



**Unité hospitalière
spécialement aménagée
de Seclin
(Nord)**

Du 12 au 15 mai 2014

Contrôleurs :

- Betty Brahmy, chef de mission ;
- Gilles Capello ;
- Marie-Agnès Credo ;
- Alain Marcault-Derouard.

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 Seclin (Nord) du 12 au 16 mai 2014.

1 LES CONDITIONS DE LA VISITE

Dès leur arrivée à l'UHSA, située Chemin du Bois de l'Hôpital à Seclin, le lundi 12 mai à 15h, les contrôleurs ont été accueillis par le lieutenant pénitentiaire responsable de la surveillance de l'UHSA.

Ils ont été conduits dans l'aile sanitaire où une réunion de début de visite a pu être organisée avec :

- le psychiatre, coordonnateur de l'UHSA ;
- deux cadres de santé ;
- le lieutenant pénitentiaire et son adjoint, major.

Une visite de l'UHSA a ensuite été organisée.

La directrice adjointe de la maison d'arrêt (MA) de Sequedin a rejoint les contrôleurs en fin d'après-midi.

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

Une salle de réunion a été mise à leur disposition durant toute la durée de la visite.

Les contrôleurs ont rencontré :

- le directeur adjoint du centre hospitalier universitaire régional (CHRU) en charge du pôle de psychiatrie, médecine légale et médecine en milieu pénitentiaire ;
- le professeur des universités-praticien hospitalier, chef de ce pôle ;
- le procureur de la République près le tribunal de grande instance (TGI) de Lille ;
- la directrice adjointe de la maison d'arrêt (MA) de Sequedin ;
- les trois praticiens hospitaliers de l'UHSA ;
- la cadre supérieure de santé ;
- les trois cadres de santé des unités de soins ;
- le procureur de la République près le tribunal de grande instance de Lille ;

- un juge des libertés et de la détention ayant assuré une audience au tribunal de grande instance de Lille le mercredi 14 mai 2014 ;
- un avocat ;
- l'attachée d'administration gestionnaire du pôle ;
- le responsable de la maintenance de l'UHSA.

Ils ont assisté à une audience tenue par le juge des libertés et de la détention au TGI de Lille.

Un entretien téléphonique a eu lieu après la visite avec le directeur du centre hospitalier régional universitaire(CHRU) de Lille et avec le président du TGI de Lille.

Le directeur de cabinet du préfet de région, le directeur de l'agence régionale de santé (ARS) du Nord-Pas-de-Calais et le président du tribunal de grande instance de Lille ont été informés par téléphone de la visite.

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 16 mai en présence du directeur du CHRU responsable du pôle, de l'attachée d'administration gestionnaire du pôle, du psychiatre coordonnateur de l'UHSA, de la cadre supérieure de santé, de deux cadres de santé, de deux directrices de la MA de Sequedin et du lieutenant pénitentiaire.

Un rapport de constat a été adressé au chef d'établissement le 9 octobre 2014 afin qu'il puisse faire valoir ses observations. Aucune réponse n'est parvenue au Contrôle général.

2 PRESENTATION DU SITE HOSPITALIER

2.1 Le centre hospitalier régional universitaire de Lille

L'UHSA est rattachée au pôle de psychiatrie - médecine légale et médecine en milieu pénitentiaire du CHRU de Lille. L'établissement de santé comprend douze pôles :

- anesthésie et réanimation ;
- biologie-pathologie-génétique ;
- cœur-poumons – vaisseaux ;
- enfant ;
- femme, mère et nouveau né ;
- médico-chirurgical ;
- neurosciences et appareil locomoteur ;
- pharmacie et santé publique ;
- rééducation fonctionnelle, soins de suite et réadaptation ;
- spécialités médicales et gériatrie ;
- spécialités médico-chirurgicales ;
- urgences ;
- psychiatrie, médecine légale, médecine en milieu pénitentiaire qui comprend :

- la psychiatrie adulte et l'addictologie situées dans le bâtiment Fontan au CHRU ainsi que les structures extrahospitalières ;
- la pédopsychiatrie qui dispose notamment de quinze lits ;
- l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) qui se trouve au sein du CHRU ;
- le service médico-psychologique régional (SMPR) de la maison d'arrêt de Sequedin et celui du centre pénitentiaire d'Annœullin ;
- les unités sanitaires de ces deux établissements pénitentiaires ;
- la médecine légale située au sein du CHRU ;
- l'unité régionale pour le suivi des auteurs de violence sexuelle ;
- l'UHSA de Seclin.

Le CHRU emploie environ 13 000 personnes dont plus de 3 000 médecins. Il dispose de plus de 3 000 lits.

Au moment de la visite des contrôleurs, l'UHSA ne figurait pas sur le site internet du CHRU.

2.2 L'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)

2.2.1 L'historique

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

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.

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

La première UHSA a ouvert en mai 2010 à **Lyon**, dans l'enceinte de l'hôpital du Vinatier (Rhône). Elle possède trois unités de soins de vingt lits. La deuxième UHSA, de quarante lits, a été ouverte en janvier 2012 à **Toulouse** au sein du centre hospitalier (CH) Marchant (Haute-Garonne), celle de **Nancy** (quarante lits) a été mise en fonction le 22 mars 2012 sur le site du CH de Laxou (Meurthe-et-Moselle), celle de **d'Orléans** en février 2013 au sein du CH Georges Daumezon à Fleury-les-Aubray (Loiret) , celle de **Villejuif** ouverte en avril 2013, au sein du CH Paul Guiraud (Val-de-Marne), puis celle de **Rennes** en juin et septembre 2013 au CH Guillaume Régnier (Ille-et-Vilaine).

Il a été décidé de créer une UHSA pour les personnes détenues présentant des troubles psychiatriques de la direction interrégionale des services pénitentiaires de Lille en 2011. Le directeur du CHRU, en poste à l'époque, ne souhaitait pas son implantation sur le site du CHRU. Il s'est ensuite avéré que la superficie nécessaire (20 000 m²) empêchait son implantation sur ce site, faute d'espace suffisant. Les établissements de santé mentale de Saint-André, d'Armentières et le centre hospitalier de Lomme ont également refusé, soutenus par l'expression dans la presse locale des maires de ces communes. Aucun établissement de santé psychiatrique n'était désireux d'accueillir cette UHSA.

L'ARS a trouvé le site de Seclin. Le terrain a été acheté à un agriculteur. Il jouxte le domaine du centre hospitalier de Seclin qui dispose de 500 lits dans les disciplines de médecine-chirurgie-obstétrique mais pas de secteur psychiatrique. Un groupement de coopération sanitaire existait déjà entre le CHRU et le CH de Seclin. Seule la restauration des patients de l'UHSA (cf. § 5.2.3) est assurée par l'établissement de proximité.

L'UHSA de Seclin, d'une capacité de soixante lits, a été ouverte selon plusieurs phases :

- le 21 juin 2013 : ouverture de l'unité Majorelle accueillant des hommes admis sur décision du représentant de l'Etat ; elle comporte dix-huit lits dont deux chambres sécurisées ;
- le 23 septembre 2013 : ouverture de l'unité Garance accueillant des femmes, des mineurs et des hommes pour des séjours de courte durée ; elle comporte dix-huit lits et deux chambres d'isolement ;
- le 16 décembre 2013 : ouverture de douze lits de l'unité Véronèse hébergeant des hommes admis en soins libres ; elle comporte vingt-trois lits et une chambre sécurisée ;
- le 20 janvier 2014 : ouverture des douze derniers lits de l'UHSA au sein de l'unité Véronèse.

L'inauguration a eu lieu le 7 juillet 2014 par le préfet de région et le directeur général de l'ARS. Aucune plaque n'indique cet événement.

Il est à noter que les noms des unités ont été choisis par rapport à une couleur : vert Véronèse, rouge Garance et bleu Majorelle. Pour autant, aucun élément de ces couleurs ne se retrouve dans les unités où seuls les tons de blanc et de gris ont été choisis.

À l'arrivée des contrôleurs, **quarante-neuf patients étaient présents** à l'UHSA : seize dans l'unité Majorelle, treize dans l'unité Garance et vingt dans l'unité Véronèse.

2.2.2 La préparation de l'ouverture de l'UHSA

Le projet médical a été rédigé en octobre 2009. (cf. *infra*). La coordinatrice a été nommée en juin 2011 dès la mise en œuvre du projet. Cependant elle a conservé ses fonctions au SMPR d'Annœullin jusqu'à l'ouverture de l'UHSA, du fait de la pénurie de psychiatres dans la région.

Elle a participé à quelques réunions concernant la construction de l'UHSA et le recrutement de certains infirmiers avec la cadre supérieure de santé.

La cadre supérieure de santé a procédé au recrutement de cinquante-trois infirmiers, trente-neuf aides-soignants et de onze ASH. Le profil de poste de chaque catégorie d'agent a été rédigé et transmis aux différents services du pôle (trois personnes recrutées) puis à l'ensemble des pôles du CHRU (dix agents recrutés) et ensuite aux instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) du CHRU et du CH de Seclin.

Pour l'ouverture de l'UHSA, un plan de formation spécifique a été accepté et budgété. Il a eu trait notamment à « la consolidation des savoirs en psychiatrie », « la violence », et les auteurs d'infraction à caractère sexuel. De plus une demi-journée a été consacrée à la loi du 5 juillet 2011. Les soignants nouvellement recrutés, ont effectué des stages au sein d'unités de psychiatrie fermée, du service d'addictologie, du centre d'accueil et de crise, aux SMPR d'Annœullin et de Sequedin et à l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de Lille.

La direction du CHU n'a pas souhaité que les soignants soient intégrés dans la détention.

Les surveillants exerçant à l'UHSA ont effectué un stage « en blouse blanche » dans le pavillon Fontan du CHRU qui héberge les services de psychiatrie.

Il a été rapporté aux contrôleurs que la direction interrégionale des services pénitentiaires de Lille avait lourdement pesé sur tous les choix ayant trait au fonctionnement de l'UHSA.

Les agents affectés dans les unités Majorelle et Garance ont bénéficié de l'ensemble de la formation, ceux de Véronèse arrivés à l'UHSA en décembre 2013, bénéficieront d'une formation sur la thérapie systémique brève.

Selon les informations recueillies, le recrutement des soignants pour l'ouverture des unités Majorelle et Garance s'est effectué aisément avec des infirmiers volontaires, ayant souvent exercé en psychiatrie. En revanche, il a été plus difficile pour l'unité Véronèse. Le choix s'est porté sur des soignants sortants de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI). Finalement ces derniers se montreraient motivés et en accord avec le projet médical.

Le livret d'accueil des patients a été validé en CHST et par le chef de pôle, le coordonnateur des soins et la direction de l'établissement de santé.

Les protocoles de soins ne sont pas rédigés.

Une réunion avec tous les psychiatres de la région pénitentiaire a été organisée avant l'ouverture. A cette occasion un diaporama leur a été présenté.

Les praticiens hospitaliers recrutés avaient antérieurement travaillé avec le médecin coordonnateur. Ils étaient tous volontaires pour être affectés à l'UHSA.

Il n'existe pas de **convention locale** relative à la création et au fonctionnement de l'UHSA – telle que prévue à l'article R 314-3 du code de la santé publique – avec le préfet de région, le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur interrégional des services pénitentiaires de Lille, le directeur interrégional de la protection judiciaire de la jeunesse, le directeur de la maison d'arrêt de Sequedin et le directeur du CHRU.

Le comité de coordination santé-justice ne s'est pas tenu depuis l'ouverture.

2.2.3 La compétence de l'UHSA

La compétence de l'UHSA s'étend sur les **dix-sept établissements pénitentiaires** de la direction interrégionale des services pénitentiaires de Lille situés dans trois régions administratives (Nord-Pas-de-Calais, Picardie et Haute-Normandie) :

- ceux du département du Nord :
 - centre pénitentiaire (CP) d'Annœullin
 - maison d'arrêt (MA) de Douai
 - MA de Dunkerque ;
 - MA de Maubeuge ;
 - MA de Sequedin ;
 - MA de Valenciennes ;
- ceux du département du Pas-de-Calais :
 - MA d'Arras ;
 - centre de détention (CD) de Bapaume ;
 - MA de Béthune ;
 - CP de Longuenesse ;
- ceux du département de l'Aisne :
 - MA de Beauvais ;
 - MA de Compiègne ;
 - CP de Liencourt ;
- ceux du département de la Seine-Maritime ;
 - CP du Havre ;
 - MA de Rouen ;
- ceux du département de l'Eure :
 - MA d'Evreux ;
 - CD de Val-de-Reuil.

2.2.4 Les objectifs de l'UHSA

Le projet médical, communiqué aux contrôleurs a été rédigé en octobre 2009.

Dans son préambule, il est notamment indiqué : « L'esprit des soins est théoriquement affranchi de toute considération sur la peine. L'UHSA doit être configurée comme un lieu de soin et non de peine, tant dans sa structure architecturale (pas de barreaudage) que dans son fonctionnement (contact 24h/24 avec personnels soignants). Cependant l'élaboration du projet thérapeutique et le maintien de la continuité des soins justifient un aménagement du cadre judiciaire et pénitentiaire, tout en maintenant une attitude éthique propre aux pratiques psychiatriques ». Le document comporte une présentation de la population pénale et des troubles psychiatriques puis la présentation de l'organisation des soins au sein de l'UHSA du CHRU de Lille.

Les principes du projet de soins sont indiqués :

- « égalité des patients à l'accès aux soins.
- Répondre aux besoins de soins psychiatriques de la population carcérale en offrant la diversité et la qualité proposée à la population générale.
- Assurer la permanence des soins avec un accueil 365/365, sous la responsabilité du médecin coordonnateur de l'UHSA.
- Développer la dimension hospitalo-universitaire en termes de soins, d'enseignement, de formation et de recherche.
- Les soins sont analogues à ceux dispensés dans une unité de psychiatrie générale, soins institutionnels notamment dans une perspective de réhabilitation. Seront ainsi largement mis en œuvre des activités socio-thérapeutiques et de réinsertion assurées par les soignants et des professionnels spécialisés ».

Les modalités d'admission et de sortie, ainsi que les indications et les modalités de l'hospitalisation, y compris en urgence sont décrites.

Le rôle des personnels de santé dans les unités de soins précise notamment : « le personnel hospitalier assure la gestion interne des unités de soins en s'appuyant sur le règlement intérieur hospitalier. Il assume notamment :

- le fonctionnement au quotidien d'une unité mixte,
- l'évaluation de la dangerosité psychiatrique du patient et sa prévention,
- la sécurité intérieure de l'unité de soins ».

Le document décrit la structuration de l'UHSA en trois unités et les personnels de toutes les catégories prévues pour leur fonctionnement.

Les contrôleurs ont pris connaissance du document présenté au personnel soignant pour indiquer les objectifs de l'UHSA. Il reprend les principes du projet de soins décrit *supra*.

2.2.5 Accès à l'UHSA

On accède à l'UHSA en utilisant les transports en commun à destination du CH de Seclin : il faut emprunter les lignes d'autobus n° 52, 55, 209, 229, 233 et 250 et descendre à l'arrêt « Seclin-centre hospitalier ». Il faut ensuite marcher près d'1km pour rejoindre l'UHSA.

L'UHSA n'est signalisée ni à l'intérieur du CH de Seclin ni dans ses abords. Il faut suivre l'indication « cliniques psychiatriques » qui, en fait, conduit aux bâtiments d'hospitalisation des secteurs G 09 et G10 rattachés au CH d'Armentières.

Lorsqu'on parvient à l'UHSA, aucun panneau n'indique qu'on est arrivé à destination.

Les visiteurs peuvent s'y rendre en voiture. Ils disposent d'un parking situé à proximité immédiate de l'entrée de l'UHSA.



Entrée de l'UHSA

2.2.6 Le bâtimentaire

Selon les informations recueillies, l'architecture s'est inspirée de celle des unités pour malades difficiles (UMD).

Le choix entre trois types de bâtiment a été réalisé par un groupe de travail associant la direction du CHRU, le chef de pôle, l'agence publique pour l'immobilier de la justice (APIJ et le médecin coordonnateur.

Un bâtiment de plain-pied était demandé par les psychiatres.

Selon les informations recueillies, beaucoup d'éléments sécuritaires ont été imposés par la direction interrégionale (DI) des services pénitentiaires de Lille : le concertina, les treillis au-dessus des fumoirs, le barreaudage de l'ensemble des fenêtres.

La surface utile du bâtiment est de 3 645 m², celle « dans œuvre » de 4 871 m², celle « hors œuvre brute » de 9 829 m², « hors œuvre nette » de 5 454 m².

Le bâtiment présente une façade discrète. Un sentier de grande randonnée passe devant l'UHSA.

2.2.6.1 La zone pénitentiaire

A. L'accès à l'établissement

L'UHSA de Seclin se situe à la périphérie de la ville, à 1 km de la mairie, au sein d'une zone herbeuse et agricole comprenant notamment le centre hospitalier (distant de 400 m) et un collège (distant de 500 m).

Aucun panneau indicateur n'a été disposé pour en indiquer la direction, ni aux ronds-points alentours, ni sur la voie goudronnée la desservant, ni même sur la façade, vierge, de la structure.

D'ailleurs, sur cette dernière, aucun drapeau tricolore ni de l'Union européenne ne figure.

Le bâtiment apparaît donc parfaitement anonyme.

Le seul panneau susceptible de l'indiquer mentionne des « cliniques psychiatriques » mais concerne en réalité des pavillons situés quelques centaines de mètres plus loin et sans aucun rapport avec l'UHSA.

Il n'existe pas non plus de plaque d'inauguration à l'intérieur des murs, sur la cour d'honneur.

L'établissement est ceint d'un grillage délimitant le glacis avec sur sa droite, le long du parking du personnel et des visiteurs, un fossé de 3 m de large et de 1 m de profondeur destiné à éviter toute intrusion de véhicule et tout stationnement le long du mur d'enceinte de 5 m de hauteur.

La façade présente une mince avancée sur le trottoir avec six vitres sans tain : c'est le poste de surveillance de la porte d'entrée principale (PEP), occupé par deux agents le jour (un portier et un agent pour le sas véhicule) et un agent la nuit, entre 19h et 7h.

Lorsqu'on se positionne face à la porte d'entrée, on voit à gauche deux portes métalliques coulissantes, qui ouvrent sur le sas véhicules, et une porte à droite pour le passage des piétons.

Le verre sans tain empêche de voir à l'intérieur du poste de surveillance et l'on communique par interphonie avec les agents.

La porte d'entrée franchie, les visiteurs se retrouvent dans un sas de 22 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 ».

Au fond à droite de ce sas, on trouve les vestiaires du personnel masculin et féminin, « hospitalier » et « pénitencier » (sic).

Le poste de surveillance de la PEP, d'une surface de 34 m², se compose du mobilier suivant :

- deux écrans avec report d'images de la zone mixte, de la cour d'honneur et des abords extérieurs ;
- un écran noir qui s'allume automatiquement lorsqu'une alarme est déclenchée par un personnel soignant dans une unité (les images sont alors conservées pendant une durée d'un mois avant d'être automatiquement écrasées) ;
- un écran de géolocalisation des alarmes ;
- un écran de gestion de toutes les ouvertures de porte de la structure ;
- un écran de lecture du tunnel à rayons X ;
- un écran recensant toute entrée de piétons (personnel local et visiteurs extérieurs) ;
- un écran de visualisation du sas véhicules ;
- une armoire à clés, pour l'ensemble de l'UHSA ;
- deux téléphones reliés aux sapeurs-pompiers et à la sécurité civile ;
- une baie de désenfumage, pour aérer l'espace en cas d'incendie ;
- une base de type ARCAP, aux fins de liaison directe avec les services de police pendant les extractions ;
- quatre-vingts alarmes portatives individuelles (API), en charge, pour le personnel hospitalier ;
- douze émetteurs-récepteurs de type *Motorola*TM, pour le personnel pénitentiaire ;
- l'affiche, sur quatre pages, de la fiche de poste du surveillant de porte.

On trouve également un réfrigérateur et un four à micro-ondes, pour le surveillant de nuit principalement.

Globalement, l'espace de travail apparaît propre, spacieux et aéré.

B. La sécurité périmétrique et la surveillance

La zone pénitentiaire *stricto sensu* se trouve dans un couloir, clos par une porte électrique actionnée par la porte d'entrée principale (PEP), parallèle à la zone hospitalière et perpendiculaire à la zone mixte.

Cet espace est étanche et se décompose de la façon suivante, à partir de la porte électrique :

- deux chambres de repos pour le service de nuit ;
- le vestiaire des tenues d'intervention et des gilets pare-balles lourds, avec quatre armoires métalliques contenant tout d'abord deux tenues d'intervention complètes taille XL, puis une tenue L et une XL avec jambières, puis une tenue L et

une XL avec jambières et enfin cinq gilets pare-balles lourds avec plaques pour les extractions ;

- une salle de détente pour le personnel, inutilisable depuis un incendie dû à un four à micro-ondes, en décembre 2013 (expertise en cours au moment de la visite) ;
- le bureau du vaguemestre ;
- le bureau de l'officier responsable de l'UHSA ;
- le bureau de son adjoint, major ;
- une salle de réunion ;
- un espace pour les repas (avec armoires par équipes, contenant les couverts et les ustensiles de cuisine), dans lequel règne une forte odeur de remontée d'égout (disparue le lendemain) ;
- deux toilettes (hommes/femmes), avec en face les panneaux syndicaux ;
- au fond, le bureau des gradés (contenant notamment le tableau mural de l'effectif des patients).

Une porte d'évacuation jouxte le bureau des gradés, donnant sur l'arrière de la porte d'entrée principale.

La périmétrie se caractérise par un chemin de ronde intérieur, emprunté en journée et la nuit pour des rondes effectuées par le personnel pénitentiaire, armé.

Il n'existe pas de chemin de ronde extérieur à l'UHSA mais un grillage de 2 m de hauteur et un fossé anti-intrusion pour les véhicules terrestres (cf. § 2.2.6.1 A).

La structure n'est couverte en outre par aucun mirador ni filin anti-hélicoptère.

2.2.6.2 La zone mixte

La zone mixte est constituée d'un long couloir de 75 m desservant sur son côté gauche l'unité d'hébergement dite « Véronèse », l'espace de la laverie et des activités artistiques, l'unité d'hébergement dite « Majorelle », l'atelier de cuisine et l'espace d'hydrothérapie (baignoire avec jacuzzi) et l'unité d'hébergement dite « Garance » ; sur son côté droit, on trouve successivement la porte d'accès au greffe, la zone des parloirs, l'espace dévolu à l'administration pénitentiaire, l'espace réservé à l'administration hospitalière et la zone des activités physiques et sportives (avec accès au terrain de handball), l'ensemble étant théoriquement surveillé par le poste de contrôle des circulations (PCC), qui n'est cependant jamais occupé, faute de personnel prévu par le nouvel organigramme de référence.

Quatre grilles électriques séparent, dans sa longueur, ce couloir, séparant notamment chaque accès aux unités d'hébergement donnant un caractère très carcéral au lieu.

Pour obtenir l'ouverture de chaque porte et de chaque grille, il est nécessaire d'appuyer sur un bouton relié à un interphone et reporté au poste de surveillance de la PEP.

Dix-sept caméras de vidéosurveillance balayent la zone, toutes reportées à la PEP. Elles sont disposées au-dessus de chaque porte et on en trouve deux au-dessus des grilles.

Le couloir apparaît très clair grâce à différents puits de lumière latéraux, à de hauts murs blancs et à un sol aux tons colorés (couleur beige au milieu et bleue ou verte ou orange sur chaque côté, selon la zone du couloir), choisis d'ailleurs par les psychiatres.



Couloir central

Deux massifs végétalisés ont été créés à gauche le long du couloir, dans une sorte de petit patio entouré de vitres et planté de bambous.

Au final, le couloir de la zone mixte apparaît comme l'épine dorsale de la structure, lieu de circulation principal du personnel *lato sensu* et des patients, en particulier lorsque ces derniers se rendent aux parloirs.

2.2.6.3 La zone administrative médicale

La zone administrative se trouve dans la partie « sanitaire » de l'UHSA. On y pénètre en franchissant une porte située dans la galerie centrale, commandée par la porte d'entrée principale.

Elle comprend successivement :

- la chambre de garde de l'interne d'une surface de 16 m² ;
- le secrétariat d'une surface de 40,3 m² comprenant une zone dédiée aux archives ;
- deux WC d'une surface de 4 m² ;
- la salle de détente du personnel d'une surface de 16 m² ;
- six bureaux dédiés aux deux praticiens hospitaliers, à la cadre supérieure de santé, à deux psychologues, au chef de pôle ; leur surface est de 12 m² chacun ;
- quatre bureaux situés de l'autre côté du couloir attribués au chef de pôle, à la cadre gestionnaire du pôle, à l'assistante sociale, au troisième psychologue ;
- la salle réservée aux internes, d'une surface de 20 m² ;
- le bureau du coordonnateur de l'UHSA, d'une surface de 15 m² ;
- une salle de réunion d'une surface de 28 m².

Toutes les fenêtres de ces locaux sont barreaudées. Certaines donnent sur un patio et la plupart, sur l'entrée de l'UHSA.

2.2.7 La zone de soins et d'hébergement

Une grande galerie, accessible par une porte commandée par la porte d'entrée, dessert successivement à gauche l'unité Véronèse et à droite l'unité Majorelle, puis l'unité Garance. Elle permet également d'accéder à la zone administrative et aux parloirs (cf. 2.2.6.3 et 5.1.1).

Le visiteur pénétrant dans cette galerie est frappé par la succession de grilles à franchir et par la nudité des murs, donnant un aspect « glacial » à l'ensemble.

2.2.7.1 Les effectifs de l'UHSA

A. Les effectifs paramédicaux

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

- un cadre supérieur de santé, consacrant environ un tiers de son temps à l'UHSA ;
- trois cadres de santé ;
- cinquante trois infirmiers ;
- trente-neuf aides-soignants ;
- onze agents des services hospitaliers¹ ;
- trois psychologues présents chacun six demi-journées par semaine ;
- une socio-esthéticienne, présente quatre demi-journées par semaine ;
- une assistante sociale ;
- trois secrétaires.

Au moment de la visite, le poste de moniteur de sport prévu à l'organigramme n'était pas pourvu ; une art-thérapeute devait prendre ses fonctions début juin 2014.

Les horaires de travail sont les suivants : 6h45-13h45 ou 6h45-14h45 pour les soignants du matin, 13h-21h ou 14h-21h. Un soignant peut également exercer son activité « en journée » de 8h30 à 17h30.

Un nombre minimum de neuf soignants est exigé sur le site.

Selon les informations recueillies, le problème permanent qui se pose est celui du nombre de soignants présents à l'UHSA compte tenu des extractions judiciaires (JLD ou autres), des consultations programmées et des urgences. A titre d'exemple, dans la nuit du 12 au 13 mai 2014, un patient de l'unité Majorelle a dû être conduit aux urgences du CHRU. Il a attendu pour passer une radiographie de l'abdomen puis un scanner. Un appel a été passé à 22h pour relever les soignants qui l'avaient accompagné. Une infirmière prévue à l'effectif de nuit de l'unité Majorelle et un aide-soignant travaillant l'après-midi, normalement jusqu'à 21h, ont quitté l'UHSA pour se rendre aux urgences du CHRU.

L'équipe de nuit travaille de 20h45 à 7h. Il s'agit d'une équipe dédiée comportant un cadre de nuit (qui est celui de l'unité Véronèse).

Les cadres de santé assurent une présence de 10h à 19h sur place. L'un d'entre eux est présent les samedis, dimanches et jours fériés.

¹ Il a été indiqué aux contrôleurs qu'au CHRU les ASH entretenaient les locaux sans avoir de contact avec les patients. Ils n'assurent pas l'entretien des chambres. Ils sont également chargés de la logistique et notamment de réceptionner les livraisons de médicaments, des consommables, du linge...

Une astreinte des cadres de santé est organisée de 19h à 10h. Il est également possible de recourir à l'administrateur de garde.

Selon les informations recueillies, cinq agents ont quitté l'UHSA car ils ne s'étaient pas adaptés à son fonctionnement, et au moment de la visite, cinq ou six souhaiteraient changer de service. Les équipes sont toutefois décrites comme solidaires et l'absentéisme est peu répandu. Cependant une difficulté existe entre la conception du soin des médecins et celle des personnels soignants : ces derniers sont préoccupés essentiellement par des notions sécuritaires liées au statut de détenu, tandis que les praticiens n'envisagent que la pathologie de leurs patients.

La cadre supérieure de santé devait prendre le poste de cadre du pôle dans les semaines suivant le contrôle. Au moment de la visite, aucun candidat en interne n'avait postulé sur le poste laissé vacant.

B. Les effectifs médicaux

Le personnel médical de l'UHSA comprend :

- le chef de pôle qui assiste aux réunions de synthèse ;
- un médecin coordonnateur, praticien hospitalier à temps plein ;
- un chef de clinique ;
- deux praticiens hospitaliers ;
- six internes dont cinq internes en psychiatrie et un en médecine générale.

Une garde sur place est assurée de 18h30 à 8h30 par un des six internes et par les deux en poste au service médico-psychologique régional (SMPR) – deux à la MA de Sequedin et le second au CP d'Annœullin –.

Un psychiatre est d'astreinte à son domicile. Au moment de la visite, celle-ci était assurée par les cinq psychiatres de l'UHSA et par quatre en poste à Annœullin et trois à Sequedin.²

Il a été indiqué aux contrôleurs que du fait du départ de trois des psychiatres en poste au SMPR d'Annœullin, le chef de pôle avait demandé à tous les médecins (psychiatres et internes) de l'UHSA d'y intervenir, à raison d'une demi-journée par semaine, à compter du 1^{er} juin 2014.

2.2.8 La maintenance du bâtiment

La maintenance est assurée par le CHRU de Lille, mais depuis l'ouverture, les contrats de sous-traitance n'ont pas tous été mis en place, ce qui donne aux techniciens du CHRU un surcroît de travail.

² Au moment de la visite des contrôleurs, un départ de psychiatre était en cours à Sequedin et trois à Annœullin.

En effet, l'établissement est récent et les malfaçons sont nombreuses, de sorte que la direction du CHRU est en contentieux avec l'entreprise Léon Grosse. A titre d'exemples, la production d'eau chaude est très irrégulière en pression et en température, les évacuations sont problématiques : les toilettes sont souvent bouchées et comme, dans les unités, les salles communes ne comportent pas de WC, seules les chambres en sont pourvues, les nuisances sont fréquentes.

Les techniciens ne disposent pas de locaux facilement utilisables ; les contraintes et les contrôles pénitentiaires entravent leur travail.

Les zones neutres autour des bâtiments nécessiteraient un entretien et des plantations pour améliorer la présentation du site, l'esthétique des bâtiments étant satisfaisante.

2.2.9 Le personnel pénitentiaire

L'organigramme initial de l'UHSA avait prévu quarante-cinq membres du personnel pénitentiaire, tous corps et grades confondus, répartis comme suit : trente-cinq surveillants, huit gradés et deux officiers (dont le responsable de la structure).

Début 2011, un audit fut mené par le bureau SD2 (Organisation des services) de la direction de l'administration pénitentiaire sur l'UHSA de Lyon, aux fins d'analyse de la charge d'activité réelle confiée au personnel pénitentiaire.

De retour d'expérience, il ressortit que « le calibrage initial des effectifs n'était pas en adéquation avec les charges constatées ».

Un nouvel organigramme fut donc établi, à travers une note SD2/DAP du 15 mars 2011, qui a fixé les effectifs comme suit : vingt-neuf surveillants, huit premiers-surveillants, un major et un officier (responsable de la structure), soit un total de trente-neuf agents.

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

Cet organigramme comprend :

- quatre postes de jour (porte d'entrée principale, contrôle des accès et des véhicules, parloirs-courrier, sécurité-intervention) ;
- trois postes de nuit (porte d'entrée principale et deux piquets d'intervention) ;
- neuf postes à coupure pour les surveillants (huit pour les escortes et un sécurité-intervention) ;
- pour les premiers-surveillants, un poste de jour, un poste de nuit ;
- 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 poste fixe (35 heures 50, du lundi au vendredi) occupé par une surveillante polyvalente dans ses fonctions (chauffeur, vagemestre, gestion des cantines, responsable du compte téléphonique, gestion du vestiaire, transport des dossiers pénaux en transit transmis ensuite au greffe de la maison d'arrêt de Sequedin).

Ce poste fixe a été créé car non prévu à l'organigramme.

Les vingt-huit autres surveillants, en service posté, ont un rythme de travail en 3x3, soit trois jours travaillés et trois jours en repos.

Afin de répondre au mieux aux exigences horaires de la structure (7h à 20h), il a été convenu d'adopter une organisation basée sur de longues journées de travail.

Ainsi, un surveillant sera-t-il le premier jour de son cycle affecté sur l'infra (PEP, sas véhicules et parloirs), puis en escorte le deuxième jour et de nuit le troisième jour (avec ensuite trois jours de repos).

Pour les escortes proprement dites, deux binômes de dix heures ont été constitués : l'un, de 7h à 17h, l'autre, de 10h à 20h.

Dans la mesure où seuls trois surveillants exercent leur activité de nuit alors que les équipes sont composées de quatre surveillants, le quatrième agent de chaque équipe est en coupure le troisième jour du cycle, de 8h à 12h et de 13h30 à 17h mais demeurera prioritairement rappelé sur ses repos en cas d'absence d'un collègue, de jour comme de nuit.

Au final, en service de jour, on trouve (tous corps et grades confondus) :

- huit agents à 7h ;
- dix agents à 8h ;
- douze agents à 9h ;
- quatorze agents à 10h jusqu'à midi ;
- onze agents à 13h ;
- quatorze agents à 14h jusqu'à 17h ;
- treize agents à 17h ;
- dix agents à 18h ;
- huit agents à 19h (dont le second binôme d'escorte mentionné ci-dessus).

Il n'existe pas de service des agents (de type Origine) au sein de l'UHSA mais uniquement à la maison d'arrêt de Sequedin, dont dépend chacun.

L'officier responsable a été nommé en commission paritaire de mutation nationale et le reste du personnel a été affecté à l'UHSA sur la base du volontariat et suite à un jury de sélection qui s'est tenu à Sequedin, en février 2013 (soit quatre mois avant l'ouverture), avant de partir cinq semaines en formation.

Le service prévu ne génère, sauf absences ou escortes d'une durée imprévue, aucune heure supplémentaire *a priori*.

Un poste important, celui du poste de contrôle des circulations (PCC), situé dans le couloir principal de l'UHSA qui dessert toutes les unités d'hébergement des patients, les salles d'arts plastiques et de sport, les bureaux médicaux et les bureaux de l'administration pénitentiaire, n'est de fait pas occupé, de jour comme de nuit, compte tenu du nouvel organigramme.

Le service de nuit (trois surveillants, un gradé) débute à 19h tandis que la fermeture des chambres s'opère de 19h30 à 20h.

Ainsi, de 19h à 20h trouve-t-on cinq surveillants (trois de nuit et deux d'escorte) et un gradé présent sur site.

Il convient ici de préciser que ce sont les soignants, et non les surveillants, qui procèdent à la fermeture des chambres.

Les surveillants de nuit accomplissent des rondes périmétriques (chemin de ronde) sans entrer dans les unités et occupent la porte d'entrée, de 19h à 7h.

2.2.10 L'activité de l'UHSA

Une commission santé justice s'est tenue le 18 mars 2014. Les données suivantes y ont été communiquées.

Depuis l'ouverture jusqu'au 31 décembre 2013, **148 séjours** ont eu lieu ainsi répartis :

- 76 entrées en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) dans l'unité Majorelle ouverte le 21 juin ;
- 5 entrées pour des femmes admises en SPDRE dans l'unité Garance ouverte le 23 septembre ;
- 11 admissions en soins libres pour des femmes dans l'unité Garance ;
- 42 admissions en soins libres pour des hommes dans l'unité Garance ;
- 14 admissions en soins libres pour des hommes à l'unité Véronèse ouverte en partie le 16 décembre.

Ces séjours ont concerné 110 patients différents : 98 hommes et 12 femmes : 38 patients sont venus deux fois.

Entre le 1^{er} janvier 2014 et le 28 février 2014, il y a eu quatre-vingt-quatorze séjours répartis ainsi :

- trente-trois entrées en SPDRE dans l'unité Majorelle ;
- six admissions de femmes en SPDRE dans l'unité Garance ;
- sept admissions de femmes en soins libres (SL) dans l'unité Garance ;
- vingt-deux admissions d'hommes en SL dans l'unité Garance ;
- vingt-six admissions d'hommes en SL dans l'unité Véronèse.

Durant la même période, huit demandes ont été refusées ou annulées pour les motifs indiqués au § 3.1 *infra*.

La durée de séjour des patients admis en SPDRE, sortis de **Majorelle** au 28 février 2014 a été de 33,2 jours :

- 14 séjours ont duré de 40 à 59 jours ;
- 11 séjours ont duré de 60 à 99 jours ;
- six séjours ont duré plus de 100 jours dont 2 de plus de 120 jours.

La **durée de séjour** des patientes admis en SPDRE ou en SL, sortis de **Garance** au 28 février 2014 a été de 33,2 jours en SPDRE (durée maximale : une patiente a été hospitalisée durant 141 jours) et 20 jours en soins libres (durée maximale : trois patientes ont été hospitalisées durant plus de 40 jours).

La durée de séjour des patients admis en SL, sortis de **Garance** au 28 février 2014 a été de 33,2 jours a été de 23,6 jours (durée maximale : un patient est resté plus de 60 jours).

La durée de séjour des patients admis en SL, sortis de **Véronèse** au 28 février 2014 a été de 19,7 jours a été de 23,6 jours (durée maximale : un patient est resté 74 jours).

Depuis l'ouverture, l'origine des admissions est indiquée dans le tableau suivant :

Etablissements pénitentiaires	Nombre d'admissions	Total	Dont SPDRE Hommes	Dont SPDRE femmes
CP Annœullin	47 hommes	47	26	
MA Douai	10 hommes	10	4	
MA Dunkerque	8 hommes	8	4	
MA Maubeuge	6 hommes	6	4	
MA Sequedin	42 hommes 17 femmes	59	22	6
MA Valenciennes	8 hommes 3 femmes	11	5	1
MA Arras	10 hommes	10	3	
CD Bapaume	8 hommes 7 femmes	15	4	2
MA Béthune	20 hommes	20	5	
CD Longuenesse	30 hommes	30	16	
MA Amiens	4 hommes 2 femmes	6	4	2
CP Liancourt	5 hommes	5	5	
MA Evreux	4 hommes	4	2	
CP Le Havre	10 hommes	10	4	
CD Val de Reuil	1 homme	1	1	
Total		242	109	11

3 L'ADMISSION ET L'ACCUEIL

3.1 L'admission

L'UHSA est destinée à accueillir des patients présentant une pathologie psychiatrique, détenus sous écrou en exécution de peine, voire en aménagement de peine ; leur état doit alors nécessiter une hospitalisation complète au cours de laquelle leur seront prodigués des soins intensifs impossibles à délivrer dans leur établissement pénitentiaire.

L'admission en UHSA est donc exclusivement réservée à une indication médicale liée à l'état de santé de la personne détenue.

L'hospitalisation s'effectue soit sur décision du représentant de l'état (SPDRE) sans le consentement du patient, soit en soins libres après accord de l'intéressé.

3.1.1 La procédure sanitaire d'admission

La grande majorité des admissions sont programmées. Cependant les admissions sont possibles en urgence, 7 jours/7.

Le psychiatre de l'établissement pénitentiaire d'origine prend contact par téléphone avec le coordonnateur de l'UHSA et lui explique le tableau clinique du patient.

Il existe deux **documents préalables à l'admission**, immédiatement envoyés par télécopie au psychiatre demandeur. L'un a trait aux admissions sans consentement, le second à celles en soins libres.

Les deux documents sont identiques avec :

- une partie 1 réservée au médecin demandeur qui se présente sous la forme d'un certificat signé indiquant la demande d'admission (en SPDRE ou avec le consentement du patient) portant mention des coordonnées (téléphone et télécopie) de l'UCSA/SMPR et de l'établissement pénitentiaire ;
- une partie 2 réservée à l'UHSA qui comporte l'accord du médecin et la date prévue de l'hospitalisation avec la signature et l'accord du directeur de l'UHSA ou de son représentant avec sa signature.

Le médecin demandeur de l'admission adresse la partie 1 par télécopie à l'UHSA.

Si un lit est disponible, l'accord de l'UHSA est immédiat. L'envoi du document par télécopie au directeur en charge du pôle³ prend une demi-heure. Ensuite le secrétariat prend contact avec la direction de la MA de Sequedin. Celle-ci attend l'ordre de transfert émanant de la direction interrégionale (DI) des services pénitentiaires de Lille. Selon les informations recueillies, le délai pour obtenir ce document ralentit la procédure d'admission en soins libres car il peut prendre une demi-journée⁴ L'UHSA met à disposition pour aller chercher le patient dans l'établissement pénitentiaire où il est incarcéré, deux infirmiers qui partent avec l'escorte pénitentiaire.

L'unité sanitaire ou le SMPR adresse un courrier indiquant le traitement du patient. Le dossier médical ne parvient pas à l'UHSA.

Selon les informations recueillies, il est arrivé que l'admission à l'UHSA d'un patient en soins libres soit refusée par la DI. En l'espèce il s'agissait d'une personne détenue DPS (détenu particulièrement signalé) qui avait fait le tour des établissements pénitentiaires et qui, pour une fois, avait accepté d'entreprendre un suivi psychiatrique au long cours...

3.1.1.1 Les patients admis en SPDRE

Sur le fondement de l'article L3214-3 du code de la santé publique, une personne détenue nécessitant des soins psychiatriques en milieu hospitalier avec une surveillance constante qui, en raison de ses troubles mentaux constituerait un danger pour elle-même ou pour autrui, et la mettant dans l'incapacité de donner son consentement, peut faire l'objet d'un arrêté préfectoral pour la contraindre à l'hospitalisation.

Les règles procédurales, parfaitement intégrées par les différents intervenants, sont explicitées dans les fiches pédagogiques établies dès l'ouverture de l'UHSA.

Après accord médical entre le médecin demandeur et le médecin coordonateur de l'UHSA, l'agence régionale de santé (ARS) devient l'interface entre l'administration pénitentiaire et la préfecture du département de l'établissement pénitentiaire en rédigeant l'arrêté d'admission en soins psychiatriques et de transfert à l'UHSA. Cet arrêté est motivé au vu de l'accord médico-administratif ; il précise la date d'admission.

Il est ensuite soumis à la signature du préfet avant que l'ARS ne transmette l'arrêté et le dossier du détenu (certificat médical et document administratif) au médecin de l'UHSA.

Simultanément l'ARS fait parvenir l'arrêté au responsable pénitentiaire de l'UHSA à l'établissement pénitentiaire d'origine, et à la MA de Sequedin.

Enfin, l'ARS établit les notifications légales.

³ Il a été indiqué aux contrôleurs que cinq directeurs du CHRU pouvaient signer la demande d'admission à l'UHSA (le directeur en charge du pôle, les deux cadres supérieurs de santé du pôle, la cadre gestionnaire du pôle).

⁴ Il a été indiqué aux contrôleurs que deux personnes de la DI pouvaient signer l'ordre de transfert.

Dans l'hypothèse où l'établissement pénitentiaire, lieu d'écrou du patient, n'est pas localisé dans le département du Nord, le préfet du département d'origine, signataire de l'arrêté, le transmet à l'ARS du Nord-Pas-de-Calais pour rédaction d'un arrêté d'admission en soins psychiatriques à l'UHSA qui sera soumis à la signature du préfet du Nord-Pas-de-Calais dans un délai concomitant.

C'est ensuite l'ARS du Nord-Pas-de-Calais qui gère l'ensemble du dossier du patient détenu, admis à l'UHSA (certificat médical de 72 heures, saisine du JLD, mainlevée).

Les patients admis sans leur consentement sont accueillis 24h sur 24 ; toutefois les admissions concernant des patients provenant de sites éloignés peuvent être différées au lendemain, en fonction de l'organisation du transport, le personnel étant alors mobilisé pour la journée.

Ce transport est assuré par le personnel médical à bord d'une ambulance escortée par un équipage pénitentiaire (cf. *infra* § 3.1.3.1).

3.1.1.2 Les patients admis en soins libres

Les admissions sont pour la plupart programmées mais l'établissement accepte de recevoir en urgence des patients suicidaires ou en crise aiguë.

Ils sont hospitalisés au sein de l'unité Garance ou Véronèse, jamais à l'unité Majorelle.

Le patient doit mentionner par écrit son accord à l'admission et peut décider d'y mettre fin en précisant alors son souhait de retourner à l'établissement pénitentiaire d'où il provient.

Le transport est assuré par l'administration pénitentiaire, une équipe médicale de l'UHSA allant toutefois chercher le patient dans son établissement d'origine si son état de santé le nécessite.

Dans la mesure du possible les hospitalisations sont programmées du lundi au vendredi, mais le protocole d'admission n'exclut pas un accueil le week-end ou les jours fériés.

Les contrôleurs ont assisté à l'arrivée d'une personne détenue transférée disciplinairement du centre pénitentiaire de Laon à la maison d'arrêt de Sequedin la veille de son admission à l'UHSA.

Arrivée à 17h en véhicule pénitentiaire, après avoir subi une fouille à corps dans le local dédié du greffe pénitentiaire, elle a été reçue par le gradé qui, compte-tenu de l'état de confusion et de panique du patient, a immédiatement appelé l'équipe médicale de l'unité d'affectation, à savoir Véronèse. Ainsi le patient a bénéficié, avant la fin de l'après-midi des entretiens nécessaires pour débiter sans délai le traitement adéquat.

Les contrôleurs ont pu constater l'attitude adaptée de l'agent pénitentiaire, cherchant à calmer et à rassurer l'arrivant.

3.1.1.3 L'hospitalisation des mineurs

La législation ne s'oppose pas à l'hospitalisation à l'UHSA des mineurs de plus de 13 ans incarcérés.

Lorsqu'il s'agit de soins libres, le médecin de l'établissement d'origine doit évidemment recueillir le consentement des parents ou du représentant légal.

Les ASPDRE sont en théorie possibles. Il a été dit aux contrôleurs qu'un seul mineur a été admis en soins libres et que les soignants ont été particulièrement vigilants à l'information et au consentement des parents.

Les hospitalisations de mineurs s'effectuent à l'unité Garance, plus petite que les deux autres.

3.1.1.4 La préparation de l'hospitalisation

Les admissions à l'UHSA sont sollicitées par les établissements pénitentiaires localisées dans les sept départements du ressort.

Dans l'hypothèse, rarissime selon les dires du médecin coordonateur, d'absence de place disponible pour une hospitalisation sur décision du représentant de l'Etat, la personne détenue malade se verra appliquer les modalités définies par l'article D 398 du code de procédure pénale (CPP) et bénéficiera d'un accueil dans les hôpitaux de proximité de son lieu de détention.

L'admission des patients se fait directement à l'UHSA, qu'ils arrivent d'un centre pénitentiaire, d'une maison d'arrêt, du SMPR ou de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de Lille.

3.1.1.5 L'affectation des patients

L'affectation du patient se fait dès le stade de la décision d'admission : les femmes et les mineurs sont pris en charge dans l'unité Garance quel que soit leur mode d'admission, les hommes admis en SPDRE sont affectés à l'unité Majorelle et ceux admis en soins libres iront soit à Véronèse soit à Garance selon le tableau clinique. A titre d'exemple, un patient présentant un état dépressif sera accueilli à Véronèse, tandis qu'un patient en phase aiguë, ira à Garance.

Il est possible ensuite de passer d'une unité à l'autre. Soit parce que la mesure de placement a été levée (passage de Majorelle à Véronèse) soit pour améliorer la prise en charge.

A titre d'exemple, un patient de Garance a été transféré à Véronèse à la suite d'une rixe entre patients (cf. § 4.2.3.4).

3.1.1.6 Le livret d'accueil

Il est remis aux arrivants un document intitulé « livret d'accueil-UHSA ». Il s'agit de huit feuilles de papier agrafées de format 21x27.

« Ce livret est destiné à vous apporter toutes informations pratiques relatives à votre hospitalisation. Nous souhaitons que ce document facilite votre séjour et vous apporte les réponses à vos interrogations. Toutefois, si ce guide ne répond pas à l'une de vos inquiétudes, n'hésitez pas à demander des informations supplémentaires aux professionnels de santé qui assurent votre prise en charge ».

Il a trait aux sujets suivants :

- « Votre hospitalisation : il est rappelé les deux modes d'hospitalisation (avec ou sans consentement) et le contrôle du juge des libertés et de la détention dans les

douze jours « afin de vérifier que votre hospitalisation est réalisée selon la réglementation française ».

Il est également précisé que « les personnes restent sous écrou et enregistrées au greffe de l'UHSA sous un numéro d'écrou dépendant du Centre Pénitentiaire de Sequedin ».

- Les obligations du patient :

1. Le règlement intérieur du CHRU

« Le CHRU de » Lille est régi par un règlement intérieur qui peut être consulté sur demande auprès d'un cadre de santé ;

2. Le règlement intérieur de l'UHSA :

Dans ce cadre sont évoquées :

A Les règles hospitalières qui comprennent :

- L'accueil du patient est réalisé par l'équipe soignante au cours d'un entretien ; la composition de l'équipe pluridisciplinaire est précisée (sans les noms des soignants). Trois numéros de téléphone sont indiqués pour joindre le service du lundi au vendredi de 9h à 17h.

- Les soins se composent d'entretiens individuels et d'activités thérapeutiques. Les heures de distribution des traitements sont indiquées (8h, 11h45, 16h, 18h, 20h et 22h).

- Le comportement du patient :

« Aucune forme de violence physique ou verbale n'est tolérée. Les actes de violence volontaires envers le personnel ou d'autres patients peuvent entraîner des poursuites judiciaires et un retour immédiat en Centre Pénitentiaire à la demande du Directeur de l'UHSA ».

- Les chambres :

« Les portes des chambres sont ouvertes de 8h à 20h sauf pendant la durée des repas. A 20h, les patients réintègrent leur chambre et les portes sont fermées pour la nuit.

Votre chambre est un espace personnel qui n'a pas vocation à recevoir d'autre patient. Il vous est demandé d'assurer une bonne tenue de votre chambre et de la ranger régulièrement.

Un inventaire de vos effets personnels et un état des lieux à l'entrée de votre chambre seront réalisés en votre présence.

Dans votre chambre vous disposez d'un coffre à code pour y mettre vos effets personnels ».

- La télévision :

« Chaque chambre dispose d'une télévision. Son utilisation est gratuite pour le patient. Néanmoins dans la journée, la participation aux soins et aux activités organisées par l'équipe de soins reste prioritaire.

Le CHRU de Lille se réserve le droit de ne pas remplacer les télévisions et télécommandes en cas de dommages causés par le patient ».

○ Les repas :

Les repas sont servis à heure fixe dans la salle à manger pour l'ensemble des patients : petit déjeuner à 8h15, déjeuner à 12h15, goûter à 16h, dîner à 18h30. La télévision située dans la salle de vie est éteinte pendant le repas.

Les menus sont élaborés par l'équipe de restauration et la diététicienne. Un régime adapté pourra être prescrit. Des régimes alimentaires particuliers peuvent être proposés.

Pour des raisons d'hygiène et de sécurité alimentaire, l'introduction dans l'unité de soins des denrées alimentaires n'est pas autorisée, à l'exception des produits cantinables et de confiseries (biscuits secs, bonbons, chocolat) en quantité raisonnable.

Deux bouteilles d'eau vous seront proposées chaque jour »

○ Le tabac :

« Selon la législation française, il est strictement interdit de fumer en chambre et hors du patio prévu à cet effet. Ce patio est ouvert de 8h à 20h. Toutefois, il est fermé pendant la distribution des repas et plus particulièrement de 11h45 à 12h45 et de 18h à 19h.

Pour rappel, les briquets et les allumettes sont strictement interdits. "Pour allumer vos cigarettes, adressez-vous à l'équipe de soins ».

○ Le linge personnel : « votre linge personnel reste sous votre responsabilité durant la durée de votre hospitalisation. L'accès à un lave-linge et sèche-linge est possible, si nécessaire, suivant un planning qui vous sera proposé ».

B Les règles pénitentiaires qui concernent :

○ Les conditions de circulation à l'intérieur de l'UHSA : elles sont déterminées par les équipes soignantes en fonction du projet de soins. L'accès aux jardins, à la laverie et aux lieux d'activité thérapeutique se fait systématiquement en présence de soignants, en fonction de l'organisation des soins.

○ Les visites :

« Durant votre séjour à l'UHSA, vous conservez vos droits habituels concernant les visites sous réserve d'éventuelles restrictions judiciaires ou médicales. Ces visites se feront aux parloirs, selon les modalités convenues avec l'administration pénitentiaire.

Les proches peuvent être reçus par l'équipe soignante aux parloirs, en cas de besoin et sur rendez-vous ».

- Les produits cantinables :

Les bons sont remis le dimanche, pour une réception de la commande le jeudi.

- Le courrier :

- « Pour rappel vous pouvez émettre et recevoir des correspondances écrites, sous réserve des dispositions particulières applicables aux personnes écrouées. Pour l'émission de courrier, votre identité doit être indiquée au dos du courrier. Les lettres peuvent être lues aux fins de contrôle par l'administration pénitentiaire. Les lettres écrites en langue étrangère peuvent être traduites pour les mêmes fins.

A l'occasion des fêtes, les personnes visitant les patients détenus peuvent apporter un colis d'un poids maximum de 5kg en 1 ou 2 fois, dans les mêmes conditions que celles établies en milieu pénitentiaire, et celles également précisées dans le chapitre 'repas' (produits alimentaires limités aux « cantinables et confiserie »).

- Le téléphone :

« Chaque unité dispose d'un téléphone. L'accès y est réglementé selon votre projet de soins individualisé, et selon les modalités fixées par l'autorité judiciaire. En effet, les règles et autorisations du téléphone sont les mêmes que celles établies dans votre établissement pénitentiaire d'origine.

La durée de vos conversations téléphoniques doit être limitée afin de respecter les droits d'accès de chaque patient. Les conversations téléphoniques peuvent être écoutées et enregistrées par l'administration pénitentiaire.

La cabine téléphonique fonctionne tous les jours de 13h30 à 16h et de 16h30 à 18h.

L'accès à la cabine est payant, et le prix des communications sera déduit de votre pécule ».

- Les fouilles :

« La fouille d'une chambre peut être effectuée par l'équipe soignante, avec ou non l'assistance d'agents pénitentiaires, en présence du patient et sous réserve de l'accord du Directeur de l'UHSA et du médecin responsable de l'unité.

L'administration pénitentiaire peut procéder à une fouille de votre chambre et/ou de toute l'unité de soins sous réserve de l'accord du Directeur de l'UHSA et du responsable médical de l'unité ».

- Les droits du patient

Le document aborde ensuite les droits du patient hospitalisé, comme dans toute structure de soins.

1. Confidentialité relative du séjour

« Vous pouvez demander qu'aucune indication ne soit donnée [...] sur votre présence à l'UHSA ou sur votre état de santé. Cependant les autorités judiciaires peuvent quant à elles, être informées de votre présence à l'UHSA, dans le cadre de l'instruction de votre dossier pénal et peuvent demander votre extraction pour audition ».

2. Accès au dossier médical
3. Les directives anticipées pour le cas où, en fin de vie, la personne ne serait plus en capacité d'exprimer sa volonté
4. La personne de confiance

« Vous avez la possibilité de désigner par écrit une personne de confiance qui sera consultée au cas où vous serez dans l'incapacité d'exprimer votre volonté ou de recevoir l'information nécessaire au cours de votre hospitalisation.

Si vous souhaitez bénéficier de cette disposition, vous pouvez demander l'imprimé à compléter et à signer auprès de l'équipe soignante »

5. La charte du patient hospitalisé
6. La charte du patient handicapé
7. Voies de recours générales

« En cas de contestation ou de réclamation, vous ou vos proches pouvez contacter :

- le responsable médical de l'unité de soins ;
- le cadre de santé ;
- le directeur délégué du pôle de psychiatrie, de médecine légale et de médecine en milieu pénitentiaire (c'est à lui que votre courrier devra être adressé) à l'hôpital Fontan CHRU de Lille 59037 Lille Cedex ;
- le médiateur médical ou non médical ;
- les représentants des usagers.

Toutes vos plaintes ou réclamations sont prises en compte par l'hôpital.

8. Voies de recours d'une hospitalisation sous contrainte

« Les hospitalisations sous contrainte ou sans consentement sont soumises à une procédure légale stricte et particulière dont le contrôle relève de différentes personnes.

Durant cette hospitalisation, la loi vous garantit le droit d'émettre ou de recevoir du courrier, de consulter le règlement intérieur (plus haut), de prendre conseil auprès d'un avocat de votre choix et/ou d'un médecin, d'exercer votre droit de vote.

Vos interlocuteurs peuvent être :

- la commission départementale des soins psychiatriques ;
- le président du tribunal de grande instance ou son représentant ;
- le procureur de la République du tribunal de grande instance de Lille ;
- le directeur général de l'agence régional de santé ou son représentant ;

- le préfet ou son représentant ;
- le juge du tribunal d'instance ;
- le maire de Lille ou son représentant ;
- la CRUQ : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de Prise en Charge.

Vous rencontrerez le juge des libertés et de la détention lors d'une audience au tribunal de grande instance de Lille dans les 12 jours de votre admission à l'UHSA. Celui-ci statuera sur votre hospitalisation. Vous avez le droit de prendre un avocat de votre choix ou de laisser le juge des libertés et de la détention vous désigner un avocat commis d'office.

Par ailleurs, si vous souhaitez contester votre hospitalisation, vous pouvez saisir le juge des libertés et de la détention, la commission départementale des soins psychiatriques, par courrier daté et signé, avec :

- votre état civil (nom, prénoms, profession, domicile, nationalité date et lieu de naissance) ;
- l'adresse de l'hospitalisation (UHSA de Lille, chemin du bois de l'hôpital, 59113 Seclin) ;
- l'exposé des faits et l'objet exact de la demande ;
- l'adresser à : Monsieur le Juge des libertés et de la Détention

Palais de justice – TGI
13 avenue du Peuple Belge
BP 729
59034 Lille Cedex

Pour saisir la commission départementale des soins psychiatriques, le courrier est à adresser à :

Monsieur le Président
Agence Régionale de santé
Bâtiment ONIX A
556 Avenue Willy Brandt
59777 Euralille

9. La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

« Elle peut être saisie que ce soit dans le domaine des soins, des conditions matérielles de votre hospitalisation ou de l'accueil qui vous a été réservé ».

3.1.2 La procédure pénitentiaire d'admission

La procédure d'admission obéit à des formalités diverses qui accompagnent l'arrivée de la personne détenue au sein de la structure.

Il existe deux modalités d'arrivée :

- véhicule pénitentiaire et ambulance pour un patient en SPDRE ;
- véhicule pénitentiaire pour un patient admis en soins libres.

Concernant l'arrivée, une fois les véhicules entrés, *via* le sas et la cour d'honneur, dans l'enceinte, l'équipe pénitentiaire d'escorte conduit l'intéressé à la salle de fouille (6 m², avec patère et caillebotis au sol) où, démenotté, une fouille à corps est pratiquée par un surveillant de l'UHSA.

Ensuite, le paquetage est déposé dans le vestiaire où le surveillant procède à son inventaire en présence de l'arrivant, qui contresigne un document-type appelé « formulaire contradictoire de fouille. Maison d'arrêt de Sequedin-UHSA ».

Sont retenus par le personnel pénitentiaire 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 (type AIR-MAX de Nike™) qui peuvent servir de cache.

On laisse en revanche à l'intéressé ses cigarettes (sauf s'il est mineur).

Le surveillant du vestiaire lui donne l'équivalent d'une semaine de change et le reste est conservé.

Si l'établissement d'origine a transmis des bijoux et des valeurs, ceux-ci seront alors placés dans un coffre mural situé au greffe de l'UHSA, c'est-à-dire dans une pièce jouxtant le vestiaire.

Le vestiaire est une pièce d'une surface de 21m² avec des étagères de rangement sur lesquelles sont placés des cartons contenant les affaires des personnes détenues, avec leurs nom , prénom et numéro d'écrou.

Puis l'on procède aux modalités d'écrou selon les modalités suivantes :

- le premier surveillant de l'UHSA appelle le greffe de la maison d'arrêt de Sequedin pour activer le TIE (transfert inter-établissement) permettant d'octroyer à l'arrivant un numéro d'écrou ;
- une fois obtenu le numéro d'écrou, on imprime la fiche d'écrou ;
- on recueille alors l'empreinte digitale de la personne détenue (index gauche) et on la prend en photo, afin de pouvoir attester son identité lors de son départ de l'UHSA par la suite ;
- le gradé lui demande s'il y a quelqu'un à prévenir de son incarcération en ce lieu et dans l'affirmative, une fiche-type avec les coordonnées téléphoniques de la personne est adressée par télécopie au service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) de la maison d'arrêt de Sequedin ;
- le gradé envoie par télécopie la fiche d'écrou au greffe de la maison d'arrêt de Sequedin ;
- il procède à un bref entretien, toujours dans le local du greffe, pour lui expliquer le fonctionnement général de l'UHSA, étant entendu que cette démarche a déjà pu être entreprise par les soignants dans l'ambulance, pendant le trajet ;
- le gradé remet au personnel soignant présent l'enveloppe contenant le dossier médical de l'arrivant ainsi que le tabac possédé par celui-ci à son arrivée ;
- l'arrivant est alors remis aux soignants pour prise en charge et conduit vers l'unité d'hébergement, avec son paquetage ;
- enfin, le gradé porte au chauffeur-vaguemestre de la structure le dossier pénal, pour transmission au greffe de la maison d'arrêt de Sequedin sous vingt-quatre heures.

D'un point de vue formel et en amont de cette arrivée, le responsable pénitentiaire de l'UHSA doit recueillir d'une part l'arrêté préfectoral (en cas d'admission sur décision du représentant de l'Etat) ou le consentement écrit de l'intéressé (si admission en soins libres), d'autre part, l'ordre de transfert de la direction interrégionale des services pénitentiaires de Lille et enfin, le document dit « annexe 15 » par lequel l'établissement d'origine renseigne des rubriques concernant la personne détenue et en particulier, l'état et les motifs de sa dangerosité (liés à sa situation pénale, à sa situation pénitentiaire ou à son comportement en détention), en vue de fixer un niveau d'escorte lors d'une future extraction.

3.1.3 Le transport

3.1.3.1 Transport en véhicule pénitentiaire

L'administration pénitentiaire dispose de deux véhicules d'escorte de type « Kangoo » floqués, avec gyrophare et avertisseur sonore à deux tons.

Dans le schéma organisationnel élaboré localement, deux équipes d'escorte de deux agents chacune et un premier surveillant chef d'escorte sont prévues simultanément, entre 7h et 20h (cf. § 2.2.9).

On peut recenser au total huit types d'escorte :

- l'admission d'une personne détenue vers l'UHSA de Seclin, sur décision du représentant de l'Etat, en provenance d'un autre établissement pénitentiaire, d'un établissement public de santé mentale voire d'un service d'urgence psychiatrique. L'escorte pénitentiaire, composée de deux agents et d'un gradé (chef d'escorte) va alors chercher en Kangoo la personne sur ce lieu, accompagnée d'une ambulance privée (*ABC Ambulances*, à Lille) dans laquelle se trouvent deux soignants de l'UHSA, pour la ramener au sein de cette unité hospitalière ;
- la sortie de l'UHSA, sur décision du représentant de l'Etat, sur la base d'une décision du juge des libertés et de la détention (qui doit rencontrer tout hospitalisé sans son consentement dans les quinze jours suivants son admission) ou sur décision médicale (d'un psychiatre de l'UHSA). Dans ce cas, le retour s'opère sans soignant ni ambulance mais juste en Kangoo pénitentiaire, avec deux surveillants et un gradé car l'on considère que le patient, redevenu détenu, présente un état de dangerosité moindre que lors de son admission ;
- l'admission en unité pour malades difficiles (UMD) à partir de l'UHSA de Seclin, généralement la plus proche de son lieu de résidence. Un nouvel arrêté préfectoral est alors requis, qui modifie le premier arrêté de placement en UHSA. L'agence régionale de santé (ARS) de Lille doit alors rechercher les places disponibles en UMD et les services de la direction interrégionale des services pénitentiaires de Lille doivent établir un ordre de transfèrement (OT). Dans ce cas, l'escorte se compose de deux surveillants et d'un gradé, en Kangoo, et d'une ambulance privée avec deux soignants de l'UHSA à son bord ;
- l'admission en soins libres au sein de l'UHSA de Seclin, c'est-à-dire avec le consentement de la personne détenue. Dans cette hypothèse, seul le véhicule pénitentiaire avec une escorte composée de deux surveillants et d'un gradé va chercher l'intéressée dans l'établissement pénitentiaire ou le service hospitalier où elle se trouve. Le consentement doit être écrit et le chef d'escorte vérifie cet accord avant la prise en charge de la personne ;
- la sortie de la personne admise à l'UHSA sur la base de son consentement. Dans ce cas, l'escorte pénitentiaire (deux agents et un gradé) assure seule le retour vers l'établissement pénitentiaire d'origine, une ambulance n'étant demandée que si le patient est intransportable pour un motif somatique dans un véhicule non adapté. Il est précisé par l'officier responsable de l'UHSA de Seclin que la personne détenue ne sera pas systématiquement menottée, en particulier si elle est âgée ;

- la présentation au juge des libertés et de la détention (JLD), dans le cadre de l'admission sur décision du représentant de l'Etat. Dans ce cas, l'escorte se dirige vers le tribunal de grande instance de Lille, à une quinzaine de kilomètres, et se compose d'un véhicule pénitentiaire avec son chef d'escorte gradé et ses deux surveillants, suivant l'ambulance privée et les deux soignants de l'UHSA à son bord ;
- la conduite vers un plateau technique de l'hôpital, pour toute pathologie somatique en dehors des cas d'urgence et au CHRU de Lille uniquement (c'est-à-dire en aucun cas au centre hospitalier de Seclin). Dans ce cas et pour toute personne détenue de l'UHSA, l'escorte se compose d'une ambulance privée avec deux soignants de l'UHSA et d'un véhicule pénitentiaire, avec un gradé chef d'escorte et deux surveillants. Les agents d'escorte accompagnent le patient-détenu et les soignants au sein de l'hôpital pour en assurer la sécurité (un surveillant devant, un à côté du malade et des soignants et un derrière) et restent devant la salle de soins ou de consultation afin de préserver l'intimité du colloque singulier entre patient et médecin. Dans le cas cependant où le chef d'escorte estime que les conditions de sécurité des personnes et des biens ne sont plus garanties, il prend la décision de mettre fin à l'extraction et en informe les personnels soignants présents. Cette situation ne s'est cependant jamais produite à ce jour, concernant des patients de l'UHSA de Seclin ;
- l'extraction dans un cas d'urgence, enfin, vers le bâtiment Salengro du CHRU de Lille. Ici, il convient de dissocier le jour (7h/20h) et la nuit (20h/7h) :
 - dans le premier cas, l'escorte s'organise avec un véhicule pénitentiaire (un gradé et deux agents) qui suit le véhicule d'urgence du SAMU ou des pompiers ;
 - si l'urgence intervient après 20h, l'interne de garde appelle une ambulance privée et prévient le gradé pénitentiaire de nuit, qui reste au sein de l'UHSA, l'escorte pénitentiaire ne se composant alors que de deux surveillants. Si cette extraction débouche ensuite vers une hospitalisation, l'escorte pénitentiaire appelle les services de police de Lille pour une prise en charge de la personne sous la forme d'une garde statique, sauf si l'intéressée est dirigée vers l'Unité hospitalière sécurisée interrégionale de Lille, qui est sise dans l'enceinte du CHRU de Lille et est rattachée à la maison d'arrêt de Sequedin. Selon l'officier responsable de l'UHSA, le temps d'intervention de la police oscille dans cette hypothèse entre deux et quatre heures.

Ainsi qu'il sera décrit *infra* (cf. 5.2.7.5), les agents pénitentiaires sont toujours armés lors des transports de patients-détenus vers l'extérieur.

Pour les patients considérés comme dangereux par l'officier de l'UHSA ou son adjoint, est offerte règlementairement ⁵ « la possibilité d'un prêt de main forte (par les services de police), sur décision du préfet ». Les personnes détenues en escorte ⁴ (détenus particulièrement signalés - DPS) en relèvent systématiquement mais l'officier en demande également fréquemment pour des escortes ³.

3.1.3.2 Transport en véhicule sanitaire

Depuis l'ouverture de l'UHSA, 182 transports sanitaires ont été réalisés par les véhicules de la société ABC dont le financement a été assuré par le CHRU. Ces transports ont concerné ⁶:

- 81 admissions en SPDRE ;
- 51 extractions pour raison médicale au CHRU ;
- 2 extractions dans un autre établissement de santé ;
- 37 extractions vers le TGI pour les audiences avec le JLD ;
- 3 extractions vers l'UCSA de Sequedin pour des consultations dentaires ;
- 3 transferts en unité pour malades difficiles (UMD) ;
- 7 extractions judiciaires dont cinq nécessitaient un transport sanitaire.

Deux soignants sont systématiquement présents dans l'ambulance, dont au moins un infirmier.

Entre le 1^{er} janvier et le 28 février 2014, 101 transports sanitaires ont été réalisés :

- 39 admissions en SPDRE à l'UHSA ;
- 37 extractions pour raison médicale vers le CHRU ;
- 4 extractions médicales vers un autre établissement ;
- 17 extractions vers le TGI pour les audiences avec le JLD ;
- 12 extractions judiciaires, dont 4 avec un transport sanitaire sur prescription médicale et 2 avec un accompagnement sans ambulance ;
- aucun transfert vers une UMD.

3.2 L'accueil

3.2.1 L'accueil par les services pénitentiaires

L'accueil de tout arrivant au sein de la structure s'effectue au greffe de l'UHSA.

La personne détenue est écrouée mais reçoit un numéro d'écrou de la maison d'arrêt de Sequedin et non un numéro propre à l'UHSA.

⁵ cf. circulaire du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA, (fiche n° 6).

⁶ Ces données proviennent du compte rendu de la réunion de la commission santé-justice du 8 mars 2014.

Les arrivants provenant de la maison d'arrêt de Sequedin conservent donc leur numéro d'écrou.

Le dossier pénal de la personne est recueilli au greffe de l'UHSA puis sera apporté dans les vingt-quatre heures au greffe de la maison d'arrêt de Sequedin par la « chauffeur-vaguemestre » de l'UHSA.

Aucun dossier pénal n'est donc conservé au sein du greffe de l'UHSA.

La procédure d'admission se déroule de la façon suivante :

- la personne détenue est accueillie et écrouée par le premier-surveillant ;
- le premier-surveillant prend par écrit sur une fiche-type les éléments relatifs à l'identité de la personne ainsi que les coordonnées de la personne à prévenir. Il n'a pas accès au cahier électronique de liaison (CEL) et ne peut donc remplir les items de ce logiciel qui n'a pu être installé localement pour des raisons non élucidées par les contrôleurs ;
- le premier surveillant procède à un descriptif oral de la structure et de son fonctionnement général, avant les explications plus précises fournies par le personnel hospitalier au sein de l'unité d'hébergement. Il n'existe pas de livret d'accueil remis aux arrivants par le personnel pénitentiaire ;
- le gradé explique enfin à l'intéressé les modalités d'application des peines (réduction de peine supplémentaire, permission de sortir, libération conditionnelle, placement sous surveillance électronique, semi-liberté, etc.) pouvant concerner sa situation, en lui indiquant que le juge d'application des peines dispose de deux possibilités en matière de débat contradictoire : la visioconférence, organisée à partir de l'UHSA, qui est majoritairement organisée, ou bien une extraction vers la maison d'arrêt de Sequedin ;
- il n'est par ailleurs pas indiqué à la personne qu'elle pourra téléphoner à un proche car le crédit de 1 euro affecté sur le compte n'est pas en vigueur au sein de cette structure hospitalière. C'est le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) de la maison d'arrêt qui se chargera de cette démarche, prévenu qu'il est par mail ou télécopie.

Il n'est actuellement pas prévu de remettre aux arrivants un bon de cantine de dépannage, notamment pour le tabac.

La directrice des services pénitentiaires en charge de l'UHSA a toutefois indiqué aux contrôleurs qu'« une réflexion est en cours à ce sujet » avec le partenaire privé (*Sodexo*) de la maison d'arrêt de Sequedin.

Enfin, chaque arrivant à l'UHSA verra sa situation abordée par la commission pluridisciplinaire unique (CPU) de la maison d'arrêt de Sequedin, cette instance ne se tenant pas au sein de cette unité hospitalière.

3.2.2 L'accueil médical

Le patient admis à l'UHSA est accueilli au greffe par des soignants qui le conduisent dans son unité d'affectation puisque celle-ci a été décidée lors de la décision d'admission. Les soignants vérifient que le patient dispose bien de son paquetage. Ils le conduisent dans l'unité et la lui font visiter avant de l'emmener dans sa chambre. Le livret d'accueil lui est remis. Des explications lui sont données sur le fonctionnement de son unité.

Un entretien informel a souvent lieu avec un soignant durant le transfert. Des explications sur la prise en charge à l'UHSA sont communiquées au patient, si son état le permet.

A l'arrivée, le patient est accueilli par un infirmier ou un aide-soignant.

Il ne lui est pas proposé de désigner une personne de confiance telle qu'elle est prévue dans la loi du 4 mars 2002.

Les patients peuvent garder leurs vêtements dans l'unité. Le règlement intérieur précise que les patients ne peuvent pas porter des vêtements bleus ou blancs pour ne pas être confondus avec les personnels pénitentiaires ou les soignants.

Dans le cas où le patient arrive avec des vêtements sales, il lui est proposé de les laver et de le mettre en pyjama⁷. Dans le cas où le patient arrivant est placé en contention et/ou en isolement, il est mis en pyjama.

Il a été indiqué aux contrôleurs que lors des admissions en SPDRE, le départ de l'établissement se fait souvent dans l'urgence, sans l'accord de la personne détenue et que dans ce cas, le paquetage n'est pas emporté par le personnel pénitentiaire.

3.3 Les reports et annulations d'hospitalisation

Depuis l'ouverture jusqu'au 31 décembre 2013, quarante-huit demandes ont été refusées ou annulées : quatorze pour l'unité Garance et trente-quatre pour l'unité Majorelle en raison de l'absence de place disponible, du refus du patient ou de l'hospitalisation dans un autre établissement pour divers motifs.

Entre le 1^{er} janvier 2014 et le 28 février 2014, huit demandes ont été refusées ou annulées pour les mêmes motifs que précédemment.

3.4 La mise en œuvre des dispositions de la loi du 5 juillet 2011

La mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 n'a pas fait l'objet avant l'ouverture de l'UHSA de réunion pour définir des pratiques communes à l'ensemble des partenaires concernés. La loi est appliquée à périmètre constant.

Sept magistrats peuvent être amenés à assurer les fonctions de JLD pour le contrôle des admissions sans consentement dont un est plus spécialement en charge de cette fonction.

Le service du JLD tient trois audiences par semaine, lundi, mercredi, vendredi matin. C'est ainsi qu'en 2013 on dénombre 148 audiences, alors qu'il s'en est tenu 49 entre le 1^{er} janvier et le 30 avril 2014, au cours desquelles 45 patients-détenus à l'UHSA ont été convoqués dont 34 ont comparu en personne devant le JLD.

⁷ L'UHSA dispose de pyjamas de toutes les tailles en 1 et 7.

Les magistrats en charge du contentieux des admissions sans consentement insistent unanimement sur la lourdeur de la procédure et la charge de travail particulièrement importante pour les greffiers.

Ils disent entretenir de bons rapports professionnels avec les avocats qui ne font pas valoir de moyens de défense dits « de rupture » mais tiennent humainement compte de l'intérêt du patient-détenu. Ces informations sont confirmées par un représentant du bâtonnier qui considère travailler en équipe avec les juges des libertés et de la détention.

Avant la date limite prévue par la loi (quinze jours jusqu'au premier septembre 2014, douze jours après cette date), le secrétariat réunit les documents requis par la loi et les adresse par télécopie à l'ARS.

C'est ensuite l'ARS qui saisit le JLD par télétransmission avec un système crypté qui protège le secret médical.

Le JLD, après vérification de la régularité des pièces constituant le dossier, informe par télécopie l'UHSA de la date d'audience ; il fait simultanément et par le même moyen parvenir une convocation à l'intéressé ; dans ce document sont mentionnés les droits du patient à consulter, dans l'établissement de soins, les documents médicaux légalement énumérés. Le patient est averti de son droit de faire parvenir des observations écrites au magistrat autant que d'être assisté, s'il le souhaite d'un avocat.

Rien n'est précisé sur l'utilisation des moyens de télécommunication audiovisuelle (visioconférence).

La convocation est remise au patient par le cadre de santé qui lui donne, si besoin, des explications supplémentaires nécessaires à une exacte compréhension.

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

Elles ont lieu les matinées du lundi, mercredi et vendredi. Elles se tiennent dans une petite salle d'audience civile du TGI.

Les contrôleurs ont accompagné un patient-détenu convoqué à une audience. Le transport s'est effectué dans une ambulance privée, le patient étant installé sur un brancard avant d'être sanglé par l'infirmier, assisté d'un aide-soignant, le chauffeur du véhicule ayant la qualité d'ambulancier. Ce véhicule sanitaire fut suivi du véhicule de l'administration pénitentiaire dans lequel avaient pris place trois agents dont un gradé. Le temps de trajet entre l'UHSA et le tribunal peut être évalué à vingt minutes pour une distance de cinq kilomètres.

Arrivés au tribunal, les soignants ont remis le patient à l'escorte pénitentiaire qui s'est présentée alors au responsable des geôles. Le patient-détenu était menotté. Dans l'hypothèse d'un temps d'attente, il a été placé en cellule. Toutefois les magistrats ont indiqué être attentifs à prioriser les audiences des patients en provenance de l'UHSA.

Durant le parcours des geôles à la salle d'audience, le patient a emprunté un circuit public ; il a été amené à croiser des justiciables en attente d'être auditionnés par des magistrats.

Dès l'entrée dans la salle d'audience, le JLD a exigé le retrait complet des entraves.

L'audience a été publique, elle s'est déroulée portes ouvertes ; toutefois la salle était quasiment vide, ce qui est toujours le cas, selon les informations recueillies.

Ayant donné leur avis par écrit, les représentants du parquet et de la préfecture ne sont que très exceptionnellement présents.

Les JLD ont indiqué ne jamais avoir recours à la visioconférence, estimant que cette technologie était peu adaptée à la fragilité du psychisme du patient-détenu. Ils ont précisé en sus que l'appréciation du bien-fondé de la mesure d'hospitalisation sans consentement se fondait essentiellement sur la régularité de la procédure et sur la motivation circonstanciée des certificats médicaux.

Selon les informations recueillies, les avocats ne soulèvent la nullité que dans l'hypothèse rarissime d'une absence de certificat médical ou d'avis du procureur de la République.

Les décisions des magistrats ne font quasiment pas l'objet de recours.

Au cours de l'année 2013 trente-sept extractions ont été réalisées aux fins de présentation du patient devant le JLD.

En 2014 et jusqu'à la date du contrôle trois mainlevées judiciaires ont été prononcées.

3.4.2 La notification de la décision

Le juge rend son ordonnance immédiatement, sauf si l'état du patient ou la difficulté du dossier nécessitent une mise en délibéré.

Il explique oralement au patient-détenu la décision qu'il vient de prendre en lui précisant qu'il en recevra copie l'après-midi même ou au plus tard le lendemain à l'UHSA.

A l'instar de toutes les notifications, cette copie est remise par le cadre de santé après accusé de réception du patient.

Le même jour, copie de l'ordonnance est transmise au préfet du Nord-Pas-de-Calais sous couvert de l'ARS.

Lorsqu'une personne ne comparait pas, suite à un avis médical de contre-indication d'audience, l'ordonnance est remise à l'avocat chargé de représenter le patient, avant de lui être notifiée par télécopie.

Les magistrats ont précisé que conformément aux exigences de la loi du 27 septembre 2013, les audiences, à compter du premier septembre 2014, se tiendront dans l'enceinte de l'UHSA.

3.4.3 L'information sur les voies de recours

Les arrêtés du préfet mentionnent, en les détaillant, les voies de recours.

3.4.4 Le recueil des observations des patients

Le patient est averti de son droit de faire parvenir des observations écrites au magistrat lorsqu'il reçoit sa convocation à l'audience.

3.5 Les registres de la loi

Le registre de la loi, ouvert en 2013, date de la mise en fonctionnement de l'UHSA, est conservé au secrétariat de l'établissement. Il est tenu, sous la responsabilité du directeur du pôle psychiatrie qui a donné délégation au cadre administratif et gestionnaire, par une des trois personnes, adjointe administrative, assurant l'ensemble du secrétariat hospitalier de l'UHSA ; cette salariée est plus particulièrement affectée à cette tâche.

Le secrétariat dispose d'un local de 40 m², lumineux et meublé fonctionnellement. Chacune des trois secrétaires bénéficie d'un ordinateur fonctionnant en réseau. On y trouve, comme déjà précisé, le tableau d'affichage de gestion prévisionnelle des entrées et des sorties.

Il existe un registre unique pour les hommes et les femmes admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

Ce registre toilé de couleur bleue mesure 50 cm de long et 35 cm de large. Il comporte 202 folios ; au jour du contrôle, il était rempli jusqu'au numéro 159.

Sur la page de garde sont mentionnés les articles du code de la santé publique applicables aux soins sans consentement ainsi que la visite de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) du département du Nord en date du 21 juin 2013 et celle d'un magistrat du parquet au TGI en date du 31 janvier 2014.

Toutes les pièces concernant le patient sont photocopiées, sans être réduites, puis collées dans l'ordre de leur réception, de façon à être facilement consultables.

La page de droite est destinée à recevoir, outre l'identité et les renseignements administratifs, les arrêtés préfectoraux et le premier certificat médical, tandis que sur la page de gauche sont versés tous les documents obligatoires pour vérifier le déroulement de l'hospitalisation, à savoir, les différents certificats médicaux, les ordonnances du JLD, l'arrêt de mainlevée, le bulletin de sortie.

Pour l'année 2013, on note soixante-seize admissions en SPDRE dans l'unité Majorelle (hommes) et cinq en SPDRE dans l'unité Garance (femmes).

Du 1 janvier 2014 au jour du contrôle, soixante-dix-huit hospitalisations se sont faites sur décision du représentant de l'Etat, et pendant le temps du contrôle, deux patients et une patiente ont été admis sous cette modalité.

Les contrôleurs ont pu vérifier que chaque admission nécessitant des soins sous contrainte suit un protocole conforme à la législation entrée en vigueur le 1^{er} août 2011 et modifiée par la loi du 27 septembre 2013.

Les arrêtés du préfet mentionnent, en les détaillant, les voies de recours.

Dans l'hypothèse d'une admission portant transfert d'un patient-détenu dans un département autre que celui du Nord, les contrôleurs ont constaté que les deux arrêtés préfectoraux sont toujours, et sans exception, pris conjointement.

Les arrêtés de mainlevée sont tous classés dans les registres avec le bulletin de sortie, à l'exception du folio n° 1 où le bulletin de sortie est absent.

La préfecture du Nord-Pas-de-Calais fait parvenir par courrier administratif au directeur de l'ARS les arrêtés préfectoraux aux fins de transmissions à l'UHSA pour notification aux patients-détenus.

Le cadre de santé est alors chargé de porter cette notification et de faire signer l'accusé-réception dont l'original est retourné à l'ARS.

Le formulaire portant attestation de la notification à l'intéressé est ainsi libellé :

ACCUSE DE RECEPTION D'UN ARRETE PREFECTORAL

Je soussigné (e) , x , certifie :

Avoir pris connaissance de l'arrêté préfectoral n° xxx portant maintien en soins psychiatriques en UHSA.

Avoir eu connaissance de mes droits prévus au Livre II du Code la santé publique. Titre 1^{er} : modalités de soins psychiatriques – Chapitre 1^{er} : droit des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques.

Date :

Signature :

Selon les dires du personnel de l'UHSA, la notification des arrêtés se fait le jour de l'entrée, au plus tard le lendemain.

Le retour du formulaire pour classement au dossier administratif est immédiat, les contrôleurs ayant observé que la notification des arrêtés des cinq patients admis pendant le temps de la visite était déjà classée.

3.6 La visite des autorités

La commission départementale de soins psychiatriques (CDSP) a visité l'UHSA, comme en atteste la mention portée sur le registre de la loi le 21 juin 2013.

Les chefs de juridiction du tribunal de grande instance et certains magistrats ont participé à l'inauguration de l'UHSA.

Il ressort des échanges avec les juges en charge de l'application des peines que le secteur judiciaire a été peu associé à l'accompagnement de la création de l'UHSA.

Toutefois depuis la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011, un comité de pilotage composé du juge des libertés et de la détention, du ministère public, du greffier en chef, du bâtonnier, d'un représentant de l'ARS et d'un représentant du pôle psychiatrique se réunit semestriellement. La prochaine réunion se tiendra le jeudi 20 mai 2014.

Le ministère public a contrôlé le registre de la loi le 31 janvier 2014.

4 LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

4.1 L'organisation pénitentiaire

4.1.1 Les effectifs

4.1.1.1 En journée

Comme décrit dans le § 2.2.9, le personnel pénitentiaire occupe en service de jour les postes suivants : PEP, sas véhicules, parloirs, intervention, escorte et poste fixe (chauffeur, vagemestre, téléphone, cantines).

La ventilation horaire adoptée localement dépend des pics d'activité recensés dans la journée, ce qui explique que l'on ne trouve par exemple que six surveillants à 7h30 (avec en sus trois gradés) mais dix à 14h (avec en sus l'officier, le major et deux premiers-surveillants).

Au maximum, en journée, l'équipe pénitentiaire (tous corps et grades confondus) s'élève donc à quatorze personnes, soit dix surveillants, deux premiers-surveillants, un major et un officier.

4.1.1.2 La nuit

Comme décrit dans le § 2.2.9, le personnel pénitentiaire occupe en service de nuit les postes suivants : PEP (un agent) et sécurité-intervention (deux agents, alternativement en repos).

Une poussette a lieu toutes les quatre heures entre les agents.

Ces agents sont encadrés par un premier-surveillant, de 19h à 7h le lendemain matin.

Ils procèdent, individuellement, à des rondes périmétriques régulières.

Une chambre de repos est prévue pour l'agent placé en piquet d'intervention, l'autre chambre restant réservée au gradé de nuit.

Ils demeurent à tout moment disponibles pour assurer la composition de l'escorte en cas d'extraction nocturne en urgence.

En général, le gradé de nuit reste dans la structure et n'accompagne pas l'équipe d'escorte.

Au sein de l'UHSA, ils s'ajoutent ainsi aux sept personnels médicaux (six soignants et un interne de garde) présents.

4.1.2 Les conduites sur les plateaux techniques

La conduite sur les plateaux techniques vise toute pathologie somatique hors urgence et se déroule systématiquement au CHRU de Lille, situé à une quinzaine de kilomètres.

Il n'y a donc pas de consultation somatique organisée au centre hospitalier de Seclin, installé à 400 mètres de l'UHSA, en dehors toutefois des cas d'urgence absolue lorsque le pronostic vital du patient est engagé.

Pour tout patient de l'UHSA conduit sur un plateau technique du CHRU de Lille, la composition de l'escorte est identique, à savoir : une ambulance avec deux soignants de l'UHSA et une escorte pénitentiaire composée, dans un véhicule Kangoo, d'un gradé chef d'escorte et de deux surveillants (voire sans gradé lorsque l'âge ou le profil de l'extrait ne le justifie pas, ce à la discrétion de l'officier responsable ou de son adjoint).

On observe généralement que, dans ce cadre et pour l'extraction de patients-détenus « libres », c'est-à-dire admis avec leur consentement à l'UHSA, les intéressés ne sont le plus souvent pas sanglés dans l'ambulance.

Lorsque la conduite sur un plateau technique débouche sur une hospitalisation, l'escorte pénitentiaire attend la prise en charge du patient escorté par la relève de la garde statique policière.

4.2 L'organisation des soins

Une réunion est organisée tous les quinze jours, sans date fixe et sans ordre du jour ni compte rendu transmis à l'ensemble des acteurs. Elle rassemble un ou deux gradés pénitentiaires, les trois cadres de santé et un agent de chaque unité. La psychiatre coordonnateur de l'UHSA n'y participe pas systématiquement.

Il a été rapporté aux contrôleurs que des difficultés patentées de communication entravaient la prise en charge des patients. Les soignants ont peur des patients et ont intégré la vision sécuritaire donnée au départ de la construction de l'UHSA, tandis que les médecins demeurent fixés sur le soin et la prise en charge psychiatrique des patients en ne tenant pas complètement du fait qu'ils sont aussi détenus.

Les soignants se sont plaints aux contrôleurs de l'interdiction posée au personnel médical d'entrer dans l'UHSA avec un ordinateur ou une clé USB.

Tous les entretiens sont menés par deux soignants.

Les contrôleurs ont constaté que dans les unités Garance et Majorelle les médecins et les soignants travaillaient dans deux optiques différentes avec des difficultés importantes de communication : sécurité d'abord pour les premiers, soins pour les seconds : ainsi une demande de fouille est faite par les soignants pour trouver des lames qui auraient été introduites malgré les fouilles effectuées par les agents pénitentiaires.

Il existe des réunions ayant trait au fonctionnement interne. La dernière s'est tenue le 23 avril 2014. Il n'existe ni ordre du jour, ni compte rendu de ces réunions. La date de la prochaine réunion n'est pas fixée.

Une réunion a eu lieu le 29 avril 2014 en présence des directions de la MA de Sequedin et du CHRU. Aucun compte rendu n'a été rédigé.

4.2.1 **Éléments communs aux trois unités**

Les dossiers médicaux ne sont pas informatisés.

Dans chaque unité, les patients sont répartis entre le praticien hospitalier et les internes⁸. Chaque patient a un médecin référent.

Les traitements sont distribués individuellement en chambre à 8h, 11h45, 18h et 22h, au poste infirmier à 16h et 20h.

Les transmissions ont lieu tous les matins de 9h à 9h30 en présence du psychiatre. Tous les entretiens menés par un psychiatre sont effectués en présence d'un infirmier ou d'un aide-soignant.

Les infirmiers réalisent des entretiens « informels ».

Il n'existe pas d'infirmier référent désigné pour la prise en charge de chaque patient.

Tous les patients sont enfermés dans leurs chambres de 20h à 8h.

Il semble que dans les unités Majorelle et Garance, l'introduction de **cannabis** soit devenue un problème majeur au sein des équipes soignantes. Les contrôleurs ont constaté qu'il existait une divergence d'appréhension de ce fait entre les infirmiers-aides-soignants et les médecins.

Les infirmiers paraissent se placer sur le versant sécuritaire de l'approche en demandant que l'administration pénitentiaire procède à davantage de fouilles à corps pour trouver les produits interdits tandis que les médecins souhaitent comprendre et analyser le comportement dans une perspective soignante.

Un infirmier ayant obtenu un le diplôme universitaire d'addictologie devrait rédiger un protocole ayant trait à la prise en charge des patients toxicomanes.

⁸ A l'unité Majorelle, le chef de clinique prend en charge également des patients.

Un « **conseil d'expression** » a été organisé dans chaque unité une demi-journée en février 2014. Il a rassemblé le personnel de chaque unité et l'assistante sociale qui exerce son activité dans les trois. Il avait pour objectif de permettre aux soignants d'exprimer leurs difficultés sur le fonctionnement de l'UHSA. Ces trois réunions n'ont pas fait l'objet d'un compte rendu. Il a été rapporté aux contrôleurs que les questions de sécurité étaient au premier plan des préoccupations des personnels soignants.

4.2.2 L'unité Majorelle

L'unité Majorelle comprend dix-huit lits dont deux dans des chambres sécurisées.

4.2.2.1 Les patients

Le 14 mai 2014, seize patients, de sexe masculin, admis en SPDRE, étaient présents.

La plus longue hospitalisation durait depuis décembre 2013.

Le patient le plus âgé avait 63 ans, le plus jeune, 19 ans.

Le 15 mai 2014, un patient admis en SPDRE en provenance de la MA d'Evreux était attendu dans l'unité. Il devait être placé dans la chambre sécurisée n°43, faute de chambre disponible.

La seconde chambre sécurisée n°60 était libre.

4.2.2.2 Le personnel

Le personnel médical affecté dans cette unité comprend :

- un psychiatre à temps plein ;
- le chef de clinique présent à mi-temps ;
- trois internes en psychiatrie.

Le personnel soignant comprend :

- un cadre de santé ;
- dix infirmiers dont six hommes ;
- dix aides-soignants dont huit hommes ;
- un psychologue.

Pour faire fonctionner l'unité il a été indiqué qu'il fallait deux infirmiers et deux aides-soignants le matin ainsi qu'un infirmier exerçant en journée et deux infirmiers et deux aides soignants l'après-midi. Au minimum, il peut arriver que trois soignants soient présents dont un infirmier.

4.2.2.3 Les locaux

La superficie de cette unité est de 617 m². Depuis le couloir central de l'établissement, on entre dans l'unité par un sas, couloir d'une surface de 20 m². A droite se trouvent les locaux techniques, les réserves de matériel, les pièces destinées au linge propre et au linge sale. A gauche, à côté d'un patio paysager d'une surface de 13 m² longeant le couloir, le bureau du cadre infirmier précède le local de pause du personnel ; en face, se trouve une pièce de 26 m² contenant les dossiers médicaux.

Le couloir est séparé de la zone d'hébergement des patients par une porte que les soignants viennent ouvrir.

Au centre de l'unité, un patio-fumoir (décrit *infra* au § 5.3.1.1) est entouré d'un couloir vitré. Il est suivi de la salle de soins à laquelle on accède par le bureau infirmier. Ce poste vitré, d'une surface de 29 m², permet la surveillance des circulations et de la grande salle centrale. La salle de soins contient un fauteuil de soins, la pharmacie et des rangements ; le bureau infirmier est bien équipé avec des tables, bureaux, rangements et placards adéquats. De l'autre côté, trois bureaux servent aux entretiens avec les patients.

La salle centrale dite « zone de vie » couvre une surface de 95,50 m², le sol est en PVC, six piliers soutiennent le plafond situé à une grande hauteur en partie centrale et percé de quatre puits de lumière. L'ensemble constitue un espace agréable et clair mais l'ambiance est quelque peu froide car les peintures sont blanches et grises. Le mobilier, en bon état, est composé de trois tables de 1,20 m sur 1 m, quatre tables d'1 m², dix-neuf chaises matelassées, treize fauteuils, sept poufs orange et un baby-foot. Dans un recoin de 25 m², une table de ping-pong et un meuble métallique comportant vingt-deux casiers sont installés.

Au fond de cette salle se trouve un patio paysager, entièrement vitré et entouré par un couloir, dont la partie supérieure est ouverte mais grillagée ; des graviers et des pierres, des panneaux de bois et quelques plantes constituent le décor.

La climatisation est installée dans les parties communes et dans le bureau infirmier. Le chauffage est assuré par le sol dans les hébergements, par le plafond dans les salles d'activités et par des radiateurs dans les bureaux.

Les chambres sont numérotées de 43 à 60. Elles sont réparties sur le pourtour de l'unité.

Douze chambres sont semblables avec une surface de 15 m². Les peintures sont blanches sauf sur le mur extérieur de couleur gris foncé. La fenêtre comprend une partie fixe de 1 m sur 1,10 m et une partie ouvrante de 0,10 m de large barreaudée.

Le mobilier est constitué d'un lit médicalisé, d'un fauteuil de couleur rouge à haut dossier, d'une chaise grise, d'une table de nuit avec un tiroir et une porte ; un meuble pour la télévision est fixé en hauteur derrière une protection en plastique, au-dessus d'un placard avec une porte, deux étagères et contenant un coffre personnel ouvrant avec un code. Une tablette triangulaire est fixée à ce placard. Un panneau d'affichage blanc (0,50 m sur 0,70 m) est fixé au mur. Un plafonnier central et une veilleuse au plafond assurent l'éclairage artificiel.



Chambre de patient

Le coin toilette est fermé par une porte équipée d'un loquet autorisant la fermeture intérieure ; il est entièrement carrelé, le sol est en ciment peint en gris, avec une douche à l'italienne. On y trouve un WC avec cuvette, un lavabo en coin, un miroir inséré dans le carrelage ; les mitigeurs fonctionnent correctement et la température de l'eau chaude est satisfaisante ; en revanche des problèmes fréquents de WC bouchés ont été signalés aux contrôleurs.



Coin sanitaire d'une chambre de patient

Deux chambres, meublées et décorées de la même façon, sont équipées pour les personnes à mobilité réduite (PMR) ; elles ont une surface de 20 m².

L'hébergement comprend également deux chambres sécurisées, de 21 m², et deux chambres d'isolement.

Lors de la visite des contrôleurs, la chambre n°50 était condamnée car le coffre et la fenêtre étaient cassés.

Dans l'angle de la salle centrale, au milieu des chambres, une salle de bains d'une surface de 18 m² est utilisée par les patients accompagnés des soignants ; on y trouve une grande baignoire fixée au centre de la pièce, un lavabo avec miroir, savon et papier essuie-mains, une table adaptable, trois patères, un placard avec penderie. L'ensemble est carrelé jusqu'à une hauteur de 1,75 m ; la fenêtre est équipée d'une vitre dépolie.

4.2.2.4 Le fonctionnement

Le personnel pour faire fonctionner l'unité est de deux infirmiers et deux aides-soignants le matin avec un infirmier travaillant en journée. Au minimum, le fonctionnement est assuré par trois soignants dont un infirmier.

Une réunion de synthèse est organisée tous les mardis matin.

4.2.3 L'unité Garance

L'unité Garance comprend dix-huit lits et deux chambres d'isolement. Le projet initial de cette unité était de fonctionner comme un centre d'accueil et de crise avec des séjours courts. Les contrôleurs ont constaté que le changement d'objectif n'avait pas encore été assimilé par certains soignants.

4.2.3.1 Les patients

Le 14 mai 2014, douze patients – huit hommes et quatre femmes – étaient présents. Ils étaient tous admis en soins libres.

La plus longue hospitalisation durait depuis quarante-huit jours ;

Le patient le plus âgé avait 51 ans, le plus jeune, 21 ans.

4.2.3.2 Le personnel

Le personnel médical affecté dans cette unité comprend :

- un psychiatre à temps plein ;
- un interne en médecine générale à mi-temps ;
- un interne en psychiatrie.

Le personnel soignant comprend :

- quatorze infirmiers dont onze hommes ;
- cinq aides-soignants dont trois hommes ;
- un psychologue exerçant son activité durant six demi-journées.

4.2.3.3 Les locaux

La superficie de cette unité est de 612 m².

Les chambres sont numérotées de 1 à 18.

Seize chambres d'une surface de 15 m² et deux chambres pour personnes à mobilité réduite de 20 m², sont identiques et conformes au descriptif des chambres de l'unité Majorelle. Deux chambres d'isolement sont décrites *infra* au § 7.3.

A quelques nuances près, de surfaces ou de répartition des pièces, le descriptif des locaux est semblable à celui de l'unité Majorelle.

4.2.3.4 Le fonctionnement

Les hommes en situation de crise, admis en soins libres, les femmes et les mineurs sont affectés dans un lit non dédié de l'unité Garance. Il n'existe pas de secteur réservé aux femmes ou aux adolescents.

Dans le projet initial, l'unité Garance devait fonctionner comme un « centre d'accueil et de crise » et il avait été prévu de réserver trois lits pour les femmes et trois, pour les mineurs. Cette organisation s'est révélée impossible à tenir, le nombre de femmes ou de mineurs à hospitaliser ne correspondant pas à cette anticipation.

Le critère d'admission des hommes dans cette unité est une situation de crise, notamment suicidaire. Ces patients sont affectés dans les chambres situées à proximité immédiate du poste de soins. Lorsque leur état s'améliore, ils sont transférés dans une autre chambre de l'unité ou dans l'unité Véronèse.

La proximité des hommes et des femmes pose inévitablement la question des relations sexuelles. Elles se déroulent dans les chambres ou dans des coins de l'unité. La question qui se pose est celle du consentement en raison de l'état de vulnérabilité des patientes.

Le livret d'accueil remis systématiquement à l'arrivée du patient n'évoque pas les relations sexuelles. Il y est seulement indiqué notamment : « pour le bon déroulement des séjours au sein des Unités, il est important que les patients adoptent un comportement correct envers l'équipe soignante et les autres patients. Aucune forme de violence physique et verbale n'est tolérée ».

Il a été rapporté aux contrôleurs que la semaine précédant leur visite, une relation a eu lieu entre un patient et une femme enceinte de six mois. Cette dernière a dit aux infirmiers qu'elle était demandeuse de cette relation sexuelle. Il a semblé aux contrôleurs que cet événement était davantage traité sur le plan des interdits que sur le plan thérapeutique.

Il n'existe pas de protocole ayant trait à la prise en charge des adolescents de moins de 18 ans. Il a été rapporté aux contrôleurs qu'un jeune homme de plus de 17 ans, admis à l'unité Garance en soins libres n'avait pas eu le droit de cantiner du tabac. Un substitut nicotinique lui a été prescrit. Cependant il a troqué tous ses biens (vêtements) pour obtenir du tabac. Deux jours avant sa sortie, après un séjour de six semaines, il ne possédait plus rien. Les soignants ont su quel patient avait en sa possession les vêtements et ont pu les récupérer sans difficulté. Le livret d'accueil n'interdit pas expressément le troc.

Lors de la visite initiale de l'unité le lundi 12 mai 2014, les contrôleurs ont constaté une vive tension au moment du dîner qui a limité la durée de leur passage dans cette unité.

Ils ont appris le mercredi 14 mai par le cadre de santé qui leur présentait son unité qu'« une rixe avait eu lieu au moment du dîner le lundi 12 mai entre deux patients. L'un s'était mis à dos tous les patients. Une erreur s'est produite sur le contenu du repas. J'ai tenté d'y remédier en trouvant une omelette dans une autre unité. Le patient a jeté son plateau. Deux patients se sont battus et ont été placés en chambre d'isolement ».

Ultérieurement, il a été indiqué aux contrôleurs que le premier patient – admis en soins libres – était calme mais a été mis en chambre d'isolement et que « l'autre patient avait été maîtrisé par un balayage qui l'avait jeté à terre ». Le patient concerné, rencontré par les contrôleurs a expliqué qu'il était très en colère contre son collègue et que le soignant avait bien fait de le maîtriser. En revanche il a indiqué qu'« un second infirmier l'avait mis à terre et roué de coups et qu'il avait entendu un os se casser ». Il indique que les soignants avaient enjoint leur collègue d'arrêter de le frapper.

Ce patient a alors été placé en chambre d'isolement « du fait de son agitation et de son comportement (habituel) auto-agressif, pour le protéger ». Il a également été placé en contention avec quatre sangles (poignets et chevilles) dont l'une, placée sur sa cheville blessée.

L'interne de garde, appelé immédiatement, est arrivé rapidement sur les lieux. Il a prescrit de mettre de la glace sur la cheville. Selon le patient, il n'aurait pas palpé la cheville. Il a desserré les sangles de contention fixées au poignet. Il a prescrit un antalgique et un somnifère. Le patient dit avoir souffert toute la nuit (8-9 sur l'échelle de la douleur qui va jusqu'à 10).

Le lendemain matin, le praticien hospitalier a constaté que le patient ne pouvait pas mettre son pied par terre et a diagnostiqué un problème de traumatologie. Le patient a été conduit aux urgences dans l'après-midi. Il s'agissait d'une fracture de la malléole externe. Un plâtre a été posé sur sa cheville pour une durée de six semaines.

Le patient, rencontré par les contrôleurs, a exprimé sa culpabilité pour avoir mobilisé tant d'agents. Il a indiqué qu'il ne souhaitait pas déposer plainte contre l'infirmier qui l'avait frappé. Il a ajouté : « je n'ai rien contre les soignants ».

Aucune réunion ne s'est tenue le mercredi 12 mai avec l'ensemble des acteurs, présents à l'UHSA : chef de pôle, cadre supérieur de santé du pôle, médecin coordonnateur, praticien hospitalier et cadre de santé de l'unité Garance.

Le Contrôleur général, prévenu des faits, a demandé à être tenu au courant des suites de l'enquête administrative.

Aucune information n'est parvenue à ce jour.

Une réunion de synthèse est organisée tous les jeudis de 9h30 à 14h, en présence de l'ensemble de l'équipe de l'unité. La situation de tous les patients y est évoquée.

Une réunion soignants/soignés est organisée le mercredi de 11h à 12h deux fois par mois. La dernière a eu lieu le 14 mai 2014.

Il existe une réunion soignants/soignants deux fois par mois, le mardi de 14h à 15h. La dernière a eu lieu le mardi 6 mai 2014.

Une réunion ayant trait aux activités thérapeutiques se tient le jeudi de 14h à 15h.

4.2.4 L'unité Véronèse

L'unité Véronèse comporte vingt-trois lits et une chambre sécurisée.

4.2.4.1 Les patients

Le 15 mai 2014, vingt-deux patients étaient présents dans l'unité Véronèse. Ils étaient tous en soins libres. Le plus âgé avait 68 ans, le plus jeune, 21 ans. La chambre sécurisée était inoccupée.

4.2.4.2 Le personnel

Le personnel médical affecté dans cette unité comprend :

- un psychiatre à temps plein, coordonnateur de l'UHSA ;
- un interne en médecine générale à mi-temps ;
- un interne en psychiatrie.

A partir du mois de juin 2014, un second praticien hospitalier devrait venir renforcer l'équipe de Véronèse.

Le personnel soignant comprend :

- un cadre de santé ;
- dix infirmiers dont sept hommes ;
- dix aides-soignants dont huit hommes ;
- un psychologue intervenant six demi-journées par semaine.

4.2.4.3 Les locaux

La superficie de cette unité est de 685 m².

Les chambres sont numérotées de 19 à 42.

Dix-huit chambres ont une surface de 15 m² ; trois chambres semblables disposent d'un aménagement un peu différent avec la tablette près de la fenêtre ; deux chambres d'une surface de 20 m² sont équipées pour les personnes à mobilité réduite.

Il existe une chambre d'isolement.

Les locaux correspondent à quelques nuances près à la description des locaux de l'unité Majorelle.

4.2.4.4 Le fonctionnement

Les patients admis dans l'unité proviennent soit directement en soins libres d'un établissement pénitentiaire, soit de l'unité Garance, soit de l'unité Majorelle en cas de levée de la mesure d'ASPDRE.

Une réunion de synthèse est organisée tous les mardis de 14h à 17h, en présence de l'ensemble de l'équipe médicale, de l'assistante sociale et du psychologue.

Une réunion soignants/soignés a lieu tous les mardis de 11h à 11h30. Elle est animée par le psychiatre référent de l'unité avec le psychologue ou le cadre de santé.

Une réunion soignants/soignants venait d'être mise en place lors de la visite. Elle est prévue tous les mois à 12h30. La prochaine était programmée le 21 mai 2014.

4.2.5 Les soins somatiques

Aucun médecin généraliste n'est attaché à l'UHSA.

Les soins somatiques sont assurés par les cinq internes en psychiatrie et l'interne en médecine générale.

Il faut noter que ces internes ont fait le choix de venir à l'UHSA pour apprendre et pratiquer la psychiatrie.

L'examen somatique d'admission pour les patients admis sur décision du représentant de l'Etat est effectué par l'interne de l'unité. Il demande systématiquement un bilan d'entrée comprenant des examens biologiques et un électrocardiogramme.

Aucun spécialiste du CHRU ne se déplace à l'UHSA.

Il a été indiqué aux contrôleurs que l'accès au plateau technique et aux consultations du CHRU était facile, du fait de l'appartenance de la structure à cet établissement de santé. En revanche, il existe toujours une inquiétude sur la mise en œuvre de la consultation ou l'examen programmé du fait du problème des escortes (cf. § 5.2.7.4).

Il n'existe plus de possibilité d'effectuer des soins dentaires : il a existé durant trois mois un montage permettant d'adresser les patients de l'UHSA au dentiste exerçant à la MA de Sequedin. Ensuite, les patients ont été adressés à la faculté de soins dentaires de Lille ; ce dispositif a été arrêté en raison du refus du CHRU.

Au moment de la visite des contrôleurs les soins dentaires n'étaient plus assurés. En cas d'urgence (abcès), le patient est adressé aux urgences du CHRU.

Il a été évoqué aux contrôleurs la difficulté de faire entrer au parloir des lentilles sur prescription médicale.

4.2.6 Les hospitalisations pour des soins somatiques

Les hospitalisations pour soins somatiques de plus de 48 heures se font à l'UHSA de Lille. Les patients devant être hospitalisés en urgence sont adressés soit aux urgences du CHRU où ils ne bénéficient pas d'un accès prioritaire soit à l'hôpital « SOS mains » (institut chirurgical de la main et du membre supérieur).

4.2.7 Le laboratoire

Les prélèvements sont effectués par les infirmiers des unités de soins. Ils les emportent à la porte de l'UHSA à 9h15 ; un coursier de la société *Biologic* assure le recueil des prélèvements à l'UHSA vers 9h40 et se rend ensuite dans des établissements de Sequedin et Annœullin pour les prélèvements réalisés par les unités sanitaires.

Selon les informations recueillies, il arrive que du fait de la durée d'acheminement au CHRU, les prélèvements ne peuvent plus être traités ; dans ce cas il faut à nouveau procéder à une prise de sang, ce qui peut s'avérer compliqué dans le cas de patients difficiles.

4.2.8 La pharmacie

La pharmacie de l'UHSA est totalement gérée par celle du CHRU.

Les commandes sont informatisées. Les livraisons de médicaments sont effectuées tous les mercredis. En cas d'urgence, un coursier peut apporter le médicament demandé par l'UHSA.

Selon les informations recueillies, il peut arriver qu'un médicament indispensable à la poursuite de la prise en charge ne soit pas livré en temps utile. Dans ce cas une fiche d'événement indésirable est rédigée.

4.2.9 Le comité de lutte contre la douleur

Il n'existe pas de « référent douleur » au sein de l'UHSA.

Cependant, à titre d'exemple, il a été rapporté aux contrôleurs qu'un patient hospitalisé dans l'unité de soins palliatifs du CHRU allait recevoir la visite de l'équipe mobile de ce service.

4.2.10 Le comité de lutte contre les infections nosocomiales

Il n'existe pas de référent hygiène au sein des unités de l'UHSA. Il a été indiqué aux contrôleurs que les cadres de l'UHSA travaillent en concertation avec les référents hygiène du CHRU.

4.2.11 Le comité d'éthique

Les praticiens de l'UHSA ne participent pas aux réunions du comité d'éthique auxquelles ils ne sont pas invités.

5 LA GESTION DE LA VIE QUOTIDIENNE

5.1 Le maintien des liens familiaux

5.1.1 Les visites

5.1.1.1 Les visites des familles

L'établissement d'origine des patients transmet les permis de visite avec les dossiers pénaux. L'arrivée des personnes détenues n'étant que rarement programmée, il est difficile d'anticiper pour que les permis de visite parviennent à l'UHSA assez rapidement. Les fiches GIDE, parfois absentes du dossier pénal, sont donc imprimées et transmises par télécopie après appel téléphonique du personnel pénitentiaire de l'UHSA, afin de faciliter les visites.

La prise de rendez-vous est effectuée par téléphone uniquement auprès du personnel de l'administration pénitentiaire, qui téléphone ensuite au service médical pour indiquer les rendez-vous pris.

Les visiteurs disposent d'un abri, petit bâtiment de 25 m² près du parking de stationnement des véhicules, sans porte et éclairé par des vitrages du sol au plafond sur deux côtés. Un banc de 5 m est fixé le long du mur du fond. Le sol est bitumé. Devant l'entrée de l'établissement une sorte de préau permet d'être abrité, mais aucun siège n'y est installé. Les visiteurs attendent à cet endroit pour être appelés, ce qui n'est pas possible dans l'abri près du parking.



Abri familles

Lors de la visite des contrôleurs une femme enceinte a dû attendre ainsi, debout durant une demi-heure.

Les visites peuvent avoir lieu du lundi au samedi, en quatre tours d'une durée d'une heure : 13 h à 14 h, 14 h 15 à 15 h 15, 15 h 30 à 16 h 30 et 16 h 45 à 17 h 45. Le nombre de visiteurs admis simultanément pour un patient est limité à deux adultes et un enfant.

Les visites sont enregistrées individuellement sur le logiciel GIDE et des listes de rendez-vous planifiés sont éditées.

Les visiteurs accèdent par la cour d'entrée principale dans une salle d'attente d'une surface de 15 m², équipée de trois bancs en bois de 2 m de long ; des sanitaires hommes et femmes conçus pour les personnes à mobilité réduite y sont installés.

Les patients arrivent par la rue centrale couverte dans un sas. A droite se trouve le local de fouille de 8,3 m², avec un tapis en caoutchouc, un banc de 1,50 m de long et deux patères. **Une fouille par palpation y est pratiquée à l'arrivée, et après le parloir, une fouille intégrale est de règle dans cet établissement.**

Les patients attendent ensuite dans une pièce à gauche, d'une surface de 8,20 m², équipée d'une chaise, où se trouve un local sanitaire (WC et lavabo avec savon et essuie-mains en papier).

Comme pour l'ensemble de ces locaux, il convient de souligner l'état parfait des sols, des murs, des peintures et la propreté qui y est maintenue.

Les parloirs sont constitués de six cabines cloisonnées avec oculus de 0,40 m sur 0,40 m. Des panneaux de matériau insonorisant sont fixés dans chaque pièce.

Cinq cabines ont une surface de 7,97 m². Elles sont meublées de trois chaises en matière plastique beige et d'une table beige également, de 0,60 m sur 0,70 m. Une de ces cabines est équipée d'un dispositif de séparation entre les visiteurs et le patient, constitué d'une cloison pleine en bas avec une tablette de chaque côté, surmontée d'une paroi vitrée sur toute la largeur de la pièce ; un interphone permet les échanges verbaux.

Une sixième cabine d'une surface de 11,35 m², est destinée aux personnes à mobilité réduite, elle dispose d'une fenêtre.

La sortie des familles est effectuée en passant par une salle d'attente d'une surface de 11,2 m², équipée de trois bancs.

Les patients à la fin du parloir, avant d'être fouillés, attendent dans une pièce d'une surface de 8 m², équipée de deux bancs en bois, l'un de 2 m de long et l'autre de 1,50 m.

Les contrôleurs ont pu constater que l'organisation des parloirs était appliquée avec une certaine souplesse compte tenu des pathologies et avec délicatesse vis-à-vis des familles.

Au mois d'avril 2014, vingt-neuf parloirs d'une heure ont été enregistrés.

5.1.1.2 Les autres visites

Une salle (12,5 m²) d'expertise médicale, équipée d'un lit d'examen, sert aussi de salle de visioconférence.

Deux cabines d'une surface de 6 m², bien éclairées par une fenêtre et un puits de lumière et précédées d'un sas d'attente, sont destinées aux entretiens avec les avocats. Ces rendez-vous peuvent être pris de 8 h à 12 h, du lundi au samedi. Ces boxes servent également pour les experts psychiatres, les policiers et pour une personne d'une association.

5.1.2 Le téléphone

Une cabine téléphonique, sans protection, est installée dans la salle commune de chaque unité.

Le système *SAGI*, en place dans tous les établissements pénitentiaires, y est en service. L'utilisation est autorisée de 10h à 12h, de 13h30 à 16h et de 16h30 à 18h. Ces créneaux ont été décidés conjointement par l'administration pénitentiaire et le service médical.

Les fiches *SAGI* arrivent de l'établissement d'origine au BGD (bureau de gestion de la détention) de la MA de Sequedin qui vérifie et adresse par télécopie une confirmation.

Il a été fait état de transmissions parfois défailtantes, malgré les relances effectuées par les agents de l'UHSA. Il est souvent nécessaire (pour environ 10 % des patients) de recommencer la procédure : autorisation du juge d'instruction pour les prévenus, contrôle et accord des interlocuteurs pour les condamnés.

Une fiche de liaison est établie pour le SPIP qui se charge de prévenir.

Contrairement aux usages des établissements pénitentiaires, aucun crédit n'est attribué à l'arrivée sur le système SAGI. La comptabilité de la MA de Sequedin reçoit la demande de provision remplie par le patient et le compte est crédité dans la journée selon l'argent disponible. La surveillante de l'UHSA effectue directement les manipulations et procède aux écoutes. Lors de la visite des contrôleurs aucun signalement n'était en place et les écoutes étaient aléatoires.

5.1.3 Le courrier

Le courrier des patients passe nécessairement par le vagemestre de la MA de Sequedin qui procède aux contrôles réglementaires.

Les quelques lettres qui arrivent ou qui sont expédiées sont prises en charge par la surveillante.

5.2 Les règles de vie

5.2.1 La cantine

La cantine est organisée avec celle de l'établissement de Sequedin. La société *Sodexo*, prestataire à qui cette fonction est déléguée à la MA de Sequedin, fournit les bons de cantine qui sont récupérés le lundi matin après que les personnes détenues les auront remplis.

Un bon de cantine unique est utilisé ; il ne concerne pas tous les produits disponibles à la maison d'arrêt, on y trouve trente-quatre produits :

- du tabac et des cigarettes (douze articles) ;
- dix articles d'hygiène et de toilette ;
- quatre articles pour la correspondance (papier, stylo, enveloppes et timbres) ;
- des biscuits et des bonbons (quatre articles) ;
- deux jeux « sudoku » ;
- deux magazines : *Planète foot* et *Géo*.

Le lieutenant emporte ces bons le lundi matin à la comptabilité de Sequedin qui les vérifie, les saisit et procède au blocage des fonds nécessaires.

Le service des cantines de *Sodexo* prépare les commandes pour le jeudi.

La surveillante de l'UHSA se rend à la MA de Sequedin le jeudi matin pour prendre livraison des cantines, qu'elle distribue l'après-midi même.

Il n'existe pas de cantine arrivant pour l'UHSA ; il en résulte un délai important pour recevoir des commandes quand la personne est admise en cours de semaine.

En cas d'absence de la surveillante, il a été indiqué aux contrôleurs que la livraison de la cantine était défectueuse.

5.2.2 L'interdiction de fumer

Les patients ont le droit de fumer dans leurs chambres entre 20 h et 8 h.

Le patio central de chaque unité est également un lieu où les patients peuvent fumer sans restriction, sauf aux heures de repas.

Les patients qui arrivent n'ont pas été prévenus de leur départ et n'ont pas eu connaissance de leur destination. Ils n'ont donc pas de tabac et la cantine n'est livrée que le jeudi. Les visiteurs ne sont pas autorisés à en apporter. Il en résulte des frustrations préjudiciables au soin et des trafics divers.

5.2.3 La restauration

La restauration pour l'UHSA est fournie dans le cadre d'une convention avec la cuisine centrale du centre hospitalier (CH) de Seclin, qui est voisin.

A l'arrivée des personnes détenues, les aversions sont recueillies par le personnel soignant qui les saisit et les transmet avec l'outil informatique « Winrest ». Quatre diététiciennes contrôlent l'alimentation au centre hospitalier.

Dans la journée, les aides-soignants transmettent les choix de repas des patients pour le soir et, en soirée, ils valident les repas du lendemain midi. Mais ces données sont adressées au CHRU de Lille qui transmet au CH de Seclin ; ces établissements ayant des fonctionnements différents, les transmissions ne sont pas parfaitement fiables, selon les propos recueillis par les contrôleurs. Les repas qui sont livrés ne correspondent pas toujours aux commandes passées.

Dans chaque unité, un office permet aux soignants de gérer la restauration. On y trouve une armoire servant de réserve sèche (goûters, petits déjeuners et atelier cuisine), un plan de travail avec des placards, un four à micro-ondes, un réfrigérateur, deux cafetières électriques, une machine pour préparer le lait et le chocolat, un évier sur un meuble de rangement, une machine à laver la vaisselle de type professionnelle, et un stock de packs d'eau de source.

Le petit déjeuner est servi entre 8h et 9h15 ; il comprend du café/chicorée, du chocolat, du lait, du thé, du beurre, de la confiture ; de la pâte à tartiner au chocolat et de la brioche sont ajoutés le dimanche. Le pain arrive le matin vers 7h, les soignants veillent à en limiter la consommation ; des biscottes sont également disponibles.

Un goûter – comprenant un fruit ou une compote, un yaourt, un gâteau et une boisson chaude – est servi dans l'après-midi. Deux bouteilles de 1,5 l d'eau de source sont fournies aux patients quotidiennement.

Selon le principe de la liaison froide, les repas arrivent en chariots chauffants entre 10h30 et 11h pour le déjeuner et entre 16h30 et 17h pour le dîner. Les chariots, programmés en cuisine centrale, sont branchés pour le réchauffage dans les offices. Les soignants enregistrent les températures avant et après le réchauffage et assurent la distribution en salle collective à 12h15 et à 18h30. Chaque patient reçoit un plateau avec un côté froid et un côté chaud, avec une étiquette mentionnant le prénom, l'initiale du nom, le numéro de chambre et l'unité. Les repas comprennent toujours une entrée, un plat composé d'une protéine, un féculent et un légume, et un ou deux desserts.

A titre d'exemple, le jeudi 15 mai 2014, le déjeuner comprenait : des poireaux et des tomates en entrée, du jambon cuit avec une sauce, des pommes de terre et des endives braisées, une poire cuite et un yaourt.

Les patients se déclarent satisfaits de la nourriture, qui est meilleure qu'en détention, et aucune réclamation n'est enregistrée.

5.2.4 Le nettoyage des locaux

5.2.5 Le linge

Le linge de service (alèses, couvre-lit, draps, bavoirs, chemises de nuit, pyjamas, draps de bain, taies, serviettes, gants, slips, maillots de corps, culottes, combinaisons femmes et vêtements du personnel) est fourni et entretenu par le CHRU de Lille. Les dotations sont adéquates et adaptables et les livraisons (lundi, mercredi et vendredi), effectuées par camion du CHR, satisfaisantes.

Les ASH disposent par ailleurs de deux machines à laver et de deux sèche-linge.

Le linge des patients est lavé et séché à la buanderie où l'on accède par le couloir conduisant à la cour-jardin entre les unités Véronèse et Majorelle. Les patients s'y rendent avec les soignants selon un planning établi. Trois machines à laver et trois sèche-linge y sont installés.

5.2.6 Le nettoyage des locaux

Les parties communes, les locaux administratifs des services médicaux et de l'administration pénitentiaire sont entretenus par les ASH du CHRU de Lille, à raison de onze heures hebdomadaires. Ceux-ci n'ont pas l'autorisation de pénétrer dans les chambres des patients.

Les chambres des patients sont nettoyées par les aides-soignants, voire par les infirmiers, avec les patients dans la mesure du possible.

Le CHRU fournit tout le matériel et les produits nécessaires.

Les contrôleurs ont constaté que l'ensemble des locaux était parfaitement entretenu et qu'une odeur agréable s'en dégageait.

5.2.7 La discipline

5.2.7.1 Les incidents

Ils peuvent se produire dans l'une des trois zones de la structure (pénitentiaire, médicale ou mixte).

Au sein de la **zone pénitentiaire**, deux espaces sont concernés par de possibles incidents disciplinaires : l'espace greffe-vestiaire et l'espace des parloirs.

Depuis l'ouverture de l'UHSA, en juin 2013, quatre incidents ont donné lieu à la rédaction de compte-rendu (CRI) : deux pour la découverte de substances prohibées lors de la fouille et deux pour des insultes et menaces envers des fonctionnaires pénitentiaires au parloir.

Dans l'hypothèse de la rédaction d'un compte-rendu d'incident (CRI) par un agent pénitentiaire, le gradé ou l'officier de l'UHSA procède à l'enquête disciplinaire mais la commission de discipline ne peut en aucun cas se tenir au sein de cette structure, dépourvue d'ailleurs de quartier disciplinaire.

La circulaire interministérielle du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA, en son paragraphe 2.6/ Fiche 5, dispose que la commission de discipline doit se tenir dans le délai d'un mois après les faits et au sein de l'établissement pénitentiaire où a été affecté le sortant de l'UHSA. Dans la négative, c'est-à-dire si le délai d'un mois est dépassé, la procédure devient caduque.

Les incidents au sein de l'UHSA n'empêchent cependant pas leur signalement (oral et écrit) au procureur de la République de Lille, au juge d'application des peines et à la direction interrégionale des services pénitentiaires de Lille, avec copie à la maison d'arrêt de Sequedin.

Reçu à ce sujet par les contrôleurs, l'officier responsable de l'UHSA a par ailleurs indiqué n'avoir eu à déplorer aucune agression par un patient-détenu sur un membre du personnel pénitentiaire, depuis l'ouverture en juin 2013, soit près d'un an.

La deuxième zone susceptible de rencontrer un incident est la **zone médicale**, c'est-à-dire l'une des trois zones d'hébergement et de soins des patients.

Tous les soignants sont détenteurs d'une alarme portative individuelle (API) remise par le surveillant-portier et numérotée.

Il y a sur l'API trois niveaux d'alarme :

- le niveau 1 (ou bouton P), qui consiste pour la personne ayant déclenché son API à demander de l'aide à un autre soignant de l'unité considérée ;
- le niveau 2 (ou bouton rouge), qui consiste à réclamer de l'aide de manière urgente aux soignants des deux autres unités. Cette alarme se répercute vers la porte d'entrée (PEP) et les trois caméras situées dans l'unité enregistrent les images et les diffusent simultanément aux surveillants de la PEP, sur leur écran de contrôle. Ces images seront conservées un mois avant leur écrasement.

Pour l'administration pénitentiaire, l'alerte de niveau 2 engendre un dispositif de pré-alerte, c'est-à-dire qu'une équipe de trois à six surveillants (selon la nature de l'incident et le nombre de présents au moment du déclenchement) s'équipe en tenues d'intervention (dans l'espace prévu dans le couloir de l'administration pénitentiaire), sur ordre de l'officier ou de son adjoint, prévenu par le portier grâce au *Motorola*[®]. Dans ce cas, pour permettre une rapidité d'intervention et une fluidité des mouvements, le portier peut déverrouiller l'effet de sas des grilles de la zone mixte centrale ;

- le niveau 3 correspond à l'arrachage du fil de l'API et réclame, compte tenu de la gravité de l'incident, une intervention immédiate du personnel pénitentiaire équipé (tenues pare-coups, casques de maintien de l'ordre, boucliers et menottes). Dans la mesure du possible, les soignants doivent d'abord enfermer les patients-détenus non concernés dans les chambres ou les salles de soins. Le temps d'intervention total (entre le déclenchement de l'API et l'intervention sur

zone) a été évalué entre deux minutes trente et quatre minutes, après exercices de simulation et situations réelles. Il convient en effet de franchir deux portes électriques, deux grilles électriques et une porte à ouverture manuelle (celle de l'unité) avant l'intervention elle-même. Dès que le patient est maîtrisé, le personnel hospitalier doit informer le gradé responsable de l'équipe d'intervention de la suite à donner (maintien pour injection, sanglage sur le lit de contention, etc.). Le gradé doit, après la gestion de l'incident, rédiger un compte-rendu professionnel (CRP) relatant les modalités de l'intervention, ainsi que l'imprimé-type relatif à l'usage de la force et des armes.

Lors de ces interventions au sein de la zone médicale, un CRI ne pourra être établi par le personnel pénitentiaire que s'il est témoin des faits.

Depuis juin 2013, dix-sept interventions de ce type ont été notées, dont la dernière le 12 mai 2014, pendant la visite des contrôleurs, en soirée.

Ainsi, une bagarre entre deux patients donnera lieu à une « fiche d'évènement indésirable » par le personnel hospitalier, transmis à sa hiérarchie, mais non à un compte-rendu d'incident.

La dernière **zone (dite mixte)** concernée par un éventuel incident reste le long couloir central de desserte des unités, des salles d'activité et des bureaux (cf. § 2.2.6.2), emprunté par les patients-détenus notamment pour se rendre aux parloirs, aux activités sportives ou à l'atelier de cuisine.

Sur cet espace, le droit demeure identique : un CRI n'est établi par le personnel pénitentiaire et ne donne lieu à poursuites disciplinaires que si les agents en ont eux-mêmes été les témoins directs.

5.2.7.2 Les demandes de prêt de main forte

Depuis l'ouverture de l'UHSA vingt demandes de prêt de main forte ont été faites aux services de police, soit pratiquement deux par mois.

En journée, l'officier responsable appelle la préfecture du Nord pour l'obtenir ; la nuit, une télécopie est envoyée à l'hôtel de police de Lille, avec copie des volets 1 et 5 de la fiche pénale du patient-détenu.

Systematiquement, l'officier réclame un prêt de main forte pour les personnes détenues relevant du niveau d'escorte 4 (DPS) et parfois, pour celles relevant du niveau 3, en fonction de leur dangerosité estimée.

Sur les vingt demandes recensées à ce jour, sept ont été accordées, uniquement pour le niveau 4 puisqu'un détenu particulièrement signalé (DPS) a séjourné à l'UHSA.

5.2.7.3 Les fouilles

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

Il a été rapporté aux contrôleurs que la pratique courante résidait dans des fouilles intégrales, sauf exception liée par exemple à l'âge ou à l'infirmité physique du patient.

Les fouilles de chambre demeurent par ailleurs également possibles, à l'initiative du responsable pénitentiaire de l'UHSA, qui en informe ensuite par mail la direction des soins psychiatriques du CHRU de Lille, dont dépend cette structure.

Ces fouilles peuvent aussi être opérées à la demande d'un cadre de santé local ou d'un médecin, transmise à l'officier pénitentiaire.

Des fouilles sectorielles (plusieurs chambres d'une unité, voire toutes les chambres si nécessaire) peuvent par ailleurs être organisées, soit à la demande d'un cadre de santé ou d'un médecin (cinq fois depuis l'ouverture), soit à la demande du responsable pénitentiaire de l'UHSA mais uniquement après l'accord du directeur des soins psychiatriques au CHRU de Lille.

Enfin, des fouilles à corps peuvent être entreprises lors de l'admission de la personne à l'UHSA ou après un parloir, ce qui est le cas « dans 90 % des cas » selon l'officier.

Les contrôleurs ont constaté que ces fouilles postérieures au parloir étaient tracées sur un cahier mais qu'en revanche, aucune décision individuelle de fouille (et *a fortiori* aucune notification aux intéressés) n'avait été en amont rendue par écrit, contrevenant ainsi aux dispositions de l'article 57 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 et à la jurisprudence administrative, cette décision faisant grief pouvant faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir devant le tribunal administratif de Lille.

5.2.7.4 Les moyens de contrainte

Les moyens de contrainte utilisés demeurent conformes aux quatre niveaux d'escorte prévus par l'état-major de la sécurité de la DAP.

L'officier responsable ne tient pas de statistique en la matière mais assure oralement que « majoritairement, ce sont des escortes de niveaux 2 qui sont organisées ».

Le menottage se fait par devant, avec l'emploi (rare) de la sangle abdominale.

Si le menottage s'avère impossible (par exemple, en cas de plâtre à un avant-bras), la pose d'entraves aux pieds sera employée.

L'officier assure par ailleurs faire preuve de discernement en n'hésitant pas à alléger le dispositif de contrainte pour les personnes détenues de niveau 1, en particulier les personnes âgées.

5.2.7.5 L'usage des armes par le personnel pénitentiaire

Le personnel pénitentiaire œuvrant en UHSA est armé, notamment pour les extractions hors les murs.

La direction interrégionale des services pénitentiaires de Lille délivre à chaque agent un port d'arme administratif qui découle d'une formation initiale de cinq semaines et d'un examen à l'issue, supervisé par l'équipe régionale d'intervention et de sécurité (ERIS).

Il s'agit ici de jauger les aptitudes physiques et mentales des postulants à l'UHSA.

Cette formation sera ensuite renouvelée chaque année durant une semaine et le port d'arme administratif sera renouvelé si les résultats sont convaincants.

L'armement se compose de fusils à pompe, de pistolets automatiques *Sig Sauer*[™], de grenades de dispersion, de bâtons télescopiques de défense, de bombes de gaz incapacitant.

Les agents pénitentiaires disposent en outre pour se protéger de gilets pare-balles lourds (pour les extractions de niveau 4) ou bien légers, sans plaques additionnelles.

Le pistolet électrique de type *Taser* n'est pas en dotation.

Trois séances de tir annuelles sont organisées au stand de tir de Lens (Pas-de-Calais).

L'armement sert *intra-muros*, pour les rondes diurnes et nocturnes dans le chemin de ronde et pour toutes les extractions *extra-muros*, quelle que soit la personne détenue extraite.

Lors de ces extractions, les surveillants mais aussi le gradé chef d'escorte sont armés avec le matériel suivant : bâton télescopique, pistolet *Sig Sauer*TM, menottes, gilet pare-balles et bombe incapacitante.

Circulant sur la voie publique, l'escorte est gouvernée par les textes juridiques applicables en la circonstance⁹.

Le cadre juridique général réglementant l'usage des armes à feu par le personnel pénitentiaire demeure celui de la légitime défense, c'est-à-dire qu'un agent ne pourra faire usage de son arme qu'à la condition que ce soit la seule possibilité pour lui de se défendre ou de défendre autrui contre un danger grave et immédiat.

L'agression doit donc être réelle, actuelle ou imminente ; la riposte, elle, doit se révéler nécessaire, concomitante et proportionnée.

Depuis l'ouverture de l'UHSA, il n'y a eu qu'un incident relatif aux armes à déplorer, à savoir un coup de feu dans le tube à sable du sas véhicules lors du déchargement de l'arme. L'agent a dû suivre un nouveau cycle de formation pour lui rappeler les règles à suivre en la matière.

Lors des retours d'extraction, l'escorte ne se démunit de son armement qu'à l'arrivée devant la zone du greffe-vestiaire.

5.3 Les activités

5.3.1 Les activités occupationnelles

5.3.1.1 La promenade

Les lieux de promenade sont constitués par deux cours-jardins d'une surface de 220 m², joliment agrémentées de bancs et tables en maçonnerie et d'espaces végétalisés, situées entre les bâtiments. Des tables de ping-pong en ciment y sont installées.

Ces cours-jardins sont en fait, peu utilisées. Une activité de jardinage a débuté sur une des cours mais l'interdiction par l'administration pénitentiaire du matériel nécessaire a découragé les soignants.

⁹ C'est-à-dire la circulaire du 12 décembre 2012 relative à l'usage de la force et des armes dans l'administration pénitentiaire, la circulaire du 18 mars 2011 relative au fonctionnement de l'UHSA et la note EMS/DAP du 3 novembre 2011 sur l'autorisation de port d'armes par le personnel pénitentiaire.

Par ailleurs il semble que l'usage a imposé la présence de deux soignants pour accompagner un patient dans cette cour-jardin, ce qui rend son utilisation difficile, faute d'un nombre suffisant de soignants.



Cour-jardin

Les patients utilisent beaucoup les cours-patios situés au centre des unités, notamment pour fumer. Ces espaces (41 m² à l'unité Majorelle ; 43,5 m² à Garance et 52 m² à Véronèse) au sein des unités sont ouverts à l'air libre mais fermés par un grillage. Le béton est nu et une évacuation d'eau centrale est installée. Le mobilier comprend deux bancs en bois à armature métallique, une poubelle avec un socle en maçonnerie, des cendriers et deux vasques rondes en matière plastique avec des plantes. Des briquets fixes avaient été installés, mais ils ont rapidement été détériorés.



Patio-fumoir

5.3.1.2 La bibliothèque

Il n'existe pas de bibliothèque à l'UHSA. Toutefois quelques livres ont été apportés par le personnel dans les unités, notamment à l'unité Garance. Il a été dit aux contrôleurs qu'un financement était attendu du SPIP et que la bibliothèque du CHRU avait été contactée.

Des abonnements sont souscrits pour les trois unités à *l'Equipe*, à *Télé Z* et à *Femme actuelle* pour l'unité Garance ; les médecins et soignants apportent des journaux : *Télé 7 jours*, *Science et vie*, *La voix du nord*.

5.3.1.3 Les autres activités

Des jeux de cartes et de société sont utilisés par les soignants dans les salles communes des unités. Ils pratiquent également le ping-pong et le baby-foot lorsque ces jeux sont en état de fonctionnement.

Les **activités sportives** se déroulent dans la salle de musculation ou sur le terrain extérieur qui se trouvent à proximité de l'unité Garance, de l'autre côté du couloir central.

La salle de musculation est agréable, claire et colorée, bien conçue et convenablement dotée. On y trouve deux bancs en bois, un vélo, un rameur, un sac de boxe, une machine biceps-triceps, des tapis, un des murs est couvert d'un grand miroir. Le sol est en partie revêtu de parquet et en partie de PVC adapté aux activités sportives.



Salle de musculation

Le terrain extérieur est revêtu de matière synthétique. Deux buts de handball, un panneau de basket-ball et les marquages au sol adéquats y sont installés. L'absence de moniteur de sport contraint les soignants à encadrer les activités et il n'est pas apparu aux contrôleurs que ces installations étaient utilisées autant qu'elles pourraient l'être.

Il n'existe pas d'enregistrement des utilisateurs de ces installations.

5.3.2 Les activités thérapeutiques

Les activités thérapeutiques sont menées uniquement par les soignants selon leurs disponibilités. L'établissement n'avait ni ergothérapeute, ni art-thérapeute lors de la visite des contrôleurs. Il leur a été dit qu'un art-thérapeute devait arriver en juin 2014.

A l'unité Véronèse, un infirmier psychiatrique vient en complément deux demi-journées par semaine, et un soignant sophrologue de la MA de Séquedin vient à l'unité Garance deux demi-journées par semaine ; une diététicienne vient une journée par semaine pour l'éducation alimentaire.

Des activités sont effectuées également par une socio-esthéticienne deux fois par semaine sur prescription médicale ; la gestion du stress est menée par les psychologues.

Une console Wii (jeux, danse...) est disponible pour les trois unités qui s'organisent pour l'utiliser.

Hormis pour les activités plutôt ludiques possibles dans les unités, les temps de médiation peuvent se dérouler dans les lieux suivants :

- la salle de balnéothérapie (20 m²) dans laquelle une grande baignoire rectangulaire avec des jets est installée en position centrale ; lors de la visite, cette baignoire n'était plus en état de fonctionnement depuis un mois ;
- la salle d'activités cuisine multi-activités (40 m²) dans laquelle sont installés un évier, des plaques de cuisson avec un four en-dessous, un meuble avec une hotte, un plan de travail sur lequel est posé un four à micro-ondes, un grand réfrigérateur avec partie congélateur ; le mobilier comprend une armoire, sept chaises et une grande table ; les ingrédients nécessaires sont achetés sur le budget de 50 euros attribué à chaque unité hebdomadairement pour les activités ; trois à cinq patients accompagnés de soignants confectionnent des mets ;
- la salle d'activités artistiques (40 m²) meublée de trois armoires, d'un meuble bas avec double évier, papier essuie-mains, savon et paille, de quatre grandes tables, de neuf chaises de belle qualité et de quatre fauteuils ; de la peinture et de la décoration y sont pratiquées ;
- les cours-jardins.

Malgré les efforts de certains soignants, les tentatives pour établir un planning d'utilisation des lieux ne sont pas couronnées de succès et les plannings que les contrôleurs ont pu consulter ne correspondaient pas rigoureusement à la pratique. Les soignants expliquent que les patients sont instables et que les soignants peuvent être mobilisés pour d'autres tâches. Avant de mettre en place une activité, ils appellent les autres unités pour vérifier la disponibilité des salles.

Ces activités ne font pas l'objet d'enregistrements, il ne peut donc être tenu de statistiques de fonctionnement dans ce domaine.

5.4 Le suivi social et d'insertion du patient

Il est assuré à la fois par un conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP) présent une demi-journée par semaine et par une assistante sociale affectée à 80 % à l'UHSA pour intervenir dans les trois unités.

Les contrôleurs n'ont pas pu rencontrer le CPIP.

L'assistante sociale a expliqué aux contrôleurs que les patients étaient en demande constante d'intervention ; elle estime recevoir entre soixante et quatre-vingts personnes mensuellement pour :

- vérifier l'effectivité de leurs droits sociaux et si besoin faire les démarches auprès de la sécurité sociale, des organismes de tutelle et les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ;
- aider les patients à rédiger les courriers à l'attention de leurs proches, des organismes sociaux, voire du bâtonnier ;
- préparer, en collaboration avec le SPIP leur sortie en recherchant les structures les mieux adaptées ;
- instruire les dossiers auprès de la MDPH.

Il est précisé aux contrôleurs que le travail social prépare la réinsertion des patients qui sont en demande de maintien ou de rapprochement des liens familiaux.

Il n'est pas rare que l'assistante sociale soit sollicitée pour des demandes d'information juridique.

Afin de maintenir un travail pluridisciplinaire, une réunion hebdomadaire est programmée à laquelle participe, pour chaque unité, le médecin, le soignant, un représentant du SPIP quand la synthèse porte sur un patient-détenu.

Les entretiens avec les patients se font en toute confidentialité dans un bureau de l'unité d'affectation du patient.

Il est fait remarquer qu'il n'existe aucun lieu de rencontre institutionnelle avec l'administration pénitentiaire.

5.5 L'aménagement des peines

Depuis l'ouverture de l'établissement et selon les propos recueillis auprès des magistrats de l'application des peines, une seule demande a été instruite et a abouti à un placement sous surveillance électronique (PSE).

Les magistrats s'interrogent sur le très faible nombre de requêtes en aménagement de peines qui leur parvient. Ils indiquent qu'ils envisagent d'organiser une réunion bilan avec le SPIP et les médecins référents ajoutant que cette initiative pourrait être intégrée en projet de service pour l'année à venir.

Dans le cas d'une levée d'écrou intervenant pendant la durée d'hospitalisation, le patient ne peut évidemment pas rester à l'UHSA. Il est en général transféré dans l'établissement de santé dont dépend son domicile.

5.6 L'accès aux droits

Les contrôleurs ont constaté qu'il était inexistant à l'UHSA.

Les informations juridiques sollicitées par les patients sont, autant que faire se peut, données par les cadres de santé, l'assistante sociale, voire le médecin.

Le tableau de l'ordre des avocats inscrits au barreau de Lille n'est pas affiché et un point d'accès au droit n'est pas organisé.

Toutefois, lorsqu'un patient-détenu fait une demande d'aide juridictionnelle par l'intermédiaire d'un courrier adressé au bâtonnier, le barreau est réactif et la désignation est faite rapidement.

5.6.1 Les avocats.

cf. § 5.6.

5.6.2 L'accès à l'exercice d'un culte

Les patients peuvent faire appel à l'aumônier de leur choix dans le cadre de la procédure d'accès au parloir.

Deux aumôniers catholiques et deux imams viennent ainsi à la demande, sans qu'il ait pu être précisé le nombre de visites recensées depuis l'ouverture de l'établissement.

Aucune demande n'a été enregistrée pour la visite d'un rabbin.

5.6.3 Le droit de vote.

Selon les informations recueillies, aucun patient n'a voté lors des élections municipales de mars 2013, seule élection, au jour de la visite, organisée depuis l'ouverture de l'établissement.

6 LE RETOUR VERS L'ETABLISSEMENT D'ORIGINE.

6.1 L'aspect médical

La fin du séjour à l'UHSA est décidée par chaque psychiatre responsable d'unité en fonction de l'état clinique du patient. Dès lors le retour à l'établissement d'origine est organisé. Si le patient avait été admis en SPDRE, le psychiatre demande la levée de cette mesure. Il a été indiqué aux contrôleurs que cette décision préfectorale était prise dans la journée.

Le patient est informé de cette décision par le psychiatre. Celui-ci envoie par télécopie le traitement du patient au psychiatre de l'établissement où se rend le patient. Il rédige un courrier de sortie en précisant les modalités du séjour, les différents traitements reçus, les difficultés éventuelles apparues durant le séjour, la possibilité de recourir prochainement à une nouvelle admission à l'UHSA... Il a été indiqué aux contrôleurs que ce courrier – remis à l'escorte dans une enveloppe scellée – s'égarait souvent.

Un courrier détaillé est dressé dans les quinze jours suivant la sortie au psychiatre prenant en charge le patient dans l'établissement pénitentiaire.

Le psychiatre prévient le secrétariