



**Unité hospitalière
spécialement aménagée
de Rennes**

(Ille-et-Vilaine)

**Centre hospitalier
Guillaume Régnier**

***Du 1^{er} décembre au 4
décembre 2014***

SYNTHESE

Quatre contrôleurs du contrôle général des lieux de privation de liberté ont effectué, du 1er au 4 décembre 2014, une visite de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) du centre hospitalier Guillaume Régnier (CHGR) de Rennes. Cette structure n'avait fait jamais fait l'objet d'un contrôle.

Postérieurement à cette visite, un rapport de constat a été rédigé et envoyé le 10 juin 2015 d'une part au directeur du centre pénitentiaire de Rennes-Vezin, dont les services sont responsables de la garde de l'UHSA, d'autre part au directeur du centre hospitalier Guillaume Régnier, ayant en charge les soins dispensés dans l'unité. L'un comme l'autre ont fait connaître au Contrôle général les observations que le rapport a pu susciter de leur part. Ces observations ont été prises en considération pour la rédaction du rapport de visite.

Le CHGR est le siège de huit secteurs de psychiatrie adulte, dont trois regroupés dans un pôle hospitalo-universitaire, desservant une population de 750 000 habitants, soit les deux tiers de la population du département d'Ille-et-Vilaine. L'UHSA, ouverte depuis le 23 septembre 2013, est rattachée au pôle « psychiatrie en milieu pénitentiaire » du CHGR et a vocation à prendre en charge, avec ou sans leur consentement, des personnes détenues atteintes de troubles mentaux. Sa compétence s'étend sur les vingt établissements pénitentiaires de la direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) de Rennes couvrant douze départements, alors situés dans trois régions administratives (Bretagne, Pays de la Loire, Basse-Normandie). Environ 6 295 personnes détenues sont concernées par ce dispositif.

L'UHSA dispose d'une capacité d'accueil de quarante lits. Lors de la visite du CGLPL, trente trois patients majeurs hommes et quatre femmes étaient hospitalisés.

I/ Parmi les constats opérés, certains éléments sont incontestablement positifs.

La mise en place de l'UHSA de Rennes a bénéficié d'une réflexion commune entre le personnel pénitentiaire et le personnel sanitaire. Tout a été mis en œuvre, aussi bien dans la conception architecturale que dans l'organisation de l'unité, pour que la prise en charge du patient soit optimale et reste au cœur des priorités de chacun. Le travail en concertation dans l'intérêt du patient détenu mérite d'être souligné.

La structure offre des conditions matérielles d'hospitalisation et d'hébergement optimales, notamment grâce à l'agencement de chambres individuelles et à la conception d'espaces communs agréablement aménagés. Les règles qui régissent la vie quotidienne de l'UHSA reposent d'une part sur le principe de la mixité dans les deux unités de soin et d'autre part sur le principe de la liberté d'aller et venir dans l'unité de soins et le libre accès aux chambres dans la journée. Concernant l'accès au culte, la possibilité pour les aumôniers de fixer eux-mêmes les dates et heures de visite et de remettre aux patients – après contrôle – des livres ou objets religieux constitue une bonne pratique à maintenir.

Le personnel de santé offre une prise en charge de qualité et par ailleurs, des activités sportives, des ateliers thérapeutiques ainsi que des sessions de jeux de société sont proposées aux patients détenus. A cet égard, les témoignages des patients, dans leur ensemble, étaient positifs soulignant la disponibilité du personnel soignant tant pour mettre en place des activités que pour répondre aux diverses demandes.

Le personnel médical, soucieux d'améliorer la prise en charge des patients, questionne régulièrement ses pratiques. A cet égard un médecin psychiatre du service est président du groupe de réflexion éthique du CHGR et participe à l'élaboration d'un référentiel pour les soins d'isolement et de contention pour l'établissement.

Le personnel pénitentiaire fait preuve de vigilance pour limiter la survenue d'incidents au sein des unités d'hospitalisation. A titre d'exemple, la livraison des produits cantinés a lieu de 13h15 et 14h30, heure à laquelle les patients sont invités à se reposer dans leur chambre. Ce mode de distribution permet d'éviter les convoitises et les risques de racket sur les personnes les plus vulnérables.

II/ Certains éléments d'ordre structurel nécessiteraient cependant des améliorations

Le nombre d'hospitalisations de personnes détenues dans les autres services du CHGR, sous le régime de l'article D 398 du CPP reste important : quatre vingt-huit hospitalisations de personnes détenues ont eu lieu dans d'autres service de l'HGR entre le 30 septembre 2013 et le 30 septembre 2014 dont soixante quatre ont fait l'objet d'une mutation secondaire à l'UHSA. Les conditions de ces hospitalisations – majoritairement effectuées dans des chambres d'isolement – sont moins favorables pour les patients qu'une admission directe à l'UHSA.

S'agissant de la gestion des incidents au sein de l'UHSA, il existe des difficultés dans la remontée et l'échange d'informations entre le personnel pénitentiaire et le personnel sanitaire. A l'issue d'un second incident, le personnel pénitentiaire du CP de Rennes-Vezin a transmis un courrier au procureur, évoquant les difficultés concernant la communication sur les incidents avec le personnel médical. Le procureur de la République, en se référant à une agression commise sur une infirmière, a regretté « une insuffisance de transparence dans la gestion des incidents » et a également insisté sur ce qu'il considère être une absence de lisibilité dans la prise en charge des patients alors même que certains peuvent poser des problèmes de sécurité du fait d'un comportement potentiellement dangereux. Malgré la tenue d'une réunion mensuelle regroupant le personnel médical de l'UHSA et la direction du CP de Rennes – Vezin, à ce jour les deux parties n'ont pas pu trouver un accord sur la gestion des incidents.

Depuis l'ouverture de l'UHSA, environ dix membres du personnel soignant ont quitté le service. Certains de ces départs seraient liés, d'une part, à la survenue des deux incidents et d'autre part, au profil spécifique des patients détenus présentant des pathologies psychiatriques difficiles à prendre en charge. Au moment de la visite, un médecin en poste depuis l'ouverture de l'unité, prévoyait également de quitter l'unité alors même que les effectifs médicaux étaient complets depuis peu. Il semble indispensable qu'un effort particulier soit fait afin de favoriser la stabilité des équipes soignantes.

Il existe un cloisonnement géographique entre le pénitentiaire et le sanitaire induisant un transfert de compétences vers le personnel de santé, lequel se trouve amené à traiter les requêtes des patients portant notamment sur l'accès au téléphone et les cantines. Celui-ci n'étant pas toujours en mesure d'y répondre de manière adéquate, la relation entre le soignant et le soigné s'en trouve parfois détériorée. Si la qualité de l'accueil et des procédures d'admission du patient détenu mérite d'être soulignée, il n'en reste pas moins que certains aspects relevant de la prise en charge réalisée par le personnel pénitentiaire pourraient être améliorés.

A titre d'exemple, le patient détenu est reçu en audience par le commandant ou le gradé dans les cinq à sept jours qui suivent son admission. Ce délai est trop long, d'autant plus que certains patients détenus sont en mesure de recevoir des informations dès leur admission.

Concernant les communications avec l'extérieur, le processus pour enregistrer et valider les demandes d'accès au téléphone comporte de nombreuses étapes retardant les délais pour l'obtention du code d'accès. En outre, certains agents pénitentiaires ne maîtrisent pas l'outil informatique permettant de valider les demandes des patients détenus. Il conviendrait de résoudre rapidement ce problème, générateur de frustrations et de tensions au sein de la population pénale.

III/ D'autres difficultés portant sur l'accès aux droits des patients détenus ont été constatées

L'absence d'un conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP) au sein de l'UHSA est très regrettable et génère des difficultés concernant l'accès au droit des patients. L'assistante sociale, tout comme les autres membres de l'équipe, estiment d'une part que sa sphère d'intervention et sa logique d'intervention sont différentes, d'autre part que seul le CPIP est compétent pour obtenir certaines informations sur le parcours personnel et carcéral de l'intéressé. Les pouvoirs de l'assistante sociale sont donc très limités, notamment pour les demandes de cartes d'identité, les démarches d'élection de domicile, de déclaration de perte ou de demande d'extrait d'acte de naissance ne pouvant être utilement faites que par le CPIP. En son absence, les demandes de carte d'identité, ou de renouvellement, ne peuvent donc aboutir alors même que cette pièce peut s'avérer indispensable lorsque que le patient est libérable à brève échéance. La présence d'un CPIP au sein de l'UHSA est pourtant expressément prévue au règlement intérieur de l'établissement ; elle doit être organisée.

Pour la présentation à l'audience du JLD, le patient, selon qu'il est agité ou non, fait systématiquement l'objet d'une fouille par palpation avant sa sortie de l'UHSA en présence de surveillants dont le nombre varie de trois à quatre selon le niveau de protection sollicité. Il est ensuite placé par deux infirmiers sur un brancard, et entravé aux pieds et aux mains avant d'être installé dans une ambulance de l'hôpital qui le conduit jusqu'à la salle d'audience. Durant le transport, soit sur environ cinquante mètres, l'ambulance dans laquelle ont pris place les deux infirmiers plus le chauffeur, est suivie par les surveillants. Arrivé sur le site, le patient est conduit sur le brancard jusque dans la salle d'attente dans laquelle peuvent se trouver des patients d'autres unités de l'hôpital. Il est alors désentravé par les infirmiers, mais menotté par les surveillants. Ces mesures appliquées de façon systématiquement constituent à l'évidence une atteinte à la dignité ; elles doivent être modifiées. Il convient de rappeler que la création d'une salle d'audience au sein de l'hôpital – située non loin de l'UHSA - est de nature à limiter l'utilisation des entraves.

OBSERVATIONS

A – Bonnes pratiques

1. La structure offre des conditions matérielles d'hospitalisation et d'hébergement optimales, notamment grâce à l'agencement de chambres individuelles et à la conception d'espaces communs agréablement aménagés.
2. Les règles qui régissent la vie quotidienne de l'UHSA reposent sur le principe de la mixité dans les deux unités de soin et sur le principe de liberté d'aller et venir dans l'unité de soins et du libre accès aux chambres dans la journée (cf. § 2.3).
3. Le personnel médical, soucieux d'améliorer la prise en charge des patients, questionne régulièrement ses pratiques. A cet égard un médecin psychiatre du service est président du groupe de réflexion éthique du CHGR et participe à l'élaboration d'un référentiel pour les soins d'isolement et de contention pour l'établissement (cf. § 4.1.1.2).
4. Un intervenant extérieur est chargé d'animer des séances de supervision clinique mensuelle auprès du personnel soignant (cf. § 2.4.1).
5. La livraison des produits cantinés a lieu de 13h15 et 14h30, heure à laquelle les patients sont invités à se reposer dans leur chambre. Ce mode de distribution permet d'éviter les convoitises et les risques de racket sur les personnes les plus vulnérables.
6. Les aumôniers ont la possibilité de fixer eux-mêmes les dates et heures de visite et de remettre aux patients – après contrôle – des livres ou objets religieux (cf. § 6.1.1.4).

B - Recommandations

1. Il semble urgent que le personnel pénitentiaire se réapproprie sa mission afin d'accompagner au mieux le patient détenu dans la gestion de son quotidien (cf. § 5.1.2).
2. Il est indispensable qu'un effort particulier soit effectué afin de favoriser la stabilité des équipes soignantes (cf. § 2.4.1).
3. Pour la gestion des incidents, il est nécessaire que les institutions arrivent à une meilleure coordination, constructive et distanciée de leur propres logiques institutionnelles, afin de garantir la sécurité du personnel et des patients, tout en respectant le cadre du soin (cf. §. 7.1).
4. Il est nécessaire d'améliorer la mise en œuvre du transport des patients et l'admission médicale à l'UHSA, en dehors des heures ouvrables (cf. § 2.5).
5. Il est souhaitable que les établissements d'origine fassent le nécessaire pour que le patient admis puisse conserver ses effets personnels (cf. § 3.1.2).
6. Le patient détenu doit être reçu en audience par le commandant ou le gradé dans les heures qui suivent son admission (cf. § 3.2.1).

7. Il conviendrait de diversifier la liste des produits à cantiner en matière de produits de beauté et d'hygiène pour les femmes afin d'améliorer le quotidien des femmes hospitalisées (cf. § 5.2.1).
8. L'ouverture d'un recueil des observations du malade doit être réalisée pour assurer la traçabilité des observations du patient sur le projet de décision de maintien des soins ou la forme de la prise en charge (cf. § 6.1.1.1).
9. Une réflexion commune sur la possibilité de rencontres entre un patient et son conjoint détenu devrait être entreprise afin de parvenir à un protocole améliorant le maintien des liens familiaux (cf. § 6.1.1.3).
10. Une permanence de conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP) au sein de l'UHSA doit être instaurée d'urgence afin d'assurer les liens avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) de l'établissement d'origine et de permettre au patient de faire utilement valoir ses droits en termes d'aménagement de peine, d'éventuelle suspension de peine pour raison médicale et de réductions supplémentaires de peine (cf. § 6.3).
11. Un protocole portant sur la procédure de notification des arrêtés d'admission et des décisions du JLD mériterait d'être rédigé afin de garantir la délivrance d'une information complète et fiable (cf. § 6.1.1.9.1).
12. Le protocole concernant les transports et escortes nécessite une révision, la création d'une salle d'audience au sein de l'hôpital – située non loin de l'UHSA - étant de nature à limiter l'utilisation des entraves (cf. § 6.1.1.9.3).
13. Les locaux réservés au personnel sanitaire doivent être améliorés (cf. § 2.3.2).
14. L'équipement des chambres dédiées aux personnes à mobilité réduite et aux personnes affectées en chambre de soin intensif nécessite un aménagement afin que les personnes alitées puissent activer une alarme d'appel aux soignants (cf. § 4.1.1.2).
15. Le problème d'accès au téléphone doit être rapidement résolu – confidentialité des conversations, procédure d'autorisation, et maîtrise des outils informatique par le personnel – car il est générateur de frustrations et de tensions qui pourraient être évitées (cf. § 5.1.2).

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	5
SOMMAIRE	7
RAPPORT	9
1 Les conditions de la visite	9
2 Présentation du site hospitalier	10
2.1 Le centre hospitalier Guillaume Régnier	10
2.2 L'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)	10
2.2.1 Les conditions d'ouverture	10
2.2.2 La zone de compétence de l'UHSA	12
2.3 Le bâtiment	13
2.3.1 La zone pénitentiaire	14
2.3.2 La zone de soins et d'hébergement	16
a. Description générale	16
2.4 Les effectifs de l'UHSA	20
2.4.1 Les effectifs médicaux	20
2.4.2 Les effectifs paramédicaux	21
2.4.3 Le personnel pénitentiaire	22
2.5 L'activité de l'UHSA	23
3 L'admission et l'accueil	25
3.1 L'admission	25
3.1.1 La procédure sanitaire d'admission	25
3.1.2 La procédure pénitentiaire d'admission	27
3.1.3 L'organisation du départ	27
3.1.4 Modalités de transports pour les patients en soins libres	28
3.2 L'accueil	30
3.2.1 L'accueil par les services pénitentiaires	30
3.2.2 L'accueil médical	31
4 La prise en charge des patients	31
4.1 L'organisation des soins	31
Le dossier médical des patients est informatisé	31
4.1.1 Les soins psychiatriques	32

4.1.2	Les soins somatiques.....	34
4.1.3	Les consultations spécialisées.....	35
4.1.4	Les hospitalisations pour des soins somatiques.....	35
5	La gestion de la vie quotidienne	35
5.1	Le maintien des liens familiaux.....	35
5.1.1	Les visites.....	37
5.1.2	Le téléphone	38
5.1.3	Le courrier	40
5.2	Les règles de vie.....	41
5.2.1	La cantine.....	41
5.2.2	L'interdiction de fumer	42
5.2.3	La restauration	43
5.2.4	Le nettoyage des locaux et l'entretien du linge personnel	43
5.2.5	Les activités.....	44
5.2.6	Les promenades	45
6	Les droits du patient détenu	45
6.1	Dispositif d'information générale.....	45
6.1.1	Mise en œuvre de quelques droits particuliers.....	47
6.2	Les registres de loi.....	54
6.3	La préparation à la sortie.....	54
7	La discipline	56
7.1	Les incidents.....	56
7.1.1	Les demandes de prêt de main forte	58
7.1.2	Les fouilles.....	59
7.1.3	Les moyens de contrainte	60
7.1.4	L'usage des armes par le personnel pénitentiaire	60
8	Le retour vers l'établissement d'origine	60
8.1	L'aspect médical.....	60
8.2	L'aspect pénitentiaire.....	61
9	Les relations institutionnelles et professionnelles entre les équipes de soins et pénitentiaire	61

RAPPORT

Contrôleurs :

- Bonnie Tickridge, chef de mission ;
- Ludovic Bacq ;
- Virginie Brulet ;
- Bénédicte Piana.

En application de la loi du 30 octobre 2007 instituant le Contrôleur général des lieux de privation de liberté quatre contrôleurs ont effectué une visite inopinée de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Rennes du 1^{er} au 4 décembre 2014.

Postérieurement à cette visite, un rapport de constat a été rédigé et envoyé le 10 juin 2015 d'une part au directeur du centre pénitentiaire de Rennes-Vezin, dont les services sont responsables de la garde de l'UHSA, d'autre part au directeur du centre hospitalier Guillaume Régnier, ayant en charge les soins dispensés dans l'unité. L'un comme l'autre ont fait connaître au Contrôleur général les observations que le rapport a pu susciter de leur part. Ces observations ont été prises en considération pour la rédaction du rapport de visite.

1 LES CONDITIONS DE LA VISITE

Dès leur arrivée à l'UHSA, située au 2 boulevard de Strasbourg à Rennes, le lundi 1^{er} décembre à 14h45, les contrôleurs ont été accueillis par le cadre supérieur du pôle, un des praticiens hospitaliers de l'UHSA et le commandant pénitentiaire.

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

A l'arrivée des contrôleurs, **trente trois patients étaient présents** à l'UHSA dont vingt quatre patients en soins libres et neuf patients hospitalisés sans leur consentement.

Les contrôleurs ont rencontré également le directeur du centre hospitalier Guillaume Régnier (CHGR), la présidente de la commission médicale de l'établissement, le procureur et le juge d'application du tribunal de grande instance (TGI) de Rennes, le directeur du service de probation et d'insertion pénitentiaire d'Ille et Vilaine (SPIP 35) et un aumônier protestant.

Ils ont assisté à une audience tenue par le juge des libertés et de la détention (JLD) le 2 décembre à 10h00.

Le directeur de cabinet du préfet de région et le président du tribunal de grande instance de Rennes et le médecin référent de l'Agence régionale de santé ont été informés par téléphone de la visite.

Une réunion de restitution a eu lieu le 4 décembre en présence du directeur du CHGR, de la directrice adjointe, du chef de pôle « psychiatrie en milieu pénitentiaire », les deux praticiens hospitaliers, du cadre supérieur de santé, des deux cadres de santé, d'un personnel infirmier, de la secrétaire médicale, des deux directeurs adjoints du centre pénitentiaire (CP) de Rennes - Vezin et du commandant pénitentiaire de l'UHSA.

