher briquets et allumettes.

5.2.5.4 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.

Il n'existe aucune note de service interne concernant l'utilisation des moyens de contrainte à l'UHSA.

Un imprimé intitulé « fiche de suivi d'un transfert » est systématiquement complété par le premier surveillant de l'UHSA. Les moyens de contrainte proposés (menottes et éventuellement entraves) 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 pourrait éventuellement renforcer l'escorte pénitentiaire si le détenu était classé au répertoire des détenus particulièrement signalés (DPS) ; cette hypothèse ne s'est jamais produite.

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

Les contrôleurs 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. Il a été précisé aux contrôleurs que les menottes ont été utilisées à deux reprises par le personnel pénitentiaire pour des malades agités conduits en chambre d'isolement.

5.2.5.5 L'usage des armes par le personnel pénitentiaire

Les personnels de l'UHSA sont armés à l'extérieur 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 de la personne détenue concernée et assurer sa sécurité.

5.3 Les activités

5.3.1 Les activités occupationnelles

5.3.1.1 La promenade

Les patients, y compris les arrivants, ont accès dans chaque unité à un patio pendant les temps de pause cigarettes :

- le matin de 8h30 à 9h, 10h15 à 10h30, 11h15 à 11h30, 12h30 à 13h ;
- l'après-midi de 14h à 14h15, 16h15 à 16h30, 19h à 19h30.



Patio du rez-de-chaussée

5.3.1.2 La bibliothèque

Il n'existe pas de salle de bibliothèque mais dans chaque salle à manger un meuble avec cinq rayonnages comporte une centaine d'ouvrages directement accessibles aux patients ainsi que de nombreuses revues apportées par les soignants.

5.3.1.3 Les autres activités

Tous les matins, des activités sont organisées par les soignants dans la salle à manger : jeux de société, jeux de cartes et utilisation d'une console Wii.

Les contrôleurs ont constaté que beaucoup de patients y participaient.

5.3.2 Les activités thérapeutiques

Elles sont organisées quotidiennement par des infirmiers, des aides-soignants, des ergothérapeutes et des éducateurs sportifs sous la forme d'ateliers ; un budget annuel de 6 000 euros est attribué pour leur fonctionnement.

Pendant la période d'accueil, un emploi du temps est élaboré avec le patient en lui proposant des activités correspondant à ses possibilités et à ses goûts. La pratique de sports collectifs est particulièrement demandée et un temps d'attente d'une à deux semaines est parfois constaté ; un autre atelier est alors temporairement proposé. Chaque professionnel organisant une activité rédige un compte-rendu à son issue et l'intègre dans la base de données informatisée commune.

Le mercredi 13 mars 2013, seize patients sur trente ont participé à une activité thérapeutique dans la journée et cinq patients à deux. Le jeudi 14 mars, douze patients étaient présents à des activités.

Les principaux ateliers sont :

- le jeu de conversation Dixiludo [™] créé au CPN et qui met en action les capacités cognitives, l'attention et la concentration. Après avoir répondu à une question d'une carte prise au hasard, le joueur la pose ensuite à un autre participant. De nombreuses questions ont pour objectif d'interpeller sur des sujets précis et inhabituels tels que : « Comment imaginez-vous votre vie dans 7 ans », « Quel sentiment vous évoque le couple Roméo et Juliette ? » ;
- l'atelier chansons : pendant la séance, le patient fait écouter une chanson qu'il a choisie et la partage avec les autres participants ;
- le groupe « actu » est un atelier d'expression proposant un espace de parole à partir du support de l'actualité ;
- le repas thérapeutique organisé dans la salle d'ergothérapie ;



Salle d'ergothérapie : Atelier cuisine

- l'atelier d'expressions scéniques ;
- différentes formes de gymnastique : douce ou par le biais de musique rythmée ;
- des jeux d'adresse : la sarbacane, la pétanque ou les fléchettes ;
- des activités sportives individuelles (boxe française savate, sports de raquettes) ou collectives (football, handball, basket-ball, volley-ball) sur le terrain de sport.



Terrain de sport

Au cours de l'été 2012, les « Olympiades de l'UHSa » ont été organisées pendant deux semaines avec des équipes composées de patients et de soignants mais aussi de patients et de personnels pénitentiaires. Les patients qui ne souhaitaient pas participer aux activités sportives ont confectionné des drapeaux et organisé la remise de médailles et de tee-shirts.

Il a été indiqué par deux professionnels qu'au cours du week-end des samedi 9 et dimanche 10 mars 2013, tous les patients de l'unité située au premier étage avaient été privés d'activité et enfermés dans leurs chambres (sauf pendant les sorties cigarettes). Ces mesures auraient prises par le médecin-chef à la suite du déplacement d'un dispositif de lutte contre l'incendie « afin de contenir les patients agités en l'absence du médecin traitant et du cadre de l'unité ».

5.4 Le suivi social et d'insertion du patient

Le suivi social et d'insertion des patients est assuré à la fois par une conseillère pénitentiaire d'insertion et de probation présente une demi-journée par semaine et une assistante sociale affectée à plein temps par le CPN à l'UHSA.

L'assistante sociale intervient à la demande des patients ou des équipes soignantes pour :

- vérifier l'effectivité des droits sociaux auxquels les patients peuvent prétendre et conduire, si besoin, les démarches nécessaires auprès de la sécurité sociale, des maisons départementales des personnes handicapées ou des organismes de tutelle ;
- lutter contre l'isolement des patients en facilitant les rapprochements familiaux ;
- les aider à rédiger des courriers à l'attention de leurs proches ou des organismes sociaux ;
- renouveler les documents administratifs ; il a été indiqué aux contrôleurs que le photographe du CP de Nancy-Maxéville pouvait se déplacer à l'UHSA pour prendre une photographie afin de renouveler une carte nationale d'identité ;
- préparer leur sortie en recherchant des structures adaptées (appartements thérapeutiques, foyers pour personnes sans domicile fixe par exemple) ;
- instruire, pour les personnes sans ressources, des demandes de secours financier en collaboration avec la conseillère pénitentiaire d'insertion et de probation.

Le travail social réalisé complète la prise en charge médicale et prépare la réinsertion des patients. Selon les informations recueillies, la réinsertion se heurte aux difficultés d'accès aux structures médico-sociales souvent saturées et qui demandent une attestation de présence de plus de trois mois sur le territoire départemental.

5.5 L'aménagement de peines

Depuis l'ouverture de l'établissement, cinq demandes d'aménagement de peine ont été instruites mais aucune n'a été jusqu'à son terme, le patient ayant été libéré préalablement ou ayant réintégré son établissement d'origine.

Deux demandes de placement sous surveillance électronique ont été préparées mais ont fait l'objet de deux contre-indications médicales.

Une permission de sortir a été refusée pour raison médicale dans un premier temps mais va de nouveau être présentée en organisant un accompagnement médical.

5.6 L'accès aux droits

5.6.1 Les avocats

Le tableau de l'ordre des avocats du barreau de Nancy n'est pas affiché dans l'UHSA ; cependant les coordonnées postales de l'ordre figurent dans le règlement intérieur remis au patient à l'arrivée. Les avocats peuvent se rendre tous les jours de la semaine dans l'établissement sous réserve de prise de rendez-vous préalable. Il a été indiqué que le nombre de visites était d'environ quatre par an.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « le tableau de l'ordre des avocats de Nancy est à la disposition des personnels soignants ».

5.6.2 Le droit d'accès aux cultes

Les patients peuvent faire appel à l'aumônier de leur choix dans le cadre de la procédure d'accès aux parloirs. Les aumôniers ne se rendent pas dans les chambres. Une dizaine de visites a été recensée en un an.

5.6.3 Le droit de vote

Selon les informations recueillies, aucun patient n'a voté lors des élections présidentielle et législative de 2012.

6 LE RETOUR VERS L'ÉTABLISSEMENT D'ORIGINE.

6.1 L'aspect médical

Pour préparer la sortie d'un patient, un contact préalable est pris avec l'équipe soignante de l'établissement d'origine, avec le SPIP et avec l'équipe du secteur psychiatrique dont dépend le patient si sa date de fin de peine est proche.

Lorsque la sortie est décidée par le psychiatre référent, l'UCSA ou le SMPR est prévenu. Il est fréquent de proposer au patient de séjourner dans le SMPR dont dépend l'établissement pénitentiaire d'où il provient pour un temps de transition avant de retourner en détention ordinaire.

Le psychiatre établit une attestation de fin de soins qui est remis à l'administration pénitentiaire afin de préparer le retour dans l'établissement choisi.

Il rédige un courrier qui est transmis par télécopie au médecin responsable de l'UCSA ou au psychiatre responsable du SMPR. Le patient part avec son dossier médical placé dans une enveloppe scellée, remise au chef d'escorte pénitentiaire.

Il a été indiqué aux contrôleurs que dans certains cas, le psychiatre référent pouvait prendre contact avec le chef d'établissement pénitentiaire pour lui faire part de la nécessité d'affecter le patient détenu seul dans une cellule, « pour conserver le bénéfice des soins et éviter un retour rapide à l'UHSA ».

Dans le cas où l'hospitalisation à l'UHSA est longue, des réunions cliniques sont organisées à l'UCSA d'origine ou à l'UHSA. A titre d'exemple, l'équipe de la MC d'Ensisheim est venue à l'UHSA et un déplacement de certains membres de l'équipe de l'UHSA a été organisé à la MA de Strasbourg pour préparer le retour d'un patient difficile.

Dans le cas d'une **levée d'écrou** (intervenant par exemple lorsque le patient est déclaré irresponsable pénalement ou lorsqu'il est en fin de peine), le patient ne peut rester à l'UHSA : il est transféré dans une des unités d'admission du CPN. De là, il sera transféré dans l'établissement de santé dont il dépend en fonction de son domicile.

6.2 L'aspect pénitentiaire

La sortie de l'UHSA fait suite à une décision médicale. La date et l'horaire de départ sont toujours fixés en étroite collaboration avec le personnel soignant.

Il est parfois arrivé que la décision de levée de l'hospitalisation sous contrainte soit prise très tardivement le soir par le préfet ; dans ce cas, les soignants demandent au patient détenu de consentir par écrit à des soins libres pour la nuit. La plupart acceptent et le transfert vers l'établissement pénitentiaire d'origine n'a lieu que le lendemain.

Bijoux et valeurs sont récupérés au CP de Nancy-Maxéville. Le paquetage de départ fait l'objet d'un inventaire contradictoire et le dossier pénal est remis au chef d'escorte ; tous les documents constitués ou parvenus pendant l'hospitalisation à l'UHSA sont classés dans une chemise à part.

Les accompagnements sanitaires sont exceptionnels, sauf s'il s'agit d'un transfert vers l'UHSA. Dans ce cas, un véhicule pénitentiaire suit l'ambulance et il appartient au service médical de définir les moyens de contrainte à mettre en œuvre.

7 LES RELATIONS INSTITUTIONNELLES ET PROFESSIONNELLES ENTRE LES ÉQUIPES DE SOINS ET LE PERSONNEL PÉNITENTIAIRE

La mise en service de cette nouvelle entité a été minutieusement préparée. 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 en amont de l'ouverture.

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. Aucune tension n'est perceptible entre personnels soignants et fonctionnaires pénitentiaires.

La disponibilité des médecins et leur présence rassurent les personnels soignants et pénitentiaires.

CONCLUSION

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

1. La conception architecturale du bâtiment- qui a pris en compte le projet médical- allie formes et couleurs originales tout en prenant en compte les contraintes liées à son utilisation (Cf. § 1).
2. Un tiers des patients accueillis à l'UHSA sont admis sur décision du représentant de l'Etat, les autres bénéficiant de soins libres (Cf. § 2.1)
3. La convention signée par l'ensemble des acteurs concernés a permis de définir précisément le fonctionnement de l'UHSA (Cf. § 2.2.1).
4. Avant l'ouverture de l'UHSA, un plan de communication élaboré a permis de présenter le projet médical et architectural et les différents protocoles de partenariats à l'ensemble des professionnels concernés au niveau local, régional et interrégional. Cette stratégie a permis la mise en place d'emblée de bonnes relations avec tous les acteurs concernés (Cf. § 2.2.2).
5. Il serait nécessaire de mettre en fonction la base ACROPOL permettant la communication avec les services de police en cas d'incident grave (Cf. § 2.2.2B).
6. La zone des parloirs a été globalement bien conçue. Cependant il est nécessaire de doter le parloir dédié aux enfants d'équipements spécifiques (Cf. § 2.2.2.C).
7. Le recrutement du personnel soignant a été anticipé par rapport à l'ouverture de l'UHSA ce qui a permis d'organiser des stages dans les services d'admissions de l'hôpital mais aussi à l'UCSA du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville. Parallèlement des stages en qualité de surveillant pénitentiaire ont été mis en place dans cet établissement (Cf. § 2.2.3.3.A).
8. L'UHSA est dotée d'un effectif de psychiatres permettant d'assurer son fonctionnement. Ceux-ci sont apparus très investis dans leurs missions (Cf. 2.2.3.3.3.B).
9. Des liens étroits existent entre les praticiens de l'UHSA et ceux de l'UHSI ce qui permet d'assurer une bonne prise en charge somatique des patients (Cf. § 2.2.3.3 B, 4.1.2., et 4.2.7).
10. Le recrutement du personnel pénitentiaire a également été anticipé. Les agents ont bénéficié de formations adaptées à la spécificité de l'exercice en UHSA (Cf. § 2.2.4).
11. Même si deux tiers des patients proviennent de Lorraine (CP Nancy et Metz, CD Toul et Ecrouves), l'UHSA joue véritablement son rôle régional (Cf. § 2.2.5).
12. Il est important de noter que des admissions en soins libres peuvent avoir lieu en urgence (Cf. § 3.1.1.2).

13. Du fait des bonnes relations entre les différents acteurs, il est apparu que les admissions sont aisées à mettre en œuvre (Cf. § 3.1.1.4).
14. Le local du vestiaire n'est pas doté d'un WC, ce qui peut poser problème à l'issue d'un long trajet. Il serait souhaitable d'en aménager un (Cf. § 3.1.2).
15. Il est indispensable que les registres de la loi soient tenus avec la plus grande rigueur : ils doivent notamment comporter tous les arrêtés préfectoraux des patients admis à l'UHSA, y compris s'ils proviennent d'autres départements que celui de la Meurthe-et-Moselle. Ils doivent également comporter les arrêtés préfectoraux de transfert (Cf. § 3.4.3).
16. La notification des arrêtés préfectoraux aux intéressés doit impérativement être organisée de manière systématique (Cf. § 3.4.3).
17. Lors des audiences qui se tiennent au tribunal de grande instance de Nancy, les patients ne devraient pas comparaître menottés devant le JLD (Cf. § 3.6.1).
18. La prise en charge des patients est effectuée selon un projet de soins individualisé qui évolue en fonction de l'état du patient et comporte une large palette d'activités thérapeutiques (Cf. § 4.7).
19. Les règles d'accès au téléphone des patients sont celles de l'administration pénitentiaire. L'installation des *points phone* dans les couloirs de circulation ne garantit pas la confidentialité et l'intimité des conversations (Cf. § 5.1.2).
20. La concession du nettoyage à une société privée mériterait une attention et un suivi particulier notamment pour garantir la sécurité de la structure (Cf. § 5.2.4).
21. Les menottes ne doivent pas être utilisées comme moyens de contrainte par le personnel pénitentiaire pour contenir des malades agités et les amener en chambre d'isolement (Cf. 5.2.5.4).
22. La pratique de la punition collective de l'ensemble des patients (enfermés dans leurs chambres sauf pour les sorties cigarettes) à la suite d'un incident n'est pas acceptable comme solution pour contenir des malades agités (Cf. § 5.3.2).
23. Il est indispensable que le tableau de l'ordre des avocats du barreau de Nancy soit affiché dans les locaux de l'UHSA (Cf. § 5.6.1).
24. Le retour vers l'établissement pénitentiaire d'origine fait l'objet d'une bonne préparation tant avec l'équipe médicale qu'avec le chef d'établissement pénitentiaire (Cf. § 6).
25. Grâce aux diverses actions mises en œuvre avant l'ouverture de la structure, à la précision des protocoles de fonctionnement et aux qualités humaines et professionnelles des différents acteurs, l'UHSA de Nancy fonctionne dans un excellent climat de compétence et d'efficacité.

TABLE DES MATIÈRES

1	Les conditions de la visite	2
2	Présentation du site hospitalier	3
2.1	Le centre psychothérapeutique de Nancy	3
2.2	L'UHSA.....	4
2.2.1	La convention	7
2.2.2	La mise en place de l'UHSA.....	8
2.2.3	Descriptif.....	9
2.2.4	Le personnel pénitentiaire.....	18
2.2.5	L'activité de l'UHSA.....	21
3	L'admission et l'accueil.....	24
3.1	L'admission	24
3.1.1	La procédure sanitaire d'admission.....	25
3.1.2	La procédure pénitentiaire d'admission.....	30
3.1.3	Le transport	32
3.2	L'accueil.....	33
3.2.1	L'accueil par les services pénitentiaires.....	33
3.2.2	L'accueil médical.....	34
3.3	Les reports et annulations d'hospitalisation	34
3.4	Les registres de la loi	35
3.4.1	Les locaux et le personnel.	35
3.4.2	Les livres de la loi.	35
3.4.3	Les ASPRE de l'UHSA.....	36
3.5	La visite des autorités	39
3.6	Les audiences avec le juge des libertés et de la détention	40
3.6.1	La saisine du JLD.....	40
3.6.2	L'audience.....	42
3.6.3	La notification.	43
4	La prise en charge des patients.....	43
4.1	L'organisation pénitentiaire	43
4.1.1	Les effectifs.....	43

4.1.2	Les conduites sur les plateaux techniques.....	44
4.2	L'organisation des soins.....	44
4.2.1	Le projet médical.....	44
4.2.2	Les patients.....	45
4.2.3	Les soins psychiatriques.....	45
4.2.4	La procédure d'isolement.....	47
4.2.5	Les chambres de soins intensifs.....	47
4.2.6	Les mesures de contention.....	49
4.2.7	Les soins somatiques.....	49
4.2.8	Les hospitalisations pour des soins somatiques.....	49
4.2.9	Les réunions institutionnelles.....	50
5	La gestion de la vie quotidienne.....	50
5.1	Le maintien des liens familiaux.....	50
5.1.1	Les visites.....	50
5.1.2	Le téléphone.....	52
5.1.3	Le courrier.....	53
5.2	Les règles de vie.....	53
5.2.1	La cantine.....	53
5.2.2	Le tabac.....	54
5.2.3	La restauration.....	54
5.2.4	L'entretien des locaux.....	56
5.2.5	La discipline.....	56
5.3	Les activités.....	60
5.3.1	Les activités occupationnelles.....	60
5.3.2	Les activités thérapeutiques.....	61
5.4	Le suivi social et d'insertion du patient.....	63
5.5	L'aménagement de peines.....	63
5.6	L'accès aux droits.....	64
5.6.1	Les avocats.....	64
5.6.2	Le droit d'accès aux cultes.....	64
5.6.3	Le droit de vote.....	64
6	Le retour vers l'établissement d'origine.....	64

6.1 L'aspect médical64

6.2 L'aspect pénitentiaire.....65

7 Les relations institutionnelles et professionnelles entre les équipes de soins et le personnel pénitentiaire..... 65

CONCLUSION 66

Table des matières..... 68