2 PRESENTATION DU SITE HOSPITALIER

2.1 Le centre hospitalier Guillaume Régnier

Le CHGR est le siège de huit secteurs de psychiatrie adulte, dont trois regroupés dans un pôle hospitalo-universitaire, desservant une population de 750 000 habitants, soit les deux tiers de la population du département (deux autres secteurs sont rattachés au centre hospitalier général de Saint Malo et deux au centre hospitalier de Redon) ; cet établissement est également le siège de trois secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dont un pôle hospitalo-universitaire.

Les secteurs sont devenus des pôles avec la réforme hospitalière issue de la loi du 21 juillet 2010, dite loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST), à l'exception du pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie adultes qui regroupe plusieurs secteurs. Chaque pôle comporte des services administratifs centraux regroupés à proximité des unités de soins ou d'hospitalisation, sauf l'UHSA et le SMPR.

Depuis la gare SNCF de Rennes, trois itinéraires sont possibles par les transports en commun, d'une durée comprise entre 20mn et 30mn, pour se rendre au CHGR.

L'UHSA est rattachée au pôle « psychiatrie en milieu pénitentiaire » du CHGR. Elle n'est pas mentionnée sur les panneaux indicateurs placés à l'entrée du centre hospitalier. Elle est située à 1,2 km de l'entrée principale du CHGR et dispose d'une entrée spécifique.

2.2 L'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)

2.2.1 Les conditions d'ouverture

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 ».

L'arrêté du 20 juillet 2010 fixe la liste des neuf UHSA de la première tranche (soit 440 places) avec leur établissement de santé de rattachement et leur compétence. L'UHSA de Rennes a été ouverte le 23 septembre 2013.

La circulaire interministérielle du 18 mars 2011 définit les modalités d'ouverture et de fonctionnement des UHSA.

Le site de Rennes a été retenu pour l'implantation d'une UHSA de quarante lits pour les trois régions de Bretagne, des Pays de la Loire et de la Basse Normandie. Il répondait aux critères d'implantation qui étaient :

- l'accessibilité au cœur de la ville de Rennes ;

- la proximité d'une unité hospitalière interrégionale sécurisée (UHSI) au centre hospitalier universitaire (CHU) de Rennes ;
- la disponibilité de terrains sur le site du CHGR ;
- le volontariat du CHGR.

En juin 2006, le Conseil d'Administration du CHGR s'est prononcé favorablement à la création d'une UHSA au sein de l'établissement. La direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) de Rennes et la commission régionale de concertation en santé mentale ont également exprimé un avis favorable à cette implantation.

Des cahiers des charges ont été établis par le ministère de la santé et le ministère de la justice en lien avec un groupe de travail national regroupant les différents professionnels concernés.

Le médecin du groupe de préfiguration de l'UHSA avait ainsi commencé à définir le projet médical et le projet de soins ; pour ce faire, il a visité les UHSA de Lyon et de Toulouse. Par ailleurs, des équipes préfiguratrices, portant sur les aspects logistiques, administratifs et sur les ressources humaines, ont été mises en place. Selon les thèmes abordés, ces groupes rassemblaient le directeur des travaux, l'architecte, la direction du CP de Rennes - Vezin, le commandant pénitentiaire, la direction du CHGR, le médecin responsable à l'ouverture de la structure interne de l'UHSA, le médecin responsable de pôle, des médecins référents de structures internes et des services médico-psychologique régionaux, le cadre supérieur de santé de l'UHSA, un responsable de la formation et la direction des ressources humaines du CHGR.

S'agissant du recrutement des personnels sanitaires, il a été effectué sur la base du volontariat au sein même du CHGR dès juin 2011. Les effectifs prévoient deux postes de médecin psychiatre à temps plein et un poste d'interne ainsi que quarante quatre postes d'infirmier également à temps plein. Seul un poste de médecin psychiatre fut pourvu au moment de l'ouverture du fait d'une vacance de poste au sein du même du pôle. L'ouverture de l'UHSA s'est donc effectuée de manière progressive.

Du côté de l'administration pénitentiaire, le commandant en poste, recruté avant l'ouverture, bénéficiait de plusieurs années d'expérience professionnelle au sein de l'établissement pénitentiaire national de santé de Fresnes. L'ensemble des agents fut recruté par la DISP et bénéficiait d'une formation, d'une durée de cinq semaines, portant sur les aspects pénitentiaires de l'UHSA.

Les personnels de santé ont reçu une formation portant sur le droit du travail, la présentation du pôle, et les pathologies psychiatriques. Par ailleurs des formations, regroupant le personnel de santé et la pénitentiaire, se sont également déroulées en amont de l'ouverture. Selon les propos recueillis, ces sessions communes ont permis au personnel pénitentiaire et sanitaire d'échanger et d'appréhender la spécificité des métiers de chacun.

S'agissant des travaux, le projet de construction a pris du retard du fait que le terrain sélectionné est limitrophe avec les bâtiments de France Télécom. Après une période de suspension du permis de construire, celui-ci fut obtenu en 2010 et les appels d'offre pour la construction ont été lancés en 2011. Selon les propos recueillis, le cabinet d'architecte, qui s'est vu confier la conception de l'établissement en juillet 2011, avait été missionné auparavant sur la réalisation d'une unité pour malades difficiles (UMD). A l'origine, il avait imaginé pour l'UHSA une structure « très sécuritaire » mais l'équipe de préfiguration n'a pas souhaité s'associer à ce projet.

Le personnel sanitaire s'accorde à dire que la collaboration avec le commandant pénitentiaire, principal intervenant lors des réunions de travail, a été constructive et fructueuse. Seul un aspect portant sur la configuration des lieux a fait l'objet de discussions et de points de divergence entre la direction pénitentiaire et le personnel sanitaire. A l'origine, il était prévu la libre circulation entre les deux unités afin de permettre au personnel soignant de se prêter main forte en cas de nécessité. L'administration pénitentiaire a imposé la fermeture constante de la porte inter unités, délimitant les deux unités, afin d'éviter les regroupements de patients détenus. Cette porte inter unités est donc constamment fermée et ne s'ouvre que lorsque le personnel soignant déclenche l'alarme de « niveau 2 » permettant ainsi l'intervention des collègues de l'autre unité.

Les travaux ont démarré en septembre 2011 et se sont achevés en avril 2013. Le coût des opérations (travaux et équipement) s'est élevé à 13 834 477 d'euros ; 2 079 431 euros de travaux de sécurisation ont été financés par l'administration pénitentiaire.

Conformément à l'article R 3214-3 du code de la santé publique, une convention de fonctionnement a été signée le 30 octobre 2013 entre le Préfet de la région Bretagne et d'Ille-et-Vilaine, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de Bretagne, le président et le procureur de la République du TGI de Rennes, le DISP de Rennes (Bretagne, Pays de la Loire, Basse Normandie), la directrice interrégionale Grand Ouest de la protection judiciaire de la jeunesse, le directeur du CP de Rennes-Vezin, le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) d'Ille et Vilaine et le directeur du CHGR.

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

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

Par ailleurs, un règlement intérieur de l'UHSA a été établi le 21 octobre 2013.

2.2.2 La zone de compétence de l'UHSA

La compétence de l'UHSA s'étend sur les **vingt établissements pénitentiaires** de la DISP de Rennes couvrant douze départements situés dans trois régions administratives :

Basse Normandie :

- Centre de Détention d'Argentan (61) ;
- Centre Pénitentiaire d'Alençon - Condé sur Sarthe (61) ;
- Maison d'Arrêt de Caen (14) ;
- Centre Pénitentiaire de Caen (14) ;
- Maison d'Arrêt de Cherbourg (50) ;
- Maison d'Arrêt de Coutances (50).

Pays de la Loire :

- Maison d'Arrêt d'Angers (49) ;
- Maison d'Arrêt de Fontenay-le-Comte (85) ;
- Maison d'Arrêt de La Roche-sur-Yon (85) ;
- Maison d'Arrêt de Laval (53) ;
- Maison d'Arrêt du Mans Les Croisettes (72) ;
- Centre Pénitentiaire de Nantes (44) ;
- Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs d'Orvault (44).

Bretagne :

- Maison d'Arrêt de Brest (29) :
- Centre Pénitentiaire des femmes de Rennes (35) :
- Centre Pénitentiaire de Rennes - Vezin (35) :
- Maison d'Arrêt de Saint - Malo (35) :
- Maison d'Arrêt de Saint - Briec (22) :
- Centre Pénitentiaire de Lorient - Ploemeur (56) :
- Maison d'Arrêt de Vannes (56).

Environ 6 295 personnes détenues sont concernées par ce dispositif.

2.3 Le bâtiment

Les locaux de l'UHSA ont été édifiés sur un terrain situé à l'écart des autres unités de soin du CHGR et en bordure du site regroupant l'envol (structure interne du pôle addiction et précarité) et l'ensemble des secteurs de psychiatrie adulte.

Le bâtiment, de plain pied, offre une figure moderne grâce à sa forme géométrique et à l'alternance de couleurs grises et jaunes sur les façades.

Le domaine est limitrophe avec le centre d'addictologie situé à droite et un terrain de football positionné à l'est. Il est délimité au sud par un bassin de rétention et à l'ouest par un bâtiment de France Télécom, classé site sensible. Ce bâtiment, haut de plusieurs étages, dispose d'une vue directe sur la cour de déambulation et une partie des locaux de l'UHSA.

2.3.1 La zone pénitentiaire

On accède à l'UHSA depuis la gare et le centre ville, en empruntant la ligne de bus C4 qui dessert l'arrêt « pont de Strasbourg » situé à trois minutes à pied de l'établissement.

Un panneau d'indication routière, mentionne la direction de l'UHSA.

L'accès à l'UHSA s'effectue depuis le boulevard de Strasbourg, on franchit un portail électrique puis on emprunte un chemin privé goudronné, d'une longueur de deux cent mètres, clôturé de part et d'autre.

Un parking d'environ quarante places, sans accès réservé, ainsi qu'une zone destinée à l'atterrissage et au décollage d'un hélicoptère précèdent l'entrée de l'UHSA.

L'établissement est ceint d'un grillage délimitant le glacis avec sur sa droite, une large bande herbeuse de trois mètres. Elle est destinée à éviter toute intrusion de véhicule et tout stationnement le long du mur d'enceinte de 5 m de hauteur.

Derrière cette zone hélicoptère et à gauche de l'entrée principale de l'UHSA, un portail électrique offre un accès direct sur le CHGR et notamment au bâtiment réservé aux audiences du juge des libertés et de la détention (JLD).

Toutes les voies d'entrées et de sorties du bâtiment (sas camion, entrée et porte d'entrée principale) disposent de plots rétractables permettant d'en régler les accès. Ils sont commandés depuis la porte d'entrée principale (PEP).

A droite de la porte d'entrée, deux portes métalliques coulissantes ouvrent sur le sas véhicules ; une porte réservée au passage des piétons est située à gauche.

Les contrôles d'identité s'effectuent de l'extérieur, les documents nécessaires étant transmis par le passe document.

La porte d'entrée franchie, les visiteurs se retrouvent dans un sas de 27,40 m² comportant un tunnel à rayons X et un portique de détection des masses métalliques entouré de plexiglas sur lequel figure une affiche comportant le texte suivant :

« Vous êtes sur un site dont la sécurité est assurée par l'administration pénitentiaire. Pour votre sécurité et le bon fonctionnement de la structure, des dispositions particulières de contrôle sont appliquées. Nous vous remercions de vous y conformer ».

Une fois les formalités de contrôles et de sécurité effectuées, on pénètre dans un dégagement de 11,70 m² comprenant sur la droite une porte permettant d'accéder à la zone des parloirs et sur la gauche, une porte desservant la zone pénitentiaire.

Le sas véhicule offre un accès direct au local où sont stockés les déchets ainsi qu'aux deux locaux utilisés pour entreposer le linge sale et le linge du personnel sanitaire.

2.3.1.1 La sécurité périmétrique et la surveillance

Le périmètre de sécurité est délimité par un chemin de ronde intérieur, emprunté par le personnel pénitentiaire durant les tours de ronde diurne et nocturne.

Un glacis d'une largeur de 6m entouré d'un grillage de 2m de hauteur en bordure de propriété offre un accès aux véhicules, grâce à une double grille dont l'ouverture est manuelle.

Les murs d'enceinte sont lisses et doté d'un faîtage anti grappin.

Tous les personnels pénitentiaires et sanitaires de l'UHSA sont dotés d'API¹. Ce matériel permet d'effectuer des appels et de déclencher les alarmes de niveau 1, 2 et 3. Ces niveaux sont décrits ultérieurement (cf. § 7.1.1.1).

2.3.1.2 La zone mixte

L'accès aux vestiaires des personnels pénitentiaires et du personnel sanitaire s'effectue depuis la PEP. Ils sont tous agencés de manière identique ; ils sont équipés d'un espace sanitaire comprenant une douche et des WC ainsi que de casiers de rangement individuels. Ces locaux sont agréables et lumineux.

2.3.1.3 La zone administrative pénitentiaire

On accède à la zone administrative pénitentiaire en empruntant un couloir séparé par deux portes électriques actionnées depuis la PEP.

La seconde porte dessert un bâtiment de forme carré avec en son centre, un patio de 71m² entouré de quatre couloirs de circulation donnant accès à différents locaux.

Le premier couloir dessert plusieurs locaux techniques (chauffage, électrique et informatique), le bureau des gradés, le bureau de l'adjoint au chef de centre ainsi que le bureau du chef de centre.

Le deuxième couloir donne accès aux trois chambres de repos, d'une surface de 11 m², réservées aux agents de nuit ; toutes sont équipées d'un sanitaire et d'une douche.

Le troisième couloir dessert le local de détente pour les personnels ainsi qu'un local de détente réservé aux fonctionnaires effectuant les escortes. Ce dernier est équipé d'un poste de télévision, il dispose également d'un espace repas.

Le quatrième couloir comporte un dégagement de 44,70 m² desservant à gauche une salle de réunion de 18,30 m². A droite, il donne accès à la salle d'attente équipée de sanitaires, au local réservé à la gestion du greffe judiciaire d'une surface de 10 m², au local de fouille de 5,40 m² et au local assurant le stockage des effets des patients détenus d'une surface de 18 m².

Le jour du contrôle, les locaux décrits étaient bien entretenus et suffisamment équipés en mobilier.

¹ Alarme portative individuelle

2.3.2 La zone de soins et d'hébergement

L'UHSA dispose de quarante chambres individuelles, réparties dans deux unités, chacune possédant cinq chambres destinées aux personnes vulnérables. Parmi ces cinq chambres, une est réservée aux personnes à mobilité réduite (PMR). Chaque aile comprend également une chambre de soins intensifs et une chambre d'apaisement.

La configuration architecturale des deux unités est identique. Il convient de préciser que toutes les fenêtres et les parois vitrées des chambres, des espaces communs et des locaux sont barreaudées.

a. Description générale

L'accès à la zone d'hébergement et de soins s'effectue depuis le poste de contrôle des circulations (PCC), situé au bout du couloir, desservant la zone d'accueil des patients détenus. Il faut d'abord franchir une première porte dont l'ouverture est commandée par l'agent présent dans le poste. Puis, on pénètre dans un sas avant de franchir une seconde porte dont l'ouverture est également commandée par l'agent.

Un long couloir transversal donne accès à l'unité Menez Hom, située à droite, et à l'unité Molène située à gauche. Ce couloir dessert également le secrétariat et le local d'archives, les sanitaires réservés aux patients, la salle de relaxation, la salle de culinothérapie et la salle de sport.

Chaque unité comprend un secteur de soins, d'une surface de 68 m², constitué d'un patio de forme carrée autour duquel sont positionnés, le bureau médical polyvalent, le bureau du psychiatre, le bureau du cadre, le local de détente du personnel, la salle de réunion, un second bureau médical polyvalent, le bureau infirmier et la salle de soins comprenant la pharmacie. Un couloir, longeant la partie droite du carré, dessert les locaux de rangement, de ménage, des déchets ainsi que deux locaux destinés au stockage du linge sale et du linge propre.

Il convient de préciser que les locaux réservés au personnel sanitaire sont en nombre insuffisant ; les médecins et la psychologue doivent sans cesse permuter.

L'espace réservé aux soins se prolonge sur une zone de déambulation comprenant la salle à manger et le préau. Puis, cette zone de déambulation débouche sur l'aile d'hébergement desservant de part et d'autre :

- un salon ;
- une salle d'activités ;
- quinze chambres individuelles.

Chaque aile d'hébergement se prolonge le long d'un espace vert en cours d'aménagement, situé au centre des deux unités.

La chambre de soins intensifs et la chambre d'apaisement, décrites *infra* § 4.1.1.2, sont situées dans l'espace réservé aux soins, face au poste de contrôle infirmier et au poste de soins.

Les chambres, réservées aux personnes vulnérables des deux unités, sont situées dans un couloir qui borde la partie transversale de l'espace vert. La porte inter unités, s'ouvrant en cas de déclenchement de l'alarme de niveau 2 (cf. § 7.1.1.1), est située au milieu de ce couloir.

b. Les chambres

Les chambres, d'une surface de 16 m², sont toutes de configuration identique. Les murs sont peints en blanc cassé et en bleu azur. Le sol est revêtu d'un carrelage à larges carreaux et de couleur brun foncé. L'ensemble présente un aspect agréable et apaisant. Les chambres sont meublées d'un lit, de taille normale, fixé au sol ; à la tête est installé un dossier en bois de couleur crème. Un bouton d'appel et un interrupteur relié au plafonnier sont positionnés au dessus du lit.

Un téléviseur à écran plat est positionné en hauteur, face au lit. Une table en bois et un tabouret sont fixés au mur et au sol. Une prise de courant encastrée au mur est positionnée sous la table, une seconde prise est installée à l'entrée de la chambre.

Quatre étagères murales, de forme triangulaire, sont disposées au dessus de la table. Un placard de couleur beige est situé à gauche des étagères ; il est composé de trois compartiments fermant à clefs. Le premier est réservé aux effets personnels du patient détenu qui, selon son état de santé psychique, a la possibilité de conserver la clef. Le second compartiment contient le rasoir du patient et tout autre objet potentiellement dangereux ; le troisième compartiment est destiné au matériel de soins du personnel sanitaire qui conserve constamment les clefs des deux derniers compartiments.

L'éclairage naturel de la chambre est assuré par une large fenêtre, équipée d'un volet électrique. Malgré la présence des barreaux, il demeure impossible d'ouvrir la fenêtre. Un fenestron, de 70 cm de hauteur et de 30 cm de large, encastré dans la fenêtre et s'ouvrant à moitié permet d'obtenir un mince filet d'air.

La porte d'entrée est une porte pleine dotée d'une serrure et dont le personnel soignant possède la clef. Les patients détenus ne peuvent donc pas s'enfermer dans leur chambre.

L'espace sanitaire adjacent à la chambre est entièrement carrelé. Le sol et les murs alternent le blanc, le beige clair et le jaune. Cet espace comprend une douche, un WC et un lavabo. Le système de douche, à l'italienne, est équipé d'un bouton de type poussoir thermostatique.

Un lavabo, en émail blanc et de forme triangulaire est fixé au mur ; il est doté d'un bouton de type poussoir thermostatique. Ce lavabo est surmonté d'un miroir incassable.

Le WC consiste en une cuvette en émail blanc, fixée au mur. Un bouton d'appel est situé à coté de la cuvette.

Les chambres réservées aux personnes à mobilité réduite (PMR)

Les chambres réservées aux PMR sont d'une surface de 19,40 m². Elles disposent d'un aménagement spécifique pour le lit et l'espace sanitaire.

Le lit est à une hauteur ajustable mécaniquement et il offre la possibilité de relever la tête de lit. Cependant il n'est pas équipé d'une potence ou d'une barrière permettant au patient allongé, de se relever seul. Le bouton d'appel est positionné sur le mur à gauche de la tête du lit à une distance ne permettant pas d'appeler le personnel. Un patient détenu, rencontré par les contrôleurs, a mentionné qu'il devait crier pour demander à être accompagné aux sanitaires lorsqu'il était dans le lit car il ne pouvait pas atteindre le bouton de la sonnette d'appel, ni se lever seul.

L'espace sanitaire, dont la surface est plus grande que dans les autres chambres, offre une marge de manœuvre suffisante (1,5m) pour se mouvoir en fauteuil roulant. Il est doté d'un espace douche de plain pied ainsi que d'une assise en plastique relevable, fixée au mur, et d'une barre de maintien murale. Une sonnette ainsi qu'une barre de maintien sont positionnés sur le mur à proximité de la cuvette de WC.

c. Les espaces communs

Le préau, également nommé « cour thérapeutique », sert de fumoir pour les patients détenus et le personnel de santé. C'est une zone rectangulaire, d'une surface de 30 m², accessible par un escalier et une rampe réservée aux PMR. Cet espace est délimité à sa droite par une enceinte grillagée recouverte d'un concertina. Le sol de la cour est constitué, en majeure partie, de terre battue. Les patients détenus disposent d'un banc en béton, d'une table ronde équipée de deux bancs intégrés et fixés au sol, d'une table de ping-pong et d'un panier de basket. Le jour du contrôle, la cour était bien entretenue. Les horaires d'accès, affichés à l'entrée, sont les suivants :

- 7h45 - 8h25 ;
- 9h00 - 11h30 ;
- 12h45 - 13h15 ;
- 14h30 - 15h45 ;
- 16h15 - 18h30 ;
- 19h45 - 20h15.

La salle à manger, d'une surface de 50 m², est meublée de cinq tables rondes autour desquelles sont disposées quatre chaises. Son immense baie vitrée offre une belle luminosité. Le sol est revêtu d'un linoléum brun clair et les murs sont peints en rose framboise. Un tableau d'affichage contient le menu de la semaine ainsi que des consignes destinées aux patients détenus. Ainsi, outre les conseils d'hygiène et de propreté, il est rappelé aux patients les consignes suivantes : les patients ont en principe le choix de leur place sauf contre ordre du personnel soignant. Les plateaux et les couverts sont distribués par le personnel soignant. Il débarrasse également les couverts tandis que les patients rapportent leur plateau dans l'office. Il est également rappelé aux patients que le temps du repas est un moment de calme et de convivialité.

L'office alimentaire est attenant à la salle à manger. Le jour du contrôle il était, tout comme la salle à manger, dans un état de propreté irréprochable. Il est équipé d'un réfrigérateur à double porte, d'un plan de travail, d'un four à micro ondes et d'une machine à café.

Le salon, d'une surface de 19 m², offre un espace de détente pour les patients. Une grande paroi vitrée permet au personnel soignant d'avoir une vue d'ensemble depuis le poste de contrôle infirmier.

Il est meublé de quatre fauteuils, de deux canapés à quatre places, d'une table basse et d'une étagère sur laquelle sont disposés des magazines et des ouvrages, en provenance de la bibliothèque municipale. Ces ouvrages ne sont guère récents ; le réapprovisionnement, effectué par le personnel soignant, est réalisé de manière ponctuelle. Il a été indiqué que les patients détenus lisaient très peu. Ce salon est équipé d'un téléviseur et d'un lecteur de DVD. Une dizaine de films, principalement des comédies, sont conservés au poste infirmier. Les murs du salon sont blancs et verts, l'ensemble présente un aspect agréable. Un second salon, situé dans la zone réservé aux personnes vulnérables, est également disponible pour les patients nécessitant de rester au calme. Tout aussi agréable que le premier, il est équipé de fauteuils et d'une table basse.

La salle de détente, d'une surface de 23 m², est meublée de trois tables et de plusieurs chaises. Le mur du fond est de couleur orange et le sol est revêtu d'un parquet flottant. Elle dispose d'un baby foot et d'une armoire contenant de nombreux jeux de société. Elle est également équipée d'un évier et d'un meuble bas comprenant du matériel réservé à l'atelier créatif. Dotée d'une immense baie vitrée, donnant directement sur le préau, elle présente un aspect lumineux et chaleureux.

d- Les locaux d'activité

Comme indiqué *supra*, les locaux d'activité se situent dans la partie centrale du couloir, donnant accès aux deux unités.

La salle de relaxation, d'une surface de 21,60 m² et de couleur blanc cassé, est équipée de cinq gros coussins capitonnés, de quatre ballons de stabilité, de plusieurs tapis de sol, d'un banc et d'un plan de travail. Elle dispose également d'une armoire, fermée à clefs, où est conservé le matériel destiné aux séances de relaxation. Des instruments de musique sont également mis à la disposition des patients lors des séances de musicothérapie. Le sol de la pièce est revêtu d'un parquet flottant, l'éclairage naturel est assuré par trois portes fenêtres barreaudées s'ouvrant uniquement sur la partie supérieure.

L'ensemble présente un aspect agréable et lumineux. Cependant, les contrôleurs ont constaté que les portes fenêtres offraient une vue directe sur les chambres d'hébergement. Il a été indiqué que les patients détenus pouvaient actionner les volets roulants. Par ailleurs, l'insonorisation de la pièce n'étant pas optimale, les bruits et les conversations en provenance du couloir sont aisément perceptibles. A cet égard, une affiche accrochée sur la façade extérieure de la porte précise dans les termes suivants : « *la salle de relaxation faisant caisse de résonance merci d'être vigilant à vos mots et hauteurs de voix dans tout le couloir et pendant les séances* ».

La salle de culinothérapie, d'une surface 16,20 m², est dotée d'un plan de travail, équipé de meubles de rangement, d'un four à induction, d'une hotte, d'un four à micro ondes et d'une table. L'équipement est récent. Elle comprend également une étagère murale sur laquelle sont disposés des personnages en terre cuite réalisés par les patients. Le sol et la partie inférieure des murs sont revêtus de carrelage. L'ensemble est bien entretenu et la porte fenêtre assure un éclairage naturel.

La salle de sport, d'une surface de 25 m², est peinte en blanc cependant les murs sont fissurés à la jonction avec le plafond. Le sol est revêtu d'un linoléum vert et l'éclairage naturel est assuré par trois portes fenêtrées. L'équipement sportif comprend deux vélos droits, un elliptique, un rameur, un sac de frappe et un espalier.

2.4 Les effectifs de l'UHSA

2.4.1 Les effectifs médicaux

Les deux unités du service de l'UHSA de Rennes sont sous l'autorité médicale d'un médecin psychiatre, responsable du pôle de « psychiatrie en milieu pénitentiaire », n'exerçant pas de soins directement dans le service de l'UHSA. Le médecin psychiatre qui exerçait la fonction de responsable de service² depuis l'ouverture de l'UHSA s'est retiré de cette responsabilité depuis le mois d'avril 2014

Le personnel médical de l'UHSA comprend :

- deux praticiens hospitaliers psychiatre à temps plein;
- un praticien hospitalier en médecine générale à mi temps;
- un interne en psychiatrie.

Durant la première année de l'ouverture de l'UHSA le personnel médical a souffert d'une pénurie d'effectifs. A l'origine, il était prévu six ETP de praticiens hospitaliers pour l'ensemble du pôle « Psychiatrie en milieu pénitentiaire » dont deux pour l'UHSA. Or à l'ouverture de l'UHSA, seuls cinq postes étaient pourvus. Selon les propos recueillis, « l'ensemble des médecins a dû jongler entre les sites ». Par ailleurs au cours de l'année 2014, le médecin en poste à l'unité Menez Hom a quitté ses fonctions et fut remplacé pendant un temps par le médecin chef de pôle. Lors de la visite des contrôleurs, un nouveau praticien hospitalier était en poste depuis trois semaines. Il a été également indiqué aux contrôleurs que le départ du médecin affecté à l'unité Molène, était prévu pour le mois de mars 2015.

En dehors des heures de journée, soit de 8h30 à 18h30, la permanence des soins somatiques et psychiatriques est assurée par les internes de permanence du CHGR et le praticien hospitalier psychiatre d'astreinte sur l'établissement.

Les deux cadres de santé de l'UHSA sont également intégrés au tour de garde du CHGR.

² Dans les centres hospitaliers, la responsabilité médicale d'une ou plusieurs unités fonctionnelles est habituellement assurée, par délégation du médecin chef de pôle ou chef de service, par un médecin, praticien hospitalier, exerçant des soins dans l'unité.

2.4.2 Les effectifs paramédicaux

L'effectif du personnel soignant de l'UHSA comprend :

- un cadre supérieur de santé, consacrant environ la moitié de son temps à l'UHSA ;
- deux cadres de santé à temps plein;
- quarante et un infirmiers à temps plein et un infirmier à mi temps;
- quatorze aides-soignants à temps plein et un aide soignant à 80% ;
- six agents des services hospitaliers (ASH) ;
- un psychologue présent à temps plein;
- un superviseur clinique à 20 %
- un psychomotricien en poste à 80% ;
- une assistante socio éducative à temps plein ;
- deux secrétaires.

Les horaires de travail sont les suivants :

- 6h30-14h15, 7h15-14h55 ou 7h45-15h25 concernant les équipes du matin, composées de quatre infirmiers et d'un aide-soignant;
- 13h45-21h30 concernant les équipes d'après-midi, composées également de quatre infirmiers et d'un aide-soignant ;
- 21h30-6h45 concernant les équipes de nuit, composées de deux infirmiers et d'un aide-soignant.

Selon les propos recueillis, les effectifs sont en nombre suffisant et le taux d'absentéisme est faible parmi le personnel paramédical.

Il existe également une équipe, dédiée au transport des patients, composée de :

- 2,5 équivalents temps plein (ETP) infirmier ;
- 2,5 ETP aides-soignants ;
- 2 ETP ambulanciers.

Cependant cette équipe n'intervient qu'en semaine car d'après les témoignages, l'UHSA n'a pas obtenu une enveloppe budgétaire suffisante pour disposer d'une équipe durant les week-ends. En conséquence, un agent de chaque unité assure les transports uniquement au niveau local durant les week-ends.

Depuis l'ouverture de l'UHSA, environ dix membres du personnel soignant ont quitté le service. Ces départs seraient liés, en partie, au profil spécifique des patients détenus présentant des pathologies psychiatriques « lourdes » à prendre en charge. Lors de la visite des contrôleurs, un superviseur clinique venait d'être engagé afin de mener des séances de supervision clinique mensuelle auprès du personnel soignant.

2.4.3 Le personnel pénitentiaire

L'organigramme initial de l'UHSA fut établi, à partir d'une note SD2/DAP du 15 mars 2011, qui a fixé les effectifs comprenant trente-neuf personnels :

- un officier, responsable de la structure ;
- un major ;
- huit premiers surveillants ;
- vingt-neuf surveillants.

Aucun poste administratif n'existe donc au sein de cette unité.

L'officier responsable a le grade de commandant pénitentiaire. Il a été nommé en commission paritaire de mutation nationale. Le reste du personnel a été affecté à l'UHSA sur la base du volontariat. Il a été sélectionné par un jury qui s'est tenu au CP de Rennes-Vezin.

Lors de la visite des contrôleurs, un poste de premier surveillant et un poste de surveillant étaient vacants. Il a été rapporté aux contrôleurs que le service des ressources humaines de la DISP de Rennes sollicitait régulièrement les effectifs afin de renforcer les établissements en carence de personnel. Le jour de la visite des contrôleurs, un premier surveillant était détaché sur la maison d'arrêt de Laval.

L'organigramme du personnel est composé comme suit :

- quatre postes de jour réservés à la porte d'entrée principale, le contrôle des accès et des véhicules, les parloirs et le traitement du courrier et la sécurité - intervention ;
- trois postes de nuit dont un à la porte d'entrée principale et deux au piquet d'intervention ;
- neuf postes à coupure pour les surveillants dont huit pour les escortes et un à la sécurité - intervention ;
- un poste de jour pour les premiers surveillants ;
- un poste de nuit pour les premiers surveillants ;
- trois postes à coupure pour les escortes.

L'organisation locale du service, sur la base de cet organigramme, se décline en sept équipes de quatre agents et un agent en poste fixe du lundi au vendredi. Ce poste est occupé par un surveillant polyvalent qui assure les fonctions suivantes : chauffeur, vaguemestre, gestion des cantines, responsable du compte téléphonique, gestion du vestiaire, transport des dossiers pénaux au greffe du CP de Rennes - Vezin.

Le rythme de travail des vingt-huit autres surveillants, en service posté, est le suivant : trois jours travaillés et trois jours en repos. Afin de répondre au mieux aux exigences horaires de la structure, il a été convenu d'adopter une organisation basée sur des journées de travail de douze heures et quinze minutes. Ainsi, un surveillant peut être affecté à la PEP, au sas véhicules et aux parloirs le premier jour, puis il sera d'escorte le deuxième jour et il devra effectuer son service de nuit le troisième jour. Il bénéficiera de trois jours de repos à l'issue de ces trois jours.

Il n'a pas été fait état de difficulté particulière dans la gestion des personnels pénitentiaires. Le jour de la visite, aucun agent ne faisait l'objet d'une procédure disciplinaire.

2.5 L'activité de l'UHSA

Données statistiques du 23 septembre 2013 au 30 septembre 2014

Etablissements pénitentiaires	Nombre de patients
File active	208 patients
Nombre de séjours	327
• Dont séjour le plus long	173 jours
• Dont séjour le plus court	1 jour
Durée moyenne de séjour	23,5 jours
Durée moyenne d'hospitalisation	30,5 jours
Transferts en UMD	5
Transfert d'un autre UHSA	1
Levées d'écrou	14
• Dont retours à domicile	7
• Maintiens en SDRE par transfert vers le CHS de rattachement	7
Admissions en D398	88
• Dont transférées des services du CHGR	64

Au 1^{er} décembre 2014, la situation était la suivante :

Patients détenus	33
Hommes	29
Femmes	4
Mineurs	0
Prévenus	12
Condamnés	21
Moyenne année durée de détention	2 ans
Plus ancienne hospitalisation	165 jours
Patients en SPDRE	9
Patients en SL	24
Patient le plus âgé	78 ans
Patient le plus jeune	21 ans

La proportion de patients admis en SDRE est de l'ordre de 30 % pour toute l'année. Selon les propos recueillis, le personnel des unités sanitaires s'efforce de travailler en amont en proposant une hospitalisation en soins libres aux personnes détenues avant que leur état psychique ne se détériore et ne relève de l'urgence. Par ailleurs, le personnel sanitaire leur transmet des informations détaillées concernant les modalités et les conditions pratiques d'hospitalisation ce qui a pour effet de rassurer la personne détenue.

Etablissements pénitentiaires d'origine	Nombre de patients au 1 ^{er} décembre 2014
CP Hommes Rennes - Vezin	15
CP Femmes - Rennes	3
CP Brest	1
CP Lorient Ploemeur	1
MA Vannes	1
CP Caen	3
MA Caen	2
MA Coutances	1
CD Argentan	1
CD Alençon Condé Sur Sarthe	1
CP Nantes	2
MA Angers	1
MA Le Mans	1

En 2014, 70 % des personnes hospitalisées sont issues de la région Bretagne ; la majorité provenant du CP de Rennes-Vezin du fait de sa proximité géographique avec l'UHSA. L'information sur la création de l'UHSA a été largement diffusée à l'ensemble des unités sanitaires des régions de Basse Normandie et des Pays de la Loire. D'après les propos recueillis, la distance géographique conduit les personnels des unités sanitaires à favoriser les hospitalisations de courte durée dans les hôpitaux de proximité.

Un psychiatre d'un dispositif d'une unité sanitaire d'une maison d'arrêt de Bretagne (éloignée de Rennes), contacté par téléphone par les contrôleurs, a indiqué que les services de l'UHSA et du SMPR de Rennes permettaient de répondre aux besoins de prise en charge des patients. Selon les propos recueillis, ces deux services à vocation régionale, proposant hospitalisation à temps complet et hospitalisation de jour, prennent en charge les patients nécessitant des soins psychiatriques plus soutenus et ainsi, permettent au dispositif de soin psychiatrique ambulatoire de dédier pleinement son activité aux patients relevant de soins ambulatoires.

3 L'ADMISSION ET L'ACCUEIL

3.1 L'admission

3.1.1 La procédure sanitaire d'admission

L'admission des patients à l'UHSA de Rennes s'effectue suite à l'accord donné par le médecin psychiatre du service qui a eu un contact téléphonique direct avec un médecin demandeur de l'hospitalisation. Les admissions sont parfois discutées en équipe lorsque le patient est connu du service, afin que soit défini le projet de soins avant l'admission. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'aucune demande d'admission n'avait été refusée depuis l'ouverture de l'UHSA et qu'il n'existait pas de délai d'attente pour les admissions, contrairement à la période estivale précédente où il avait été nécessaire de différer les admissions en raison du manque de lits dans le service.

Pour les hospitalisations avec consentement des personnes majeures, le service demande avant l'admission un accord écrit du patient. Pour les hospitalisations sans consentement d'une personne majeure, le médecin demandeur adresse par télécopie un certificat médical à l'ARS d'Ile et Vilaine en vue d'obtenir un arrêté d'hospitalisation en SDRE et de prescrire un transport en véhicule sanitaire. L'ARS de Bretagne assure une continuité, sept jours sur sept et 24 h sur 24, des prises d'arrêté d'hospitalisation pour les personnes détenues³ dès lors que l'avis médical de l'UHSA est favorable à l'admission.

³ Article L3214-3 du code de santé publique

Pour les personnes mineures, il est prévu dans le protocole que l'autorisation parentale (ou le détenteur de l'autorité parentale) soit obtenue avant l'hospitalisation. Le premier patient mineur a été admis au mois d'août 2014. Il a été indiqué aux contrôleurs que les modalités d'admission de ce patient avaient été complexifiées par l'absence d'autorisation de soins de la part des parents et par l'absence de prise de décision d' « ordonnance provisoire de placement » (OPP) par le juge alors même que l'état psychique du patient justifiait des soins sans consentement.

Pour toutes les hospitalisations, le médecin demandeur doit retourner par télécopie à l'UHSA une demande écrite d'admission et le dossier médical. L'admission est ensuite validée par le médecin de l'UHSA ; un accord d'admission est adressé au bureau des entrées du CHGR, ainsi qu'au médecin demandeur, à l'établissement pénitentiaire et à l'établissement de santé d'origine du patient. Le bureau des entrées transmet cet accord d'admission à l'ARS de Bretagne ainsi qu'à la préfecture d'origine du patient pour les hospitalisations sans consentement.

Concernant l'organisation du transport, le gradé le planifie avec le cadre de santé de l'UHSA. L'établissement pénitentiaire d'origine demande l'ordre de transfert à la DISP lors qu'il s'agit d'un patient provenant d'un établissement autre que le CP de Rennes-Vezin. Plusieurs professionnels, d'institutions différentes ont indiqué aux contrôleurs que le nombre d'hospitalisations en service de psychiatrie en dehors de l'UHSA, dans des services non sécurisés, pour des patients dont la majorité provient du CP de Rennes-Vezin restait élevé. Les conditions d'hospitalisation des patients détenus en service non sécurisé par l'administration pénitentiaire sont moins favorables que les conditions d'hospitalisation à l'UHSA car les patients sont souvent placés en chambre d'isolement. Entre le 30 septembre 2013 et le 30 septembre 2014, quatre vingt huit admissions en service de psychiatrie au CHGR ont été enregistrées en dehors de l'UHSA pour 327 admissions (de patients de toute la région pénitentiaire) à l'UHSA sur la même période (cf. tableau). Parmi ces admissions hors UHSA, soixante quatre ont donné lieu à une mutation secondaire à l'UHSA.

Pendant les horaires de permanence assurée par l'interne et le praticien de garde, il n'est pas effectué d'admission alors que le protocole d'admission du service le prévoit pour les samedis, les dimanches et les jours fériés. Ainsi, les patients, détenus au CP de Rennes-Vezin, sont admis dans les services de psychiatrie autres que l'UHSA, durant la nuit les samedis et les dimanches.

Les unités sanitaires ne fonctionnant pas le soir et les week-ends, les personnes détenues sont alors prises en charge par le centre 15 ou SOS médecins qui les réfèrent directement au service des urgences du CHGR. L'application de l'article D398 du code de procédure pénal permet de transporter uniquement par ambulance, sans escorte pénitentiaire, les patients détenus admis en service de psychiatrie hors UHSA et ainsi d'accélérer le délai d'admission des patients nécessitant une hospitalisation à temps complet

Le nombre de personnes détenues hospitalisées en service de psychiatrie hors UHSA reste élevé (cf. § 2.5) Il conviendrait de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour faciliter les admissions directes à l'UHSA.

3.1.2 La procédure pénitentiaire d'admission

Le règlement intérieur de l'UHSA de Rennes prévoit que « l'établissement pénitentiaire de départ remet à l'escorte : les effets personnels de la personne détenue ne devant pas dépasser la contenance d'un bagage à main et constitués suivant la composition du trousseau type (...), le dossier pénitentiaire, les éléments constitutifs de son compte nominatif, l'original de la fiche de liaison préalablement remplie par les services pénitentiaires ».

Malgré les indications données sur le « trousseau type »⁴ par l'UHSA à l'établissement pénitentiaire d'origine, les contrôleurs ont constaté qu'un patient en provenance de la maison d'arrêt de Caen, admis en hospitalisation programmée avec son consentement, n'avait pas eu l'autorisation de se munir de ses affaires personnelles en dehors des habits qu'il portait sur lui. En remplacement de ses effets personnels, l'établissement pénitentiaire de Caen lui avait fourni un paquetage arrivant pour les personnes indigentes comprenant des tee-shirts, des pulls, des sous vêtements et un nécessaire de toilette. Ce patient a indiqué aux contrôleurs que cette procédure avait été identique lors de sa précédente hospitalisation à l'UHSA.

Le règlement intérieur indique également que « dans l'hypothèse où une personne détenue ne serait pas directement transférée de son établissement pénitentiaire d'origine, il appartient à cet établissement de s'assurer de l'envoi des effets personnels vers l'UHSA. Le CP de Rennes-Vezin est également chargé de faire le lien avec l'établissement d'origine ». Il a été indiqué aux contrôleurs que bien souvent cette responsabilité incombait à l'escorte de l'UHSA qui, à l'occasion d'un transfert dans l'établissement d'origine, récupérait les effets personnels du patient.

3.1.3 L'organisation du départ

Les formalités médicales et administratives effectuées, l'établissement pénitentiaire d'origine crée un dossier de changement d'affectation de la personne détenue concernée. Contenant notamment la décision de changement d'affectation et l'ordre de transfert.

La décision de changement d'affectation et l'ordre de transfert relèvent le plus souvent de la compétence de la DISP.

En fonction de la situation pénale de l'intéressé, notamment si le patient détenu est un condamné relevant d'une très longue peine et du lieu de l'hospitalisation, s'il se situe dans le ressort géographique d'une autre DISP, la décision peut relever de la compétence de l'administration centrale.

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

⁴ Les éléments autorisés dans le trousseau sont: trois pantalons ou robes, quatre pulls ou sweaters, un manteau, une paire de gants, un paire de pantoufles, une tenue de sport, un paire de chaussures de ville plate et légère, une paire de basket plate pour les activités sportives et extérieures, deux pyjamas ou chemises de nuit, sept slips ou culottes, quatre soutiens-gorge, sept maillots de corps ou tee-shirts, sept paires de chaussettes ou socquettes, un savon, un gel douche, un brosse à dents, un dentifrice, un shampoing, un peigne ou brosse, un nécessaire de rasage, papiers, timbres, enveloppes, tabac (moins de dix paquets), lunettes de vue, livres personnels, montre, objets attachés à la pratique d'un culte, petit radio réveil (non électrique), prothèse médicale (auditive, dentisterie) et produits de beauté en contenant plastique.

Une fiche de liaison est remplie par l'établissement de départ comprenant les informations suivantes : la situation administrative de la personne, la situation pénale, les liens avec l'extérieur, la vie en détention, le niveau de sécurité requis lors des extractions et toute observation complémentaire utile.

La date du transfert est fixée, après accord du personnel médical, en commun par la direction de l'établissement de départ et le responsable pénitentiaire de l'UHSA.

Pour faciliter la gestion matérielle du transfert entre les deux lieux de détention, il a été établi un « inventaire pour admission à l'UHSA ». Celui-ci comprend les éléments suivants :

- l'arrêté préfectoral d'hospitalisation en SDRE ;
- le dossier médical de l'unité sanitaire, sous pli cacheté et les traitements médicamenteux ;
- la fiche de liaison, le dossier pénitentiaire ;
- la copie de la pièce d'identité, la carte vitale, les permis de visite, la fiche de téléphone SAGI, la feuille de situation du compte nominatif et les valeurs bijoux ;
- les effets personnels du patient.

3.1.4 Modalités de transports pour les patients en soins libres

Le règlement intérieur de l'UHSA de Rennes prévoit que pour les personnes hospitalisées avec leur consentement, « l'organisation du transport est assurée par le responsable pénitentiaire UHSA, en coordination avec le cadre de santé de l'UHSA. Sur prescription médicale du médecin demandeur et en lien avec le directeur du Centre Hospitalier Guillaume Régnier ou de son représentant, un transport sanitaire du patient peut être réalisé à partir des moyens de l'UHSA du Centre Hospitalier Guillaume Régnier ».

L'administration pénitentiaire dispose de deux véhicules d'escorte sérigraphiés avec gyrophare et avertisseur sonore à deux tons, ainsi que d'un véhicule de liaison mis à disposition par le partenaire privé.

Deux équipes d'escorte constituées de trois agents chacune et d'un premier surveillant uniquement pour les escortes de niveau 2 sont prévues simultanément entre 8h et 18h.

Les patients admis en soins libres sont transportés vers l'UHSA par un véhicule pénitentiaire. Le consentement doit être écrit et le chef d'escorte vérifie cet accord avant la prise en charge de la personne.

Le retour vers l'établissement pénitentiaire d'origine s'effectue également avec la présence d'une escorte pénitentiaire. Une ambulance n'étant requise que si le patient est intransportable pour un problème d'ordre somatique. Selon les propos recueillis, le patient détenu n'est pas systématiquement menotté, en particulier s'il est âgé ou s'il souffre d'une pathologie somatique le limitant dans sa liberté de mouvement.

3.1.4.1 Modalités de transport pour les patients en soins sans consentement

Le règlement intérieur de l'UHSA de Rennes prévoit que pour les personnes hospitalisées sans leur consentement, « le transport incombe à l'équipe soignante de transport de l'UHSA du Centre Hospitalier Guillaume Régnier. Le directeur du Centre Hospitalier Guillaume Régnier met en place les moyens nécessaires à son transfert, en coordination avec le responsable pénitentiaire de l'UHSA. Le patient détenu est accompagné par le personnel soignant de l'UHSA et escorté par le personnel pénitentiaire de l'UHSA ».

Le transport d'une personne détenue, admise en SDRE, vers l'UHSA s'effectue en ambulance en présence deux personnels soignants de l'UHSA et d'une escorte pénitentiaire assurée par deux agents et un chef d'escorte. Ce mode de transport est identique quelle que soit la provenance du patient détenu (établissement pénitentiaire d'origine, établissement public de santé mentale ou service d'urgence psychiatrique).

La sortie de l'UHSA s'opère en véhicule pénitentiaire sans la présence d'un personnel soignant. La personne détenue, n'ayant plus le statut de patient, est escortée par deux surveillants et un personnel gradé. Seules les personnes souffrant d'une pathologie somatique ou d'une pathologie psychiatrique nécessitant un accompagnement soignant peuvent être transportées par une ambulance.

La dangerosité supposée de la personne détenue, son classement au fichier des détenus particulièrement surveillés (DPS) peuvent nécessiter le renfort d'une escorte des forces de l'ordre.

3.1.4.2 Les formalités d'arrivée

A l'arrivée à l'UHSA le chef d'escorte se présente à la PEP afin de préciser l'identité du patient détenu.

L'agent PEP en lien avec l'agent SAS autorise l'escorte à pénétrer dans le sas véhicule.

Le patient détenu est conduit du SAS véhicule vers la zone administrative pénitentiaire par le chef d'escorte puis il est invité à patienter en salle d'attente. Il peut-être procédé à une fouille de levée de doute lorsque le patient détenu provient d'une structure de soins. La fouille est ordonnée par un membre de l'encadrement et elle est consignée sur CEL conformément à l'article 57 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009. Cependant il a été indiqué aux contrôleurs, que depuis l'ouverture de l'UHSA, aucune fouille intégrale n'avait été réalisée lors de l'admission d'un patient y compris pour les détenus particulièrement signalés (DPS).

Le local de fouille, d'une surface de 5,40 m², est équipé d'une patère, de caillebottis au sol et d'un banc. La porte du local est fermée durant la réalisation de la fouille.

Le chef d'escorte remet au gradé le dossier pénal, la fiche de liaison, le dossier médical, les valeurs et les permis de visite du patient détenu. Le gradé procède à une vérification d'identité contradictoire au regard des éléments qu'il a en sa possession et effectue un inventaire contradictoire des valeurs qui seront placées dans un coffre avant transmission à la comptabilité du CP de Rennes - Vezin.

Les paquetages sont déposés dans le vestiaire où le surveillant procède à un inventaire contradictoire en présence du patient détenu, qui contresigne sa fiche vestiaire.

Le vestiaire, d'une surface de 18m², comprend des étagères de rangement sur lesquelles sont placés des boîtes en plastique contenant les affaires des personnes détenues, avec leurs nom, leur prénom et leur numéro d'écrou.

Sont consignés tout vêtement blanc, tout vêtement bleu, les briquets, les rasoirs à main, le poste de radio et les chaussures de sport avec semelles à bulles qui peuvent servir de cache. En revanche le patient détenu conserve ses cigarettes hormis s'il est mineur.

Le patient détenu est autorisé à conserver du linge de rechange pour une semaine.

Lorsque le patient détenu n'est pas en mesure de procéder aux formalités du fait de son état psychique, la procédure arrivant se limite à la reconnaissance de l'identité du patient détenu. Le paquetage et les valeurs sont transmis au gradé et à l'agent en poste fixe. L'inventaire contradictoire est alors réalisé par un personnel soignant en présence du personnel pénitentiaire.

3.2 L'accueil

3.2.1 L'accueil par les services pénitentiaires

L'accueil des patients détenus arrivants s'effectue à l'antenne du greffe. Il s'agit d'une antenne « simplifiée » du greffe judiciaire du CP de Rennes - Vezin, il n'existe pas de responsable dédié ; le premier surveillant de service est en charge de procéder aux formalités d'écrou succinctes et à l'enregistrement biométrique.

Le patient détenu reçoit un numéro d'écrou du CP de Rennes - Vezin et non un numéro propre à l'UHSA. Son dossier pénal est recueilli au greffe de l'UHSA puis il est transmis dans les 24 heures au greffe de l'établissement d'origine. Aucun dossier pénal n'est donc conservé au sein du greffe de l'UHSA.

Il est établi une fiche renseignant les éléments relatifs à l'identité de la personne ainsi que les coordonnées de la personne à prévenir.

Un livret d'accueil est remis au patient détenu assorti d'explications succinctes notamment concernant l'organisation de la prise en charge pénitentiaire au sein de la structure (cantines, parloirs, téléphonie). Bien souvent, le personnel soignant est amené à fournir des explications supplémentaires au patient détenu.

Un bon de cantine arrivant et un formulaire, correspondant au statut pénal du patient, de demande d'accès au téléphone sont également remis. La possibilité exceptionnelle de faire valoir un bon arrivant d'un euro pour effectuer un appel est examinée par l'encadrement pénitentiaire. Cependant, il n'existe pas de règles précises validées par une note de service. Dans sa réponse, le directeur de l'établissement précise que ce n'est exceptionnellement que cette possibilité est accordée au regard d'une situation particulière signalée par les personnels de santé.

En principe, le patient détenu est reçu en audience par le commandant ou le gradé dans les cinq à sept jours qui suivent son admission. Selon les propos des patients et du personnel soignant, ce délai est trop long d'autant plus que certains patients détenus sont en capacité de recevoir des informations dès leur admission. Dans sa réponse, le directeur de l'établissement indique que ce délai est en réalité de 48 à 72h en fonction de l'état du patient et sur avis médical. Ce délai n'a pas toujours été respecté à l'ouverture de la structure, le temps de l'imprégnation par les personnels des différentes procédures. Néanmoins, il existe des hypothèses où ce délai est retardé à la suite de directives données par le personnel soignant estimant que le patient détenu n'est pas accessible à l'entretien, lorsqu'il est sédaté notamment.

Lors de la visite, les contrôleurs ont suivi l'arrivée d'une personne admise en hospitalisation libre. La photographie du visage de la personne arrivante a été prise dans le couloir en face du vestiaire par le surveillant chargé du vestiaire. Le personnel de soin (infirmier et aide soignante) a rejoint le nouvel arrivant dans le couloir de la zone mixte.

Les informations concernant les modalités pénitentiaires n'avaient pas été expliquées dès l'arrivée par le personnel pénitentiaire alors que la personne était en mesure de comprendre ces informations. Certaines informations et des formulaires pénitentiaires, concernant notamment le pécule et l'accès au téléphone, ont été délivrés par le personnel soignant. C'est au cours de la journée suivante, lorsque le patient s'est rendu au PCC et a posé des questions à un surveillant concernant son pécule et l'accès au téléphone, qu'il a été informé des modalités de fonctionnement à l'UHSA.

3.2.2 L'accueil médical

Lorsque l'état du patient le permet, il est accompagné dans sa chambre par le personnel de santé qui l'a accueilli au niveau du PCC. Sa chambre et le service lui sont présentés. Un inventaire de toutes ses affaires personnelles est effectué ; il est émargé par le patient ainsi que par l'aide soignant effectuant l'inventaire. Un livret d'accueil du service lui est remis ainsi que des documents concernant la désignation de la personne de confiance (cf. § 6.1.1.2). Le déroulement des soins, dont l'entretien avec le psychiatre, la psychologue et la prescription médicale, s'effectue ensuite selon l'état de santé du patient.

4 LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

4.1 L'organisation des soins

Tous les matins du lundi au vendredi, de 9h à 9h30, une réunion d'équipe « flash » est effectuée dans chaque unité entre le personnel de soin afin de faire un bref point clinique et les transmissions de service.

Une fois par semaine dans chacune des unités, le médecin psychiatre, le médecin généraliste, l'interne en psychiatrie et des infirmiers font une visite de chaque patient, dans les chambres. Ce jour là, se tient également une réunion de synthèse clinique.

Le dossier médical des patients est informatisé.

4.1.1 Les soins psychiatriques

4.1.1.1 L'organisation générale

Les entretiens individuels avec le psychiatre, les infirmiers et le psychologue ont lieu durant la journée.

Les infirmiers accompagnent les patients dans le cadre d'activités informelles comme le ping-pong, le basket, les jeux de société et les ateliers manuels. Les contrôleurs ont pu constater la présence permanente des infirmiers auprès des patients. Des activités de groupes sont également proposées aux patients (cf. § 5.2.5).

Plusieurs patients ont exprimé leur ennui, d'autres ont souligné le fait qu'ils participaient à plusieurs activités alors qu'ils ne sortaient jamais de leur cellule en détention. Il a été constaté que certains patients erraient parfois dans les espaces communs et les couloirs.

La psychomotricienne propose des ateliers de groupes ou des activités individuelles. Une fois par semaine, elle organise dans chaque unité des ateliers manuels où les patients ont la possibilité de travailler l'argile. Elle propose également des ateliers de théâtre. L'accueil des patients dans ces groupes s'effectue soit à la demande du patient après indication par la psychomotricienne, soit par proposition de l'équipe de soins.

Les infirmières distribuent les traitements médicamenteux dans les chambres. Les traitements injectables sont administrés dans la salle de soins infirmiers et les traitements de substitution aux opiacés sont délivrés dans la salle de pharmacie.

Tous les patients hospitalisés avec leur consentement rencontrés par les contrôleurs ont exprimé leur satisfaction concernant la prise en charge dans le service et ont mentionné que leur hospitalisation correspondait à leurs attentes. Concernant les patients hospitalisés sans leur consentement rencontrés par les contrôleurs, un tiers d'entre eux était satisfait de leur condition d'hospitalisation.

4.1.1.2 L'isolement et la contention

L'isolement et la contention sont pratiqués dans la « chambre de soins intensifs » (CSI) de chaque unité. La chambre de soin d'accompagnement (CSA) de chaque unité est, quant à elle, dédiée à des soins en isolement sans contention.

L'USHA de Rennes est un service pilote au sein de l'hôpital concernant la contention et l'isolement. Il a été indiqué aux contrôleurs que contrairement aux pratiques habituelles des autres services du CHGR qui ont recours aux sangles en cuir, le service de l'USHA est doté, pour la contention, de sangles en tissu ; la chambre d'accompagnement est dotée d'un matelas en mousse afin d'optimiser le confort des patients.

Un médecin psychiatre du service est président du groupe de réflexion éthique du CHGR et participe à l'élaboration d'un référentiel pour les soins d'isolement et de contention pour l'établissement.

Une procédure de « soins intensifs de contention physique en UHSA » a été élaborée et approuvée en septembre 2013. Cette procédure précise les indications, les contre-indications, la procédure et les modalités de prescription et de surveillance du soin de contention. Il est notamment indiqué que la contention « ne doit intervenir qu'en dernier recours après la recherche d'autres formules. Elle doit être strictement limitée dans sa durée au minimum nécessaire à l'obtention du résultat clinique attendu. La contention s'effectue selon deux modalités : sur prescription médicale d'emblée ou sur décision de l'équipe infirmière, motivée par une situation d'urgence, après évaluation clinique et validée par une prescription médicale « dans l'heure qui suit ».

La prescription et la surveillance de sédation, au sein d'une chambre d'isolement ou non, font aussi l'objet d'un protocole de service.

Les chambres de soins intensifs (CSI) sont équipées de façon identique dans chaque unité.

Le lit est scellé au sol ; il est équipé d'un matelas recouvert d'un drap housse, d'une ceinture ventrale et des sangles en tissu dotées de fermeture par bandes auto agrippantes ainsi que des écrous permettant d'attacher les poignets, les chevilles. Un fauteuil est disposé dans la pièce afin de permettre aux infirmiers de s'asseoir pour nourrir le patient. La pièce est éclairée par une fenêtre identique aux autres chambres (cf. § 2.3.3). L'espace sanitaire est située à l'extérieure de la chambre et son aménagement est identique à celui des autres chambres (cf. § 2.3.2).

Les personnes placées en chambre de soins intensifs n'ont pas la possibilité d'appeler le personnel de soin autrement qu'en criant. Aucun bouton d'appel n'est disponible aux abords du lit. Le patient ne peut pas connaître l'heure étant donné que l'horloge est disposée dans le sas, à l'extérieur de la chambre.

Les contrôleurs ont rencontré deux patients détenus ayant été placés en chambre d'isolement avant la visite. L'un d'eux mentionnait que le fait de ne pas avoir de bouton d'appel à proximité ne lui avait pas posé de difficulté car les infirmiers venaient régulièrement le voir. L'autre personne s'est plainte de difficultés pour boire ou uriner lorsqu'elle était contenue. Un patient a été placé en chambre de soins intensifs lors de la visite des contrôleurs. La procédure et les conditions de contention appliquées à ce patient n'appellent pas de remarque particulière.

- **Les chambres de soins et d'accompagnement**

La configuration de la chambre de soin d'accompagnement (CSA) est identique à celle de soins intensifs hormis le lit.

Comme indiqué *supra*, la CSA est dotée d'un « lit mousse » pour favoriser le confort du patient et pour limiter les risques de blessures. Il n'est pas équipé de sangles de contention. Elle est utilisée pour des patients nécessitant des soins soutenus et une mise à l'écart de l'unité de lit ouverte sans que ces derniers soient contenus physiquement par des sangles.

- **Procédures et mode de surveillance**

Les mesures d'isolement et de contention sont prescrites par le médecin psychiatre dans le dossier médical informatisé selon le protocole (pour la CSI comme pour la CSA). Il est indiqué l'heure de début et de fin de la prescription, les circonstances, le but thérapeutique poursuivi ainsi que les bénéfices et les risques attendus.

La surveillance des personnes en chambre de soins intensifs et en chambre de soin d'accompagnement est effectuée toutes les heures par les infirmiers ou les aides soignants (pour la CSA la nuit) selon le protocole qui prévoit que l'infirmier(e) procède à « une évaluation clinique régulière pour limiter l'utilisation des contentions dans le temps ». Il assure une surveillance directe et régulière selon la prescription médicale et procède aux soins d'hygiène et de confort. Cette surveillance est consignée dans le dossier médical informatisé.

Les contrôleurs ont pu examiner le dossier médical d'un patient (rendu anonyme) ayant fait l'objet d'une prescription d'isolement et de contention. Il a été constaté que pendant les trois jours de mise en isolement, les surveillances infirmières en chambre avaient été effectuées au moins toutes les heures avec consignation de ce qui avait été surveillé (mesure des constantes vitales, risques thromboemboliques, hydratation, alimentation, mobilisation, type de contention, état psychique, état physique, absence d'objet dangereux). Les entretiens avec le psychiatre avaient eu lieu au moins une fois par jour et le patient avait bénéficié d'un examen somatique par l'interne.

- **La traçabilité des mesures d'isolement et de contention**

S'il n'existe pas de registre concernant les mesures de contention et d'isolement, il est cependant possible de connaître le nombre de ces mesures par les données extraites de façon anonyme par le département d'information médicale (DIM) de l'hôpital.

Du 1er janvier 2014 au 30 novembre 2014, un total de 565 jours en chambre d'isolement ou chambre d'accompagnement concernant soixante sept patients ont été comptabilisés pour les deux unités de l'UHSA.

4.1.2 Les soins somatiques

Les soins somatiques sont assurés par un médecin généraliste exerçant à mi-temps dans le service. Il est présent les lundis après midi, le mardi toute la journée et le mercredi toute la journée. Il prend connaissance des patients lors des visites avec le psychiatre le mardi et le mercredi matin et consulte dans un bureau dédié situé dans l'unité Molène. En son absence, le médecin interne en psychiatrie effectue l'examen somatique des nouveaux entrants.

Le bureau du médecin généraliste est exigü (11m²). La table d'examen placée entre deux murs (un à la tête de la table et un au pied de la table) et le manque de lampe mobile ne permet pas d'y effectuer des examens gynécologiques dans de bonnes conditions. Le reste de l'équipement n'appelle pas d'autres remarques.

Le médecin généraliste note ses observations et prescrit les traitements sur le dossier médical informatisé commun au service.

Il a été indiqué aux contrôleurs que la communication des dossiers médicaux depuis les unités sanitaires de provenance des patients était bonne et qu'il n'existait pas de difficulté dans le cadre de la continuité des soins.

Le médecin généraliste instruit le volet médical des dossiers déposés auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) des patients détenus qui le nécessitent.

En cas d'urgence vitale, les services disposent d'un chariot d'urgence conforme au protocole d'urgence en vigueur au sein de l'établissement. Un défibrillateur semi automatique, commun aux deux unités, est à disposition à l'unité Menez-Hom.

4.1.3 Les consultations spécialisées

Les patients de l'UHSA peuvent avoir accès aux consultations du service médico-technique (SMT) du CHGR qui propose des soins d'odontologie, des consultations de neurologie, des radiographies et des soins de gynécologie. Les examens qui ne peuvent pas être effectués dans ce service sont effectués au CHU de Pontchaillou ou en clinique à proximité de l'UHSA.

Le transport des patients nécessitant une consultation en dehors de l'UHSA est assuré par le centre hospitalier avec une ambulance escortée par l'administration pénitentiaire de l'UHSA. Des infirmiers de l'unité accompagnent les patients à ces consultations.

Lors de la visite, les contrôleurs ont suivi l'extraction d'une patiente au SMT pour un examen radiologique. Cette patiente, hospitalisée sans son consentement semblait calme et adaptée au moment de cet examen. Lors du transport, elle a été maintenue par des sangles, posées par le personnel de soins, au brancard. Lors de l'examen, toutes les sangles n'ont pas été retirées. Il a par ailleurs été rapporté aux contrôleurs qu'un patient avait reçu des soins dentaires tout en étant menotté.

4.1.4 Les hospitalisations pour des soins somatiques

Les hospitalisations pour les soins somatiques peuvent être effectuées à l'UHSA du CHU de Pontchaillou pour des hospitalisations programmées. En cas d'urgence somatique, les patients sont adressés au service des urgences du CHU de Pontchaillou, avant d'être transférés à l'UHSA s'ils le nécessitent.

5 LA GESTION DE LA VIE QUOTIDIENNE

5.1 Le maintien des liens familiaux

La zone « parloirs », est située sur la partie avant droite du bâtiment, juste après la porte d'entrée. Elle comporte sept locaux de rencontre ouvrant de part et d'autre de la pièce sur les couloirs de circulation visiteurs et patients détenus.

Les lieux sont clairs, de tonalité neutre, et ils sont bien entretenus.

La partie « visiteurs » comprend deux salles d'attente de 11,50 m², l'une d'entrée l'autre de sortie, pourvues d'une fenêtre barreaudée. Elles sont équipées de deux linéaires de deux à trois assises métalliques chacune. Chaque salle dispose de sanitaires. Au centre du couloir, entre les deux salles d'attente, une porte réservée aux surveillants donne directement accès aux parloirs.

Dans la partie réservée aux personnes détenues se trouvent : deux salles d'attente (entrée et sortie) d'une superficie de 9,40 m² et de 8,90 m², équipées d'assises fixées au sol, d'un local pour les sanitaires et d'un local de fouille. Ces lieux font l'objet d'une surveillance vidéo.

Les visiteurs accèdent à l'établissement par la porte d'entrée principale où il est procédé au contrôle de leur identité et de leur autorisation de permis de visite. Ils déposent leurs affaires et les objets interdits, comme le téléphone portable, dans des casiers prévus à cet effet dans le sas d'entrée. Après passage sous le portique de sécurité, ils sont conduits par le surveillant jusqu'à la salle d'attente « entrée ». La sortie des visiteurs s'effectue en passant par la salle d'attente « sortie » avant de regagner la porte principale de l'établissement.

Les patients sont accompagnés par un personnel soignant jusqu'au PPC où ils sont pris en charge par un surveillant. Depuis le PCC, une porte munie d'un oculus permet l'accès au couloir de circulation qui leur est réservé. Une fouille par palpation systématique est pratiquée avant entrée dans la salle d'attente, puis à l'issue du parloir après passage en salle d'attente « sortie ». Une fois les contrôles effectués, le patient est remis aux personnels soignants dans le PCC.

Les parloirs sont constitués de sept cabines cloisonnées, de 6,40 m², fermées de part et d'autre par une porte munie d'un oculus.

L'une de ces cabines (« parloir 5 »), d'une surface de 9,70 m², est réservée aux parloirs enfants parents. Au centre se trouvent une table et quatre chaises ; dans l'angle gauche en entrant côté visiteur sont installés une table et une chaise pour enfant, ainsi qu'un caisson contenant des jouets, des livres et des jeux de société.

Le « parloir 4 », équipé en sa partie centrale d'un hygiaphone monté sur paroi mobile, est destiné aux personnes susceptibles de présenter des difficultés de comportement. Il a été précisé aux contrôleurs que l'hygiaphone n'avait encore jamais été utilisé.

Le « parloir 3 », bien qu'identique aux autres tant en superficie qu'en largeur d'accès, est réservé aux personnes à mobilité réduite.

La zone parloirs comprend également deux bureaux d'audience, d'une surface de 10,10 m², destinées, pour l'un aux entretiens de l'administration pénitentiaire, pour l'autre aux visiteurs tels les avocats, les aumôniers, les experts et les visiteurs de prison.

Le contrôle des visiteurs, l'organisation et la surveillance des parloirs dont la responsabilité incombe au personnel pénitentiaire, sont précisés dans le règlement intérieur de l'établissement. La note de service UHSA N°15, en date du 3 juillet 2013, détaille les horaires des parloirs, les modalités de prise de rendez-vous, les mesures de contrôle des locaux et des visiteurs, l'accompagnement des patients détenus. Toutes ces précisions sont reprises dans le livret d'accueil à l'usage des patients remis par l'administration pénitentiaire. Ce document était en cours de validation lors du contrôle.

L'organisation des contacts entre un patient et son conjoint détenu n'est pas évoquée dans le règlement intérieur. Selon les propos recueillis auprès du personnel pénitentiaire, ce point n'avait pas fait l'objet de réflexion commune à ce jour. Une demande en ce sens a été présentée par une patiente sans qu'il y soit apporté de réponse compte tenu de la brièveté de son passage à l'UHSA.

Entre le 18 juin et le 2 décembre 2014, 213 parloirs ont été enregistrés, dont un « parloir médical » permettant à la famille d'un patient de s'entretenir avec le chef de service ; douze parloirs ont bénéficié d'une prolongation de leur durée.

5.1.1 Les visites

5.1.1.1 Les visites des familles

Aucun parloir ne s'est déroulé lors de la visite des contrôleurs.

L'établissement d'origine des patients détenus transmet les permis de visite avec les dossiers pénaux.

Les visites font l'objet d'une prise de rendez-vous préalable, effectuée par téléphone auprès du personnel de l'administration pénitentiaire et inscrite dans un cahier parloir tenu à la PEP. Lors de la prise de rendez-vous, l'agent PEP note l'identité du visiteur, le jour souhaité, le nombre de personnes présentes à la visite et un numéro de téléphone afin d'aviser en cas de contre-indication. En effet, lors de la réunion quotidienne, regroupant le personnel pénitentiaire et le personnel sanitaire, il est fait le point sur les demandes de visites et la compatibilité de celle-ci avec l'état de santé du patient ; si la visite est considérée comme incompatible, l'agent PEP en avise téléphoniquement le visiteur pour lui éviter un déplacement inutile.

Les visites peuvent avoir lieu les lundi, mercredi, samedi, dimanche et les jours fériés, en deux tours d'une durée d'une heure : 14 h 30 à 15 h 30, 16 h à 17 h. Le temps de la visite peut être prolongé sur décision du commandant quand, par exemple, il s'agit d'un premier parloir, que le visiteur vient de loin ou que le patient n'a pas habituellement beaucoup de visite.

Le nombre de visiteurs admis simultanément pour un patient est limité à trois adultes plus un enfant de moins de deux ans.

Les familles peuvent apporter du linge et des objets (à l'exception de denrées alimentaires, tabac, argent ou objets non autorisés par le règlement) qui font l'objet d'un contrôle au tunnel à rayons X puis d'une vérification d'usage par le surveillant de parloir avant remise au patient à l'issue de la visite. Le linge donné par le visité est, après contrôle, remis au visiteur au niveau du sas de la porte principale. Le livret d'accueil précise le principe retenu d'un sac de linge entrant contre un sac de linge sortant, sauf si à l'arrivée le patient n'était pas en possession de linge ; la demande d'entrée ou de sortie d'objet lors d'un parloir doit être faite à l'aide d'un formulaire de requête sur lequel l'encadrement pénitentiaire mentionne son accord ou son refus, celui-ci étant motivé et porté à la connaissance du visiteur par un gradé.

5.1.1.2 Les autres visites

Pour les avocats, les visiteurs de prison, les éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse, les conseillers d'insertion et de probation, les enquêteurs et experts, munis d'autorisation, les visites peuvent avoir lieu du lundi au samedi sur les créneaux horaires 9h30-11h30 et 14h30-17h, en fonction des parloirs famille programmés.

Pour les aumôniers de prison agréés les visites sont autorisées du lundi au samedi entre 9h30 et 11h30 ou 14h30 et 16h30 ainsi que le dimanche matin entre 9h et 11h. Les visites se font sur rendez-vous par téléphone et, en principe, à la demande des patients détenus.

Entre le 13 novembre 2013 et la date du contrôle, ont été enregistrées :

- neuf parloirs avocats ;
- quatre vingt deux visites d'aumôniers catholiques ou musulmans ;
- dix neuf réunions d'experts (médecins psychiatres ou psychologues) ;
- deux audiences pour enquête gendarmerie ;
- une visite d'un magistrat ;
- six entretiens de conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP), dont cinq pour une même personne ;
- une visite d'assistante sociale ;
- un entretien d'éducateur ;
- huit parloirs de visiteurs de prison.

5.1.2 Le téléphone

Un *Point phone* est installé dans chaque unité. Il est situé face au poste de contrôle infirmier et à droite de la salle de détente. Les contrôleurs ont constaté que la présence des deux parois vitrées latérales n'assurait pas la confidentialité des conversations. Un siège est mis à la disposition des utilisateurs. Ce téléphone est constitué d'un boîtier comportant un écran de visualisation de quatre lignes de touches digitales. Le combiné est situé à une hauteur accessible aux PMR. Trois pages d'explications sur l'utilisation du téléphone sont affichées au dessus du combiné, elles sont également traduites, en partie, en anglais. Par ailleurs une affiche de la Croix-Rouge française, indiquant le numéro de téléphone à composer ainsi que les horaires de permanence, est accrochée sur la paroi vitrée.

Le téléphone est accessible à tout moment, en dehors des horaires réservés au repas et au temps de repos en chambre.

Le livret d'accueil, remis aux patients détenus, indique : « *sauf contre indication médicale, les conditions d'accès au téléphone s'effectuent selon les mêmes modalités qu'en établissement pénitentiaire* ».

Un imprimé type est remis au patient détenu lors de son admission à l'UHSA. Il existe deux formulaires différents selon le statut pénal de la personne. Les patients détenus condamnés doivent indiquer les numéros de téléphone, l'identité du correspondant et le lien de parenté. Les patients détenus prévenus doivent fournir un justificatif des numéros indiqués. Bien que l'agent, en charge de l'accueil du patient détenu, ait à sa disposition la fiche SAGI⁵ de l'établissement d'origine, le patient détenu est néanmoins tenu de remplir un imprimé. L'agent crée par la suite une fiche manuelle qui est adressée au CP de Rennes - Vezin, dont un double est transmis au patient détenu. L'agent a indiqué qu'il ne disposait pas du logiciel informatique lui permettant de rentrer les données sur l'ordinateur. Selon d'autres témoignages, le logiciel informatique existe mais seuls deux agents maîtrisent ce logiciel. Selon les propos recueillis, il est prévu de former l'ensemble des agents à l'utilisation du logiciel.

Il convient également de préciser, que les patients sont invités à remplir l'imprimé, une fois installés dans leur chambre. Or les agents n'étant pas autorisés à circuler dans la zone de soins et d'hébergement, il revient au personnel soignant de fournir aux patients détenus des explications supplémentaires. Le personnel de santé a indiqué qu'il n'était pas toujours en mesure de répondre aux questions et aux attentes des personnes détenues.

S'agissant des demandes concernant des nouveaux numéros à inscrire, la validation de ces numéros est effectuée une fois les justificatifs obtenus. Il a été précisé qu'il incombait à l'assistante sociale de l'UHSA de récupérer les justificatifs des numéros de téléphone. S'agissant des personnes prévenues, l'accord du magistrat doit être obtenu au préalable.

Les demandes d'accès au téléphone et les listes de numéros de téléphone sont systématiquement validées par le major ou le commandant. Un code d'accès est alors remis au patient détenu. Les contrôleurs ont constaté que ce code n'était pas remis en main propre par l'agent pénitentiaire. Il transite par plusieurs intermédiaires ce qui peut considérablement retarder les délais de transmission. Ainsi le jour du contrôle, un patient détenu, en attente de son code d'accès depuis deux jours, a dû patienter une nuit supplémentaire alors que l'autorisation avait été accordée en fin de journée. L'agent en charge de la téléphonie avait transmis, avant de terminer sa journée, le code d'accès à l'agent du PCC. La secrétaire médicale a récupéré le document qu'elle a déposé dans son bureau avant de rentrer à son domicile. Le document n'ayant pas été remis au personnel soignant, celui-ci a indiqué au patient détenu que la pénitentiaire n'avait pas transmis ce code.

Ce mode de gestion génère des tensions au sein de l'unité d'hospitalisation et peut fragiliser la relation thérapeutique établie entre le patient et le personnel de santé.

A leur arrivée, les personnes condamnées sont autorisées à effectuer un appel d'un montant d'un euro. Aucune vérification n'est effectuée concernant l'identité du correspondant.

S'agissant du réapprovisionnement du compte, le patient détenu indique par téléphone le montant qu'il souhaite créditer. Chaque matin à 8h15, l'agent en charge de la téléphonie effectue un récapitulatif des demandes de réapprovisionnement auprès de la régie du CP de Rennes - Vezin en vue d'une validation.

⁵ Fiche comportant les numéros autorisés

L'approvisionnement dépend de la somme d'argent que le patient détenu a bloqué pour le téléphone. Il arrive que ces bons de blocage, remplis grâce à l'aide du personnel soignant, ne soient pas correctement renseignés ou bien que l'argent disponible sur le compte nominatif ait été entièrement reporté sur la cantine. Le patient détenu doit alors effectuer une demande par écrit afin qu'une partie de la somme soit attribuée au téléphone. Ce courrier est alors transmis au service comptabilité du CP de Rennes - Vezin.

Il n'existe pas de procédure particulière dans le cadre des écoutes téléphoniques. Selon les propos recueillis par les contrôleurs, elles sont « rarissimes ». En principe, l'agent en poste au PCC est en charge des écoutes. Interrogé sur ce point, l'agent affecté au PCC le jour du contrôle, n'avait pas connaissance de cette responsabilité qui lui était attribuée.

Un moniteur de surveillance est installé au PCC. Dès lors qu'un patient détenu effectue un appel, son identité, le numéro composé et l'heure de début et de fin de conversation apparaissent sur le cadran du moniteur de surveillance. L'agent peut vérifier que le numéro de téléphone composé est autorisé au moyen du voyant « A⁶ », qui s'allume. Lorsqu'il s'agit d'un appel destiné à un avocat ou à la Croix-Rouge française, la conversation n'est pas enregistrée, dès lors, le voyant « E⁷ » ne s'allume pas.

D'après les propos recueillis, les détenus particulièrement signalés peuvent faire l'objet d'une écoute. Il a été indiqué que ces écoutes étaient « ciblées » et que des consignes étaient transmises par la direction.

Il n'existe pas de registre des conversations téléphoniques écoutées ou enregistrées. Il n'a pas été possible de connaître la durée de conservation des enregistrements des conversations téléphoniques.

5.1.3 Le courrier

Le règlement intérieur indique en ces termes : « *une boîte aux lettres sera disponible dans chaque unité pour le courrier départ des patients détenus.* » Les patients détenus remettent leur courrier au personnel soignant qui le dépose dans la bannette située au PCC.

L'agent, en poste fixe, le récupère chaque matin à 9h30. Le courrier est remis en main propre au vaguemestre du CP de Rennes - Vezin. L'agent récupère également le courrier adressé aux patients détenus. Tous les courriers destinés aux patients détenus sont libellés à l'adresse du CP de Rennes - Vezin.

Lorsqu'un patient reçoit un courrier en recommandé avec accusé de réception, il signe le récépissé au PCC. Le bon est alors acheminé au CP de Rennes - Vezin dès le lendemain.

Tous les courriers sont ouverts au CP de Rennes - Vezin, il n'existe aucun registre au sein même de l'UHSA.

Les contrôleurs ont constaté qu'une information écrite concernant les modalités de réception et d'envoi des courriers était disponible dans le livret d'accueil.

⁶ « A » signifie : autorisé

⁷ « E » signifie : enregistré

S'agissant des correspondances avec les autorités, le règlement intérieur précise : « *Il ne peut être fait obstacle à la transmission des correspondances : - avec les autorités de contrôle des établissements de santé mentionnées à l'article L3222-4 du Code de la santé publique, à savoir le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, le président du tribunal de grande instance ou son délégué, le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement et le maire de la commune ou son représentant,*

- et celles, sous pli fermé, aux autorités mentionnées à l'article 40 alinéas 3 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 ;

- et aux aumôniers agréés des établissements pénitentiaires, en application de l'article R 57-8-20 du Code de procédure pénale ».

Deux patients ont indiqué aux contrôleurs que le courrier qu'ils recevaient habituellement en détention n'arrivait pas à l'UHSA. Un patient provenait de la maison d'arrêt de Brest et une femme du centre de détention pour femmes de Rennes.

5.2 Les règles de vie

Les règles de vie qui régissent la vie quotidienne de l'UHSA reposent sur le principe de la mixité dans les deux unités de soin et le principe d'aller et venir dans l'unité de soins et le libre accès aux chambres dans la journée.

Le patient détenu étant à la fois un usager de l'établissement pénitentiaire et du service public hospitalier, il relève d'un règlement intérieur élaboré conjointement entre l'administration hospitalière et l'administration pénitentiaire.

Comme indiqué cf. § 6.1 le livret d'accueil à l'usage des patients présente succinctement les principales règles de vie portant sur l'organisation des soins, les conditions de circulation, les repas, l'hygiène, le tabac, les visites, le téléphone et l'accès à la cour.

5.2.1 La cantine

La cantine est gérée au CP de Rennes - Vezin en partenariat avec une entreprise privée. L'administration pénitentiaire remet un bon de cantine arrivant ainsi qu'un bon de blocage d'argent au patient détenu lors de son arrivée. Tout comme l'imprimé de téléphone, ce bon est rempli au sein de l'unité d'hospitalisation et le cas échéant, avec l'aide du personnel de santé. Chaque matin, l'agent en poste fixe récupère les bons au PCC et contrôle systématiquement le numéro d'écrou et le montant coché avant de transmettre les bons au CP de Rennes - Vezin. Le service comptabilité de Rennes - Vezin vérifie que le pécule disponible et le solde bloqué sont suffisants. Il convient de préciser que les femmes, écrouées au CP des femmes de Rennes, doivent remplir au préalable un formulaire de demande de virement du CP des femmes vers le service de comptabilité de Rennes - Vezin. Selon les propos recueillis, ce procédé peut retarder de plusieurs jours la livraison des produits.

La cantine arrivant est livrée le mardi après-midi pour les patients détenus arrivés entre le vendredi et le lundi. Une seconde livraison a lieu le vendredi après-midi, elle concerne les patients détenus arrivés entre le mardi et le jeudi. Le bon de cantine arrivant appelé « bon de cantine exceptionnelle » comprend uniquement treize articles liés au tabac. Ce bon de cantine est également remis aux patients détenus ne disposant plus de tabac.

Auparavant, le tabac des patients détenus provenait directement du bureau de tabac du quartier. Les agents pénitentiaires s’y rendaient en fonction des besoins des patients. Suite à deux agressions commises sur des fonctionnaires, il a été décidé de transiter par le CP de Rennes - Veizin.

S’agissant des autres produits cantinables⁸, ils sont répertoriés dans un bon de cantine unique qui comprend quatre articles liés à la correspondance, seize revues et douze produits et articles d’hygiène et de beauté ainsi que treize articles liés au tabac. La commande de denrées alimentaires est interdite, l’UHSA s’est alignée au règlement du CHGR.

Les bons de cantine doivent être remis au service pénitentiaire le jeudi à 9h30 au plus tard. La livraison a lieu le mardi au PCI entre 13h15 et 14h30, heure à laquelle les patients sont invités à se reposer dans leur chambre. Ce mode de distribution permet d’éviter les convoitises et les risques de racket sur les personnes les plus vulnérables.

Dès lors que le solde du patient détenu s’avère insuffisant pour l’ensemble des produits commandés, ce dernier ne reçoit qu’une partie de sa commande accompagnée d’un bon sur lequel est inscrit la mention « pécule insuffisant ». Lorsque le patient détenu a bloqué par erreur la totalité de son pécule pour le téléphone, il est invité à effectuer une demande par écrit qui est transmise au service de comptabilité le jour même ou lendemain afin qu’une partie du pécule soit attribué à la cantine.

Si une erreur a été commise dans l’envoi des articles commandés, le produit ne correspondant pas à la commande est en principe remplacé le lendemain ou le jour suivant.

Les patients détenus, interrogés sur la qualité et la diversité des articles disponibles, ont tous déploré l’impossibilité de cantiner des denrées alimentaires. Par ailleurs, les femmes souhaiteraient avoir plus de choix en matière de produits de beauté et d’hygiène ; il n’existe qu’un modèle unique de shampoing et de gel douche et il n’est pas proposé de déodorant pour femmes.

5.2.2 L’interdiction de fumer

Les patients détenus sont autorisés à fumer dans la cour selon les horaires d’ouverture indiqués au § 2.3.2. Ils ont la possibilité de conserver leur tabac avec eux hormis pour les patients placés en chambre d’isolement ou en chambre d’apaisement. En revanche, il est interdit de conserver un briquet ou des allumettes ; les cours disposent d’un dispositif d’allumage.

Durant la nuit, les patients ne sont pas autorisés à sortir de leur chambre pour fumer. Cependant, il arrive que le personnel soignant déroge à la règle dès lors qu’il s’agit d’un patient détenu présentant un état d’anxiété avancé et pour lequel la consommation d’une cigarette peut avoir un effet apaisant.

⁸ Expression essentiellement pénitentiaire voulant signifier que des produits sont inscrits sur la liste des achats autorisés.

5.2.3 La restauration

Les repas sont préparés par la cuisine centrale du CHGR. Une liaison chaude et froide est assurée entre la cuisine centrale et les cuisines des deux unités de soins deux fois par jour. Les plateaux sont livrés avec la vaisselle et les couverts. Les plats sont laissés en chauffe dans le chariot tandis que les entrées froides et les desserts sont conservés dans le réfrigérateur.

Les patients ne participent pas à l'élaboration des menus cependant ils ont la possibilité de les composer en fonction de leur goût culinaire. Des menus adaptés aux régimes alimentaires, prescrits par le médecin, sont également proposés aux patients. Un tableau, répertoriant tous les patients bénéficiant d'un menu spécifique, est affiché dans la cuisine.

Le jour du contrôle, les menus proposés étaient les suivants :

Menu du midi

- Concombre vinaigrette ;
- filet de lieu sauce Bercy ;
- poêlée de légumes ;
- saint nectaire ;
- far breton.

Menu du soir

- Potage ;
- tartiflette ;
- salade verte ;
- fromage blanc sucré.

Tous les repas sont servis dans la salle de restauration. En principe le placement est libre à moins que le personnel soignant n'en décide autrement dès lors qu'il existe des tensions entre deux patients détenus. Un patient détenu dont l'état thymique est incompatible avec la prise d'un repas en communauté peut être invité à le prendre dans sa chambre.

Les patients détenus ont la possibilité de consommer du café le matin et après les repas ; une tisane est également proposée vers 22h00, elle est servie dans les chambres.

Les patients détenus ont souligné la qualité des repas cependant ils ont indiqué que les quantités n'étaient pas suffisantes ; leurs propos ont été corroborés par ceux du personnel soignant.

5.2.4 Le nettoyage des locaux et l'entretien du linge personnel

Le jour du contrôle, les locaux comme les chambres étaient d'une propreté irréprochable. L'entretien est assuré par les agents du service hospitalier dont les horaires sont les suivants : 7h00 - 14h40 et 13h45 - 21h25.

Les unités disposent d'une machine à laver et d'une machine à sécher le linge. En principe, le linge personnel des patients détenus est nettoyé à l'entrée et à la sortie de leur hospitalisation. Le reste du temps, l'entretien du linge est pris en charge par la buanderie du CHGR. Le linge propre est restitué une semaine plus tard. Il a été indiqué que les infirmiers et les aides soignants ne disposaient pas de temps suffisant pour prendre en charge l'entretien du linge des patients détenus. Seuls les patients ne possédant qu'un seul pantalon ont la possibilité de faire nettoyer leur linge dans l'unité.

5.2.5 Les activités

Des activités sportives et des sessions de jeux de société sont proposées aux patients détenus. Durant la visite des contrôleurs, des sessions se déroulaient durant l'après-midi. A cet égard les patients détenus, interrogés par les contrôleurs, ont souligné la disponibilité du personnel soignant tant pour mettre en place des activités que pour répondre aux diverses demandes.

Une demi-journée de sport quotidienne est attribuée à chaque unité. Les groupes sont composés de quatre patients au maximum ; les sessions, d'une durée de trente minutes, sont animées par le personnel soignant. Il convient de préciser que ces sessions sont mixtes.

Les patients détenus semblent apprécier la mixité au sein de l'unité leur permettant d'avoir à nouveau des échanges et de développer des relations amicales avec des personnes du sexe qui n'est pas le leur.

Une journée type à l'UHSA s'organise comme suit :

- 7h45 : ouverture de la cour ;
- 8h00 : fermeture de la cour et prise des traitements ;
- 8h30 : petit déjeuner ;
- 9h : réouverture de la cour et soins médicaux, soins infirmiers et entretiens psychologiques ;
- 11h30 : fermeture de la cour et prise des traitements ;
- 12h : repas ;
- 12h45 : réouverture de la cour ;
- 13h15 : fermeture de la cour et temps de repos en chambre fermée ;
- 14h30 : réouverture de la cour, activités, entretiens infirmiers ;
- 16h : goûter ;
- 18h30 : fermeture de la cour ;
- 19h : prise des traitements et dîner ;
- 20h15 : fermeture de la cour et fermeture des chambres ;
- 22h : dispensation des traitements ;
- 00h : extinction des télévisions.

Il a été indiqué aux contrôleurs, que le service avait pris exemple sur l'UHSA de Toulouse concernant les horaires d'ouverture et de fermeture des chambres. Le personnel infirmier, qui dispose d'un jeu de clés unique pour toutes les chambres, a la responsabilité de fermer les chambres à clés. Selon les propos recueillis par le personnel soignant, « les patients dorment mieux qu'en détention » du fait de l'absence de bruit et de bénéficier d'une chambre individuelle.

Certains patients détenus ont déclaré « se sentir mieux » depuis leur admission à l'UHSA.

5.2.6 Les promenades

Comme indiqué précédemment, la cour est accessible toute la journée hormis durant les soins et les repas.

6 LES DROITS DU PATIENT DETENU

6.1 Dispositif d'information générale

A l'arrivée du patient dans l'unité de santé, trois documents lui sont remis par l'infirmier procédant à l'entretien d'accueil :

- le « livret d'accueil du patient » édité au profit de tous les patients des unités psychiatriques du CHGR. Ce document de vingt six pages en couleur évoque l'établissement (son histoire, les modalités d'accès, les offres de soins, l'organisation de l'hôpital), les différents modes d'hospitalisation, l'organisation du séjour (vie pratique et vie culturelle), les droits et devoirs du patient, la charte de la personne hospitalisée. Sur quatre pages sont énoncés et décrits les droits du patient : la protection sociale et juridique, le droit aux libertés individuelles (circulation, correspondance, culte et vote), les procédures d'accès aux dossiers administratif et médical, le consentement aux soins, la liste et les adresses des instances à qui le patient ou un proche peut adresser ses réclamations (CRUQPC et CDSP). Enfin, les autorités qu'il peut saisir : le CGLPL, le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) ; le Défenseur des Droits n'est pas mentionné ;
- le « Passeport », dépliant de huit pages en couleur, qui présente succinctement le Pôle Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (UHSA – SMPR), les modalités d'admission, les conditions du séjour (effets personnels, repas, compte nominatif, cantine, visites, téléphone, courrier, culte, activités de détente et accès à la cour) et de sortie. Il rappelle la présentation des droits effectués dans le livret d'accueil du CHGR et mentionne les devoirs spécifiques liés à l'UHSA (conditions de circulation, interdiction d'appareils électronique, gestion du tabac, mesures de contrôle et de sécurité) ;
- le « Livret d'accueil à l'usage des patients. Ce document de douze pages, en couleur et de format A4, est spécialement conçu pour les patients détenus. Bien que synthétique, il contient les principales informations quant aux droits du patient, aux modalités de son séjour et à l'organisation de son quotidien. Divisé en quatre chapitres, ce livret comprend :

- une présentation du centre hospitalier et son UHSA ;
- un rappel de l'organisation des soins, du droit d'information du patient sur son état de santé, du droit d'accès au dossier, de l'astreinte au secret professionnel de l'ensemble du personnel, des droits et recours (possibilités de présenter des réclamations au directeur de l'établissement ou de saisir la commission des relations avec les usagers du CHGR, de former un recours auprès de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques, de saisir le Président du TGI, le procureur de la République ou le CGLPL) ;
- le déroulement du séjour : admission, gestion des effets personnels, présentation de l'équipe pluridisciplinaire, organisation du quotidien (conditions de circulation, repas, hygiène, dispositions relatives au tabac, interdiction d'alcool et de toxiques, visites, courrier, téléphone, culte, cantine, gestion du compte nominatif, activités de détente, accès à la cour de promenade, mesures de contrôle et de sécurité) ;
- une rubrique « Sortie » dans laquelle il est fait mention de la réintégration dans l'établissement pénitentiaire d'origine avec la possibilité d'admission, sur indication médicale, au SMPR de rattachement. Il est également rappelé qu'il est mis fin de plein droit et immédiatement à l'hospitalisation à l'UHSA dès lors qu'il n'y a plus lieu à détention ;
- en dernière page, une annexe énumère les différents repères journaliers (horaires d'ouverture et de fermeture de la cour, des repas en salle à manger, des temps de repos en chambre fermée, des distributions de médicaments, des soins et entretiens médicaux et infirmiers, de la fermeture de chambres et de l'extinction des télévisions).

Ces documents sont rédigés en français et ne font l'objet d'aucune traduction en langue étrangère. Le responsable du bureau des entrées de l'hôpital a cependant indiqué aux contrôleurs qu'un recensement des ressources propres de l'établissement a permis d'établir une liste de différentes langues et de personnes à même d'assurer la traduction ; que l'Association « Ville Hôpital » pouvait également être contactée afin d'assurer l'interprétariat, les frais de ce service étant pris en charge par le CHGR. Les secrétaires de l'UHSA ont précisé aux contrôleurs avoir eu recours au chef de service pour des personnes d'origine russe et à des infirmiers pour des patients de langue anglaise. L'UHSA n'a dû faire appel au Réseau Ville Hôpital que pour une seule personne.

Quelques documents sont affichés dans chaque unité de l'UHSA : dans le hall, la charte de la personne hospitalisée ; dans le couloir, la liste des avocats de la cour d'appel de Rennes ; dans la salle à manger, une note de service sur la Commission des relations avec les usagers (ses attributions, sa composition) et un tableau mentionnant l'adresse des différentes instances ou autorités auprès desquelles peuvent être déposés des recours ou des réclamations.

L'assistante sociale, qui dit rencontrer 80% des patients, intervient pour répondre à toutes les demandes portant tant sur des questions d'ordre pénitentiaire, comme la cantine, que sur la réglementation (le rôle et la compétence des différents intervenants ou des précisions sur la situation judiciaire), la procédure devant le JLD ou les avis à famille.

6.1.1 Mise en œuvre de quelques droits particuliers

6.1.1.1 Le recueil des observations du malade

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

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

Selon les témoignages recueillis par les contrôleurs, il existe une démarche de recueil des observations du malade avant toute décision bien que tout ne soit pas tracé et que ces observations ne soient donc pas communiquées au juge. Il a en effet été indiqué que la mise en œuvre des lois de 2011 et de 2013 s'est faite à effectif constant au CHGR (un des cinq plus gros établissements de France ayant comptabilisé en 2013 1797 hospitalisations à la demande d'un tiers et 197 à la demande du représentant de l'état) et que certains médecins ont pu se sentir « agressés » par la judiciarisation de la procédure d'hospitalisation ce qui a conduit quelques uns d'entre eux à « traîner les pieds ». La culture de la notification des droits n'étant pas encore totalement passée dans les mœurs, il a été envisagé que les notifications et les explications des décisions soient faites par du personnel dédié et formé à cet effet. Au jour du contrôle, cela n'a pas été suivi d'effet.

A l'UHSA, les observations des patients sont limitées à celles faites par certains d'entre eux en marge de la convocation pour l'audience devant le JLD, en sus du nom de leur avocat et de leur demande d'avocat commis d'office. Des observations sont en revanche systématiquement consignées par écrit en cas d'appel de la décision du juge, celles-ci étant transmises au moyen du télécopieur avec la déclaration d'appel et conservées en original au dossier du patient.

6.1.1.2 La personne de confiance

La possibilité, instaurée par la loi du 4 mars 2002, pour toute personne majeure hospitalisée, à l'exception des majeurs sous tutelle, de désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, est évoquée tant dans le livret d'accueil général que dans celui propre à l'UHSA.

Il est précisé que cette désignation doit se faire par écrit, qu'elle est valable pour la durée de l'hospitalisation et peut être modifiée à tout moment.

Le livret général indique que cette personne peut accompagner le patient dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux, qu'elle sera consultée pour avis par l'équipe médicale dans le cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté. Le livret propre à l'UHSA mentionne uniquement : « la personne de confiance sera consultée pour avis et pourra recevoir l'information nécessaire vous concernant ».

Chaque unité de l'UHSA dispose d'une liasse « désignation de la personne de confiance » qui est remise au patient lors de l'entretien d'accueil puis remplie par l'intéressé et placée dans son dossier. La première page de cette liasse reprend les informations utiles sous les rubriques suivantes : « Pourquoi désigner une personne de confiance » – « Qui peut être la personne de confiance » – « Quand désigner une personne de confiance » – « Comment désigner une personne de confiance » ; ce document est remis au patient. Les deux autres feuillets constituent le formulaire de désignation d'une personne de confiance, comprenant une partie à remplir par le patient (identité, souhait ou non de désignation d'une personne de confiance, identité complète de celle-ci avec précision de son lien avec le patient, indication de l'information donnée à la personne, date et signature du patient) et une partie à remplir par l'équipe soignante en cas d'impossibilité du patient ; le premier exemplaire de ces feuillets est conservé par le patient.

6.1.1.3 Le droit à la vie privée

Comme indiqué ci avant, le livret d'accueil du centre hospitalier donne aux patients les informations sur la vie pratique et notamment sur les visites, le courrier et le téléphone.

Le livret propre à l'UHSA apporte des informations complémentaires, spécifiques à l'établissement :

- s'agissant des visites, il est indiqué que celles-ci sont possibles sauf contre indication médicale et selon les mêmes modalités qu'en établissement pénitentiaire ; les jours et heures de visite pour chaque catégorie de visiteurs sont précisés ; en revanche il n'est pas fait mention des modalités de prise de rendez-vous ni du nombre de visiteurs admis ;
- pour le courrier, il est recommandé de noter au dos des lettres le nom de l'unité – les nom et prénom et numéro de chambre du patient ; il est en outre rappelé que les lettres doivent être remises sous pli ouvert à l'exception de celles adressées à l'avocat ou aux autorités judiciaires ou administratives ;
- s'agissant du téléphone, il est précisé que, sauf contre indication médicale, les conditions d'accès au téléphone s'effectuent selon les mêmes modalités qu'en établissement pénitentiaire, qu'une cabine est à disposition dans chaque unité de soins, que le téléphone est payant et que les portables sont interdits. Les contrôleurs ont pu constater que l'installation de la cabine, située dans un recoin entre une salle d'activité et le couloir d'accès aux chambres, n'était pas de nature à assurer la confidentialité des propos tenus.

6.1.1.4 L'accès au culte

Le livret d'accueil général mentionne l'existence d'un service d'aumônerie de culte catholique avec la messe célébrée le dimanche, des permanences d'accueil et des visites dans les services.

Le livret propre à l'UHSA mentionne uniquement : « une équipe de permanents et de bénévoles est à votre disposition. Les aumôniers agréés par l'administration pénitentiaire peuvent venir vous rencontrer sur simple demande exprimée auprès du personnel soignant. Vous pouvez les rencontrer aux parloirs. »

L'annexe 12 du règlement intérieur de l'UHSA comporte la liste et les identités des aumôniers agréés, à savoir : quatre de culte catholique, trois de culte protestant, deux de culte musulman, un de culte orthodoxe, un de culte israélite, un de culte bouddhiste et un de culte Témoins de Jehovah.

Un aumônier protestant, rencontré par les contrôleurs à l'issue d'un parloir le 2 décembre, a indiqué que la demande personnelle du patient, initialement exigée par le service médical, n'était plus systématiquement demandée de sorte que les dates et rythme de visites peuvent être désormais fixés par l'aumônier lui-même. Cet aumônier a en outre précisé que la remise de livres ou objets religieux était autorisée et régulièrement pratiquée après contrôle par le surveillant de parloir.

6.1.1.5 L'accès au dossier médical

L'accès au dossier médical se fait sur demande écrite de la part du patient ou des ayants-droit auprès du directeur de l'hôpital. Celui-ci s'adresse à l'UHSA pour obtenir la transmission du dossier et connaître le nombre de pages photocopiées dans la mesure où elles seront ensuite facturées au patient. En parallèle, le directeur de l'hôpital avise le patient de son accord sur la délivrance de la copie du dossier et du caractère payant de ce service.

Cinq demandes d'accès au dossier ont été faites depuis l'ouverture de l'établissement. Toutes ces demandes ont été accordées.

Selon un des médecins de l'UHSA, il n'existe pas de restriction d'accès au dossier ce qui a conduit le corps médical à modifier son mode de rédaction ; seules les informations provenant de l'entourage peuvent être retirées du dossier.

Plusieurs saisies de dossier sont intervenues à la demande du juge d'instruction. Quelques demandes de dossier sont faites par les experts judiciaires, qui sont en revanche rejetées.

6.1.1.6 Les mandataires judiciaires

L'existence d'un tuteur ou d'un curateur est connue en général par la déclaration (souvent spontanée) du patient ; il peut arriver qu'elle figure sur la fiche pénitentiaire mais doit alors souvent être actualisée.

Les tuteurs et les curateurs sont systématiquement contactés par l'assistante sociale pour la gestion des finances (mandats des familles, allocation handicapé, bon alimentaire). Celle-ci a fait savoir aux contrôleurs qu'elle privilégiait une gestion hebdomadaire afin d'éviter que les ressources ne soient trop vite consommées.

6.1.1.7 Les aménagements de peine

En principe le juge de l'application des peines (JAP) compétent est celui du lieu d'écrou. Cette compétence revient donc au JAP de Rennes dès lors que la personne détenue, devenue patient, est écrouée à l'UHSA. Le vice-président de l'application des peines du tribunal de Rennes a cependant indiqué que, dans les faits, le dessaisissement du JAP du lieu d'écrou d'origine n'est pas automatique et ne se fait qu'à l'occasion d'une requête.

Depuis l'ouverture de l'établissement ce magistrat n'a eu à connaître d'aucune demande, ni d'aménagement de peine, ni de permission de sortir, ni même de réduction supplémentaire de peine (RSP).

Selon le JAP, une requête afin d'aménagement de peine ou de permission de sortir aurait peu de chance de succès compte tenu de la situation particulière des personnes condamnées placées à l'UHSA, les demandes de réductions supplémentaires de peines pourraient en revanche être examinées sans difficulté.

L'absence de conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation au sein de l'UHSA, déplorée par tous les intervenants, favorise cette situation dans la mesure où personne ne peut faire le lien avec le service d'insertion et de probation (SPIP) de l'établissement d'origine pour vérifier la situation de l'intéressé au regard des aménagements de peine et des RSP.

S'il est arrivé à l'assistante sociale d'aider un patient à faire un courrier de saisine du JAP pour l'octroi de ses RSP, celle-ci a indiqué s'être heurtée à l'impossibilité de constituer le dossier.

Un patient de soixante dix huit ans, hospitalisé depuis 165 jours à l'UHSA, a fait l'objet d'un certificat de la part du médecin généraliste et du médecin psychiatre du service, mentionnant que son état de santé était incompatible de façon durable avec la détention. Une demande de suspension de peine a été faite. En l'absence d'un SPIP référent, les contrôleurs n'ont pu obtenir des précisions quant à l'avancée de cette situation.

6.1.1.8 Les arrêtés préfectoraux d'admission, notification et voie de recours

Le responsable du bureau des entrées n'a pas fait état d'un circuit précis garantissant la délivrance d'une information complète et fiable par une personne compétente à l'occasion de la notification des arrêtés d'admission.

A leur arrivée à l'UHSA, la notification de l'arrêté d'admission, transmise à l'UHSA par le bureau des entrées, est faite verbalement aux patients par un cadre ou un infirmier avec précision des délais de recours et de l'audience à venir devant le JLD où ils pourront faire valoir leurs arguments. Il peut, si besoin, être fait appel à un interprète pour cette notification. Une copie du document est remise au patient, invité à signer un accusé réception que le secrétariat de l'UHSA retourne au bureau des entrées.

L'arrêté contient une mention relative aux droits du patient et aux voies de recours, et la liste des autorités et instances auprès desquelles peuvent être formés réclamations et recours.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, les livrets d'accueil et une affiche, apposée dans le hall, renseignent les patients sur les possibilités de réclamations et recours (saisine de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques et /ou du JLD).

Au moment du contrôle, aucun recours n'avait été formé.

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

6.1.1.9.1 L'information du patient

Le livret d'accueil de l'hôpital précise que le JLD peut être saisi à tout moment pour ordonner la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques et peut également se saisir d'office ; que ce juge contrôle systématiquement le bien fondé de la mesure de soins sans consentement, une décision (de mainlevée ou de maintien) devant être rendue à l'issue d'une période de quinze jours d'hospitalisation complète⁹, puis tous les six mois.

Le dépliant d'accueil remis lors de l'admission à l'UHSA se limite à rappeler que le patient peut saisir le Président du TGI, le Procureur ou le CGLPL.

6.1.1.9.2 Le rôle de l'avocat

Un pôle avocat, composé d'une vingtaine d'avocats du barreau de Rennes, est spécialisé pour assurer la défense des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement. Des formations spécifiques, non obligatoires, ont été proposées, suite à la loi du 5 juillet 2011, par la cour d'appel et l'école du barreau.

L'avocat, presque toujours commis d'office, consulte le dossier juste avant l'audience et s'entretient avec le patient quelques minutes seulement avant l'appel du dossier la cause. Ainsi que l'admettent les avocats rencontrés à l'occasion d'une audience, leur rôle se limite en fait à vérifier la procédure et l'existence des certificats médicaux.

⁹ Délai légal à la date d'ouverture de l'UHSA, porté à 12 jours à compter du 1^{er} septembre 2014.

6.1.1.9.3 L'audience

Depuis septembre 2014, les audiences du JLD se tiennent deux fois par semaine, les mardis et vendredis matin, et ce douze mois sur douze.

Un JLD est plus spécialement chargé de la procédure liée aux soins sans consentement ; le greffe est composé de deux greffiers, d'un adjoint administratif et d'un réserviste. Il intervient sur toute la compétence du JLD, à savoir, les hospitalisations sous contrainte, les étrangers et la détention.

Le nombre moyen de dossiers par audience, douze avec un maximum de vingt deux, a augmenté depuis le 1^{er} septembre 2014, date laquelle le délai de premier examen par le JLD est passé de quinze jours à douze jours. Sur l'ensemble des unités psychiatriques du CHGR, le nombre de saisine du JLD en 2013 a été de 131, dont quatre vingt treize saisines à quinze jours et trente huit saisines à six mois.

Sur la période du 1^{er} janvier au 1^{er} septembre 2014, le JLD a été saisi de quarante dossiers concernant des patients de l'UHSA, exclusivement pour l'examen des quinze jours, qui ont donné lieu à trente cinq décisions de maintien, deux ordonnances de mainlevée pour absence de notification ou pour absence de preuve de la notification, des arrêtés et trois décisions disant n'y avoir lieu à statuer l'hospitalisation ayant été levée.

Depuis le 1^{er} septembre 2014 les audiences du JLD se tiennent dans une annexe de l'hôpital située à une cinquantaine de mètres de l'UHSA, à l'extérieur de l'enceinte pénitentiaire.

Lors de la remise de la convocation au patient par un infirmier, il lui est expliqué son droit de former des observations et celui de faire choix d'un avocat ou de solliciter un avocat d'office pour l'audience. La comparution devant le juge peut faire l'objet d'une contre-indication médicale, l'audience se déroulant alors hors présence du patient celui-ci étant toutefois représenté par un avocat s'il en a fait la demande. Lors de l'audience à laquelle ont pu assister les contrôleurs, un des deux patients n'était pas comparant mais représenté.

Pour se rendre à l'audience, le patient est pris en charge par des surveillants dans le PCC. Il fait l'objet d'une fouille par palpation avant sa sortie de l'UHSA en présence de surveillants dont le nombre varie, de trois à quatre, selon le niveau de protection sollicité. Il est ensuite placé par deux infirmiers sur un brancard, et entravé aux pieds et aux mains avant d'être installé dans une ambulance de l'hôpital qui le conduit jusqu'à la salle d'audience. Durant le transport, soit sur environ cinquante mètres, l'ambulance dans laquelle ont pris place les deux infirmiers plus le chauffeur, est suivie par les surveillants. Arrivé sur le site, le patient est conduit sur le brancard jusque dans la salle d'attente dans laquelle peuvent se trouver des patients d'autres unités de l'hôpital. Il est alors désentravé par les infirmiers, mais menotté par les surveillants.

Le jour où les contrôleurs ont suivi le patient jusqu'à l'audience, le processus décrit ci-dessus a été intégralement mis en place alors même que le patient était calme, sans aucun signe pouvant faire craindre un risque d'agitation ou d'opposition.

Personne n'a pu expliquer aux contrôleurs sur quel fondement était pratiquée cette contention lors du transport à l'hôpital. Le protocole établi en novembre 2013, mentionne uniquement s'agissant des transports et escortes pour les hospitalisations sans consentement : « L'accompagnement et le transport du patient-détenu sont réalisés systématiquement par les soignants par leurs propres moyens. Ils décident des moyens de contrainte à mettre en œuvre au regard des renseignements fournis par l'établissement d'origine (fiche de liaison). Les personnels pénitentiaires de l'UHSA assurent l'escorte du véhicule sanitaire, avec leur propre véhicule ». Cette partie du protocole n'a pas fait l'objet de modification à l'occasion de la création d'une salle d'audience au sein de l'hôpital.

Attenant à la salle d'attente, se trouvent le bureau de consultation des avocats et des sanitaires.

A l'appel du greffier, le patient est conduit dans la salle d'audience où il est démenotté. L'audience est publique mais se déroule en fait en la seule présence du patient et de son avocat.

Le JLD présente la situation du patient, lui donne la parole sur ce qu'il pense des conditions de son hospitalisation, vérifie s'il a bien eu connaissance des certificats médicaux, lui en donne éventuellement lecture et recueille ses observations. La parole est ensuite donnée à l'avocat, qui plaide sur la régularité de la procédure puis sur le fond. Le juge annonce enfin le moment où sera rendue sa décision (en général l'après-midi même) et précise que celle-ci sera notifiée par l'équipe de santé. La décision n'est pas rendue immédiatement afin, notamment, d'éviter des « retours agités » à l'UHSA.

6.1.1.9.4 Notifications et recours

La décision du JLD est adressée par fax au bureau des entrées qui la transfère à l'UHSA où elle est notifiée par un cadre de santé ou à défaut par un personnel infirmier. Après émargement par l'intéressé, la décision est retournée par le secrétariat de l'UHSA au bureau des entrées qui la transmet au JLD.

Lors de la notification, la décision est lue et expliquée au patient, les délais et modalités de recours lui sont indiqués.

Le patient est invité à signer le document intitulé « récépissé de réception de notification d'ordonnance du JLD sous la mention « M. ... reconnaît avoir reçu notification de l'ordonnance rendue le ... par le JLD dans l'affaire me concernant et reconnaît également avoir été informé des délais d'appel et des modalités d'exercice de cette voie de recours ». Si le patient refuse de signer l'infirmier ou le médecin ayant procédé à la notification coche l'une des deux cases du document mentionnant : pour l'une « ...déclare que la personne hospitalisée a refusé de signer l'accusé de réception mais que la copie de l'ordonnance et la notification des voies de recours lui ont été remises », pour l'autre « déclare n'avoir pu effectuer la notification à l'intéressé pour les raisons suivantes ... ». Dans tous les cas une copie de la décision sur laquelle sont notées les voies de recours est remise au patient.

A la date du contrôle deux recours avaient été enregistrés depuis l'ouverture de l'établissement, tous deux formés entre novembre et début décembre 2014.

6.2 Les registres de loi

Les registres de la loi sont tenus au bureau des entrées. L'un rend compte des SDRE, l'autre des SDT, pour l'ensemble de l'établissement. Ces registres sont divisés en deux parties l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes. Il n'existe pas de registre spécifique pour les patients admis à l'UHSA.

Organisé en double page par patient, il est conçu pour mentionner d'une part, l'identité du patient (nom, prénom, profession, adresse, état civil), la date de son admission, la forme de la prise en charge, l'intervention du JLD, la date de mainlevée et, d'autre part les arrêtés préfectoraux et certificats médicaux exigés par la loi, ainsi que les programmes de soins.

Les contrôleurs ont examiné le registre des SDRE en cours au moment du contrôle. La date d'ouverture des registres n'est pas mentionnée mais figure en revanche la mention du premier numéro. Ainsi au 2 décembre 2014, le registre était renseigné dans la partie hommes du numéro 4284 au numéro 4498, dans la partie femmes du numéro 1701 au numéro 1725. Les patients sont inscrits au registre moins de vingt-quatre heures¹⁰ après leur admission. L'arrêté initial de placement et les certificats médicaux sont tous reproduits. En revanche, le dispositif des décisions du JLD n'est pas toujours reporté. La situation de « détenu » du patient n'est pas mentionnée mais se déduit de son adresse. La tenue des registres n'appelle pas d'autres observations.

Le registre porte trois mentions de la visite d'une autorité : le 9 juillet 2014 par le JLD, le 29 septembre 2014 par l'adjoint de la mairie de Rennes et le 26 novembre 2014 par le vice-procureur.

6.3 La préparation à la sortie

Une assistante sociale assure seule et à plein temps le suivi social des patients dans la zone de soins.

Selon les informations transmises par elle, sur les 157 personnes suivies depuis le 1^{er} janvier 2014 (soit trente trois femmes dont une mineure et 124 hommes) :

- vingt étaient sous mesure de protection (curatelle renforcée) lors de leur arrivée,
- quarante neuf perçoivent l'AAH,
- quatre bénéficient d'une pension d'invalidité,
- neuf touchent le RSA,
- cinq perçoivent une retraite,
- quatre vingt quinze sont sans ressource ;
- six sont propriétaires, vingt huit sont locataires, quarante huit sont hébergés par la famille ou des amis, soixante quatorze sont sans logement ni hébergement.

¹⁰ Délai légal d'inscription fixé par l'article L3212-11 du code de la santé publique.

Dans le même temps, soit depuis le début de l'année 2014, l'assistance sociale a déposé vingt deux demandes auprès des différentes maisons départementales des handicapés (MDPH), huit demandes d'ouverture d'une mesure de protection, dix huit demandes de couverture médicale universelle complémentaire (CMU C).

L'accompagnement de l'assistante sociale porte sur la gestion des finances des patients, les mesures de protection, les demandes de logement et d'aide sociale, notamment en vue de préparer la sortie. Celle-ci indique se heurter parfois au taux de renouvellement des patients détenus résultant de la durée plus ou moins longue du séjour et à la méconnaissance du devenir de cette personne de sorte que, lorsqu'un dossier n'est pas achevé au jour de sa sortie, elle ne sait à qui le transmettre pour en poursuivre l'instruction.

L'assistante sociale apporte également un soutien ponctuel notamment en aidant le patient à rédiger un courrier au JAP ou au CPIP.

L'assistante sociale, tout comme les autres membres de l'équipe, déplore l'absence de CPIP au sein de l'UHSA, estimant d'une part que leurs sphères d'intervention et leur logique d'intervention sont différentes, d'autre part que seul le CPIP est compétent pour obtenir certaines informations sur le parcours personnel et carcéral de l'intéressé. Elle considère notamment que, pour les demande de cartes d'identité, ses pouvoirs sont très limités, les démarches d'élection de domicile, de déclaration de perte ou de demande d'extrait d'acte de naissance ne pouvant être utilement faites que par le CPIP. En l'absence de CPIP, les demandes de carte d'identité, ou de renouvellement, ne peuvent donc aboutir alors même que cette pièce peut s'avérer indispensable lorsque que le patient est libérable à brève échéance.

La présence de CPIP au sein de l'UHSA est pourtant expressément prévue au règlement intérieur de l'établissement, le protocole étant ainsi libellé : « Le DPIP désigne au sein du SPIP 35 trois correspondants CPIP pour faire le lien avec le travailleur social hospitalier intervenant à l'UHSA ; le SPIP organise au profit du travailleur social hospitalier un stage de découverte de l'institution ». Suivent les procédures à mettre en œuvre pour l'ensemble des détenus de l'UHSA (avis par le greffe de tous les écrous, transmission par le SPIP au travailleur social de tous les éléments d'informations concernant le patient tant sur sa vie personnelle et familiale que sur son parcours en détention, les aménagements de peine et les projets de sortie en cours) et les modalités d'échanges d'information entre le SPIP, le travailleur social et l'équipe de l'UHSA.

Rencontré par les contrôleurs, le directeur du SPIP d'Ille-et-Vilaine a affirmé que l'absence de CPIP au sein de l'UHSA ne résultait pas d'une position de blocage mais d'un manque d'effectif. Il a ainsi fait valoir que l'ouverture de l'UHSA et de l'UHSI s'est effectuée sans personnel supplémentaire, alors que les conseillers doivent suivre 3000 personnes en milieu ouvert et 1200 personnes réparties sur trois établissements pénitentiaires. Estimant que la priorité devait être donnée à l'aménagement des peines et non à la préparation à la sortie, il a admis ne pas avoir doté l'UHSA de personnel face à sa difficulté à libérer des moyens humains.

Une note de service du directeur du SPIP 35, en date du 5 septembre 2014, édicte : « *les quatre CPIP du centre pénitentiaire des femmes seront amenées à intervenir sur l'UHSA et l'UHSI pour les patients qui ne relèvent pas de la compétence du SPIP 35. L'assistante sociale du centre pénitentiaire de Rennes - Vezin, pourra également être amenée à intervenir sur l'UHSI. Les modalités d'intervention seront définies dans une note de service ultérieure. Toute difficulté d'application devra être portée à ma connaissance* ». Aucun CPIP n'est toutefois intervenu à l'UHSA depuis cette note de service.

Se disant conscient de la difficulté et admettant avoir peu de candidat pour ce type de poste, le directeur du SPIP 35 a précisé que, à l'occasion du programme tri-annuel d'augmentation des effectifs, il essayait de positionner un cadre du service sur l'UHSA et l'UHSI afin qu'il puisse y avoir au moins un correspondant.

Les contrôleurs ont rencontré une patiente de nationalité étrangère, hospitalisée dans le cadre de soins sans consentement à l'UHSA depuis un mois et demi, habituellement incarcérée au centre de détention pour femme de Rennes et dont la fin de peine était prévue dans six mois. Cette patiente étrangère avait bénéficié antérieurement d'un titre de séjour sur le territoire français pour raison de santé¹¹ car elle présentait des problèmes médicaux depuis 2008. Elle souhaitait renouveler ce titre de séjour qui avait expiré. Les médecins du service ont confirmé aux contrôleurs que cette patiente entrait effectivement dans les critères de demande de maintien sur le territoire français pour raison de santé. Etant donné l'absence de présence d'un CPIP référent à l'UHSA de Rennes et malgré l'aide de l'assistante sociale du service, cette patiente était dans l'incapacité de pouvoir déposer à la préfecture le dossier de demande de maintien sur le territoire français et ne pouvait ainsi pas préparer sa sortie de détention.

7 LA DISCIPLINE

7.1 Les incidents

La circulaire interministérielle n°2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA, édicte en son paragraphe 2.6/ Fiche 5, deux procédures de gestion des incidents :

- les manquements à la réglementation pénitentiaire qui relèvent du régime des disciplinaire des établissements pénitentiaire :
 - un patient détenu qui se trouve sous la surveillance de l'administration pénitentiaire peut s'il commet un incident disciplinaire faire l'objet de poursuite disciplinaire,
 - l'opportunité de ces poursuites appartient au chef de l'établissement pénitentiaire dans lequel la personne détenue est incarcéré à sa sortie de l'UHSA,
 - ces poursuites sont portées à la connaissance du personnel médical de l'unité sanitaire et le cas échéant du SMPR,

¹¹ Article R. 313-22 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA)

- aucune sanction ne peut être prononcée par la commission de discipline plus d'un mois après les faits ni pendant l'hospitalisation ;
- les manquements à la réglementation hospitalière qui sont du ressort et de la responsabilité du chef de l'établissement de santé :
 - celui-ci peut prendre toutes mesures utiles en vue d'éviter tout trouble et d'assurer la sécurité des personnels hospitaliers,
 - il lui appartient en cas de manquements graves mettant en cause l'ordre, les personnes et les biens, d'aviser sans délai les autorités judiciaires en application de l'article 40 du code de procédure pénale,
 - l'autorité pénitentiaire doit en être informée sans délai.

Aucun incident disciplinaire n'a été signalé aux contrôleurs.

En revanche, depuis l'ouverture de l'UHSA, deux incidents notables se sont produits au sein des unités d'hospitalisation.

Le premier incident s'est déroulé le dimanche 18 mai 2014 et concernait une patiente, sous curatelle renforcée, qui au cours de son entretien avec le médecin de l'unité a déclaré avoir été victime d'une agression sexuelle de la part d'un patient. Un autre patient aurait été témoin de cette agression ; la patiente ne savait pas si elle souhaitait déposer plainte, néanmoins un certificat médical a été établi par le médecin. La direction du CHGR a saisi le parquet et a transmis également l'information au curateur de la patiente ainsi qu'à la direction de son établissement pénitentiaire d'origine. Le commandant pénitentiaire de l'UHSA a été informé des événements dès le lundi 19 mai. En raison des déclarations contradictoires des trois patients et le médecin de l'unité, invoquant des raisons médicales empêchant l'audition des protagonistes au sein de l'UHSA, il a été décidé du transfert de ces trois personnes dans leur établissement d'origine (CP de Rennes - Vezin). Les deux patients hommes ont été entendus par le personnel pénitentiaire le 20 et le 21 mai.

Suite à cette décision, la direction du CP de Rennes - Vezin a adressé un courrier au procureur de la République, évoquant les difficultés dans la remontée et l'échange d'informations sur les incidents et rappelant que la gestion et le traitement des incidents devaient pouvoir se faire au même titre que pour toute personne détenue hébergée en établissement pénitentiaire.

Le second incident s'est déroulé le 3 juillet 2014, une infirmière a été agressée par une patiente et a bénéficié d'un arrêt de travail. La direction du CHGR a adressé un courrier au procureur. Selon les propos recueillis, le médecin du travail du CHGR n'a été informé de l'incident qu'au bout de trois semaines. Cela a donné lieu à un CHSCT extraordinaire dont le contenu n'a pas pu être communiqué aux contrôleurs, le procès verbal n'ayant pas été validé. Dans sa réponse, le directeur de l'établissement indique que la médecine du travail a été informée le lendemain de l'incident. Le 8 juillet, un temps de débriefing a été organisé par le cadre de l'unité de soins concernée et avec l'ensemble de l'équipe, l'infirmière du travail et le psychologue du travail.

Le personnel pénitentiaire a été informé de manière fortuite de cet incident, l'équipe médicale invoquant le respect du règlement intérieur.¹² La direction du CP de Rennes - Vezin a transmis un courrier au procureur, évoquant à nouveau les difficultés concernant la communication sur les incidents avec le personnel médical.

Selon les propos recueillis, malgré la tenue d'une réunion mensuelle regroupant le personnel médical de l'UHSA et la direction du CP de Rennes - Vezin, il semblerait que les deux parties n'ont pas pu trouver un accord sur la gestion des incidents.

Lors de sa rencontre avec les contrôleurs, le procureur de la République, en se référant à l'agression commise sur l'infirmière, a regretté « une insuffisance de transparence dans la gestion des incidents » et a également insisté sur ce qu'il considère être une absence de lisibilité dans la prise en charge des patients alors même que certains peuvent poser des problèmes de sécurité du fait d'un comportement potentiellement dangereux.

7.1.1 Les demandes de prêt de main forte

Il existe trois niveaux d'alerte déclenchés par le matériel de protection individuelle :

- le niveau 1 nécessite l'intervention des personnels soignants de l'unité où a lieu l'incident ;
- le niveau 2 nécessite le renfort des personnels soignants de l'autre unité ;
- le niveau 3 exige l'intervention des personnels pénitentiaires.

L'alarme de niveau 3 est déclenchée par un personnel soignant ou médical par arrachement du lien de l'alarme de protection individuelle ou au moyen de l'alarme coup de poing.

Le gradé constitue une équipe d'intervention : cette équipe se munit de tenues d'intervention et de matériels de sécurité.

Dans l'hypothèse où l'intervention physique s'avère nécessaire, elle interviendra par l'application de techniques acquises par les agents pénitentiaires lors de leur formation initiale permettant un usage maîtrisé de la force.

L'équipe d'intervention se retire de la zone de soins lorsque le personnel hospitalier estime que le dispositif d'appel à renfort de niveau 3 peut être levé.

Lorsque le dispositif est levé, l'équipe d'intervention regagne la zone pénitentiaire afin de réintégrer les matériels de sécurité dans la salle de stockage des tenues d'intervention.

Les écrits professionnels sont rédigés et transmis à l'officier responsable de la structure ou son adjoint.

¹² « Un incident ou manquement au règlement intérieur de l'UHSA sera soumis à l'avis médical qui déterminera si un signalement au responsable pénitentiaire de l'UHSA est justifié. Lors d'un manquement grave mettant en cause l'ordre ou l'atteinte à l'intégrité des personnes et des biens, et après avis médical, l'information et un rapport écrit sont transmis au directeur du CHGR. Celui-ci prend toutes les mesures nécessaires auprès des autorités pénitentiaires pour gérer au mieux la situation d'un commun accord ».

7.1.2 Les fouilles

7.1.2.1 Les fouilles des locaux

Les fouilles de chambre peuvent avoir lieu, à l'initiative du responsable pénitentiaire de l'UHSA, qui en informe au préalable par courriel le médecin et le cadre de l'unité.

Ces fouilles peuvent aussi être opérées à la demande du cadre de l'unité ou du médecin. Dans tous les cas et sous réserve de la validation par le cadre de l'unité, un imprimé intitulé « demande de fouille » est rempli en précisant le motif de la fouille. Il est transmis au responsable pénitentiaire. Concernant l'UHSA de Rennes, l'essentiel des fouilles demandées par le personnel sanitaire sont réalisées pour rechercher des briquets.

Des fouilles sectorielles (plusieurs chambres d'une unité, voire toutes les chambres) peuvent par ailleurs être organisées, soit à la demande du cadre de l'unité ou du médecin, soit à la demande du responsable pénitentiaire de l'UHSA. Ces fouilles sont soumises à l'accord du directeur du CHGR.

7.1.2.2 Les fouilles réalisées sur les patients détenus

A l'occasion des extractions extra-muros et à l'initiative du chef d'escorte, une fouille par palpation peut être effectuée sur le patient détenu avant la sortie et au retour dans l'établissement.

Dans le cas où une fouille intégrale ou par palpation est effectuée, les mentions suivantes figurent dans le cahier électronique de liaison (CEL) sous la rubrique décision de fouille individuelle :

- la date de réalisation de la mesure ;
- l'identité de la personne détenue ;
- le nom et la signature de l'agent ayant effectué la fouille ;
- les motifs de la fouille ;
- l'identité de l'autorité ayant décidé de la fouille.

La fouille ainsi que toute les observations relatives à la réalisation de celle-ci font l'objet d'une observation dans le CEL de la part de l'agent y ayant procédé.

Il n'existe pas de registre de fouille, les opérations de fouille sont renseignées dans le cahier de liaison électronique.

Selon les propos recueillis, le recours au matériel de détection reste la priorité, les fouilles par palpations et intégrales étant l'exception. Selon les propos recueillis, aucun patient détenu n'a fait l'objet d'une fouille intégrale depuis l'ouverture de l'UHSA.

Les contrôleurs ont constaté que l'article 57 de la loi du 24 novembre 2009 était appliqué.

7.1.3 Les moyens de contrainte

Les moyens de contrainte utilisés à l'UHSA restent identiques à ceux employés dans tous les établissements pénitentiaires et sont régis par les articles R57-7-83 et D283-3 du Code de procédure pénale, ainsi que par une note de la direction de l'administration pénitentiaire du 27 février 2007 sur l'utilisation de la force.

La décision de l'utilisation des moyens de contrainte ne peut être prise que par un personnel de direction, un officier, un major ou un premier surveillant ayant reçu délégation par son chef d'établissement.

En principe, ces moyens de contrainte consistent dans le port des menottes derrière le dos et l'utilisation des entraves selon le niveau d'escorte.

En cas d'incident majeur, il peut être fait usage d'un gaz incapacitant. Il a été précisé aux contrôleurs que les agents pénitentiaires n'en n'avaient jamais fait l'usage.

Lorsque les agents ont recours à la force, un imprimé est rempli obligatoirement par le cadre ayant géré l'incident et sera transmis sans délai au chef d'établissement du CP de Rennes - Vezin.

Lors de la programmation d'une extraction, le chef d'escorte renseigne différents documents afin de constituer un dossier de suivi de l'escorte.

Le premier document indique qu'il est donné délégation au responsable de la structure, à son adjoint et aux premiers surveillants pour constituer l'escorte et déterminer l'utilisation des moyens de contrainte à l'occasion d'une extraction (consultation médicale, audience devant le JLD).

7.1.4 L'usage des armes par le personnel pénitentiaire

Le personnel pénitentiaire de l'UHSA est uniquement armé lors des extractions.

La DISP de Rennes délivre à chaque agent un port d'arme administratif à l'issue d'une formation initiale de cinq semaines et d'un examen supervisé par l'équipe régionale d'intervention et de sécurité (ERIS). Il s'agit d'évaluer les aptitudes physiques et mentales des postulants à l'UHSA.

Cette formation et le port administratif sont renouvelés chaque année selon les résultats de l'évaluation.

8 LE RETOUR VERS L'ETABLISSEMENT D'ORIGINE

8.1 L'aspect médical

La décision de sortie est prise par le médecin psychiatre du service. Il averti par téléphone le médecin qui prendra en charge le patient à son retour et un courrier médical est transmis le jour de sa sortie. Les résultats examens médicaux sont transmis à l'unité sanitaire et un courrier du médecin généraliste est adressé à l'unité sanitaire du patient après sa sortie.

8.2 L'aspect pénitentiaire

Comme indiqué au § 3.1.4, en principe les modalités de retour vers l'établissement pénitentiaire d'origine s'effectuent au moyen d'un véhicule pénitentiaire.

Le premier surveillant de l'UHSA veille à accomplir les formalités suivantes :

- l'établissement de la fiche de levée d'écrou ;
- l'appel au greffe du CP de Rennes - Vezin pour la préparation du transfert vers l'établissement d'origine ;
- la prise des empreintes digitales et la vérification de l'identité de la personne ;
- la vérification de la réception de l'ordre de transfert de la DISP ;
- le contrôle du paquetage « sortant » contradictoirement avec la fiche vestiaire du paquetage « arrivant »;
- la remise de l'enveloppe cachetée contenant le dossier médical de la personne au chef d'escorte.

Il a été indiqué aux contrôleurs que, dans l'attente d'une disponibilité de transport, des patients pouvaient attendre plusieurs jours entre le moment où le médecin psychiatre leur indiquait la fin de leur hospitalisation et le jour où la sortie était effective.

9 LES RELATIONS INSTITUTIONNELLES ET PROFESSIONNELLES ENTRE LES EQUIPES DE SOINS ET PENITENTIAIRE

Outre les réunions regroupant uniquement le personnel hospitalier, deux réunions pluridisciplinaires sont organisées:

- chaque matin à 10h00, les cadres des deux unités, le commandant et le major se réunissent brièvement afin d'aborder les aspects organisationnels de la journée concernant les éventuelles admissions, sorties et les transports ;
- une réunion mensuelle de fonctionnement regroupe le directeur adjoint du CP de Rennes - Vezin, affecté à la santé, le commandant pénitentiaire de l'UHSA, le directeur du CHGR référent du pôle, le chef de pôle et le cadre supérieur de santé du pôle ;

Toutefois, cette réunion mensuelle est peu propice pour résoudre les difficultés de fonctionnement au quotidien et d'échanger sur les pratiques. Selon les propos recueillis, il serait souhaitable d'organiser des sessions bimensuelles rassemblant des membres du personnel médical et soignant et du personnel pénitentiaire.

Une commission locale de coordination, présidée par le Préfet d'Ille-et-Vilaine, se déroule une fois par an. La première session a eu lieu au mois de septembre 2014 et regroupait le directeur du CHGR, le directeur du CP de Rennes - Vezin, le DISP, le directeur général de l'ARS de Bretagne, la directeur territorial de la PJJ d'Ille-et-Vilaine, le DSPIP d'Ille-et-Vilaine, le procureur et le vice procureur du TGI de Rennes ainsi que le chef de pôle et les médecins de l'UHSA. L'objectif étant d'établir un bilan de l'année. L'ordre du jour de la commission locale de coordination, préparé par le directeur du CHGR après consultation des membres de la commission, est arrêté par le Préfet.

La composition de la commission peut être élargie à d'autres membres après accord du président. A cet égard, le procureur et le vice procureur avaient été conviés afin que soient abordés la gestion des incidents ayant eu lieu au cours de l'année 2014 (cf. § 7.1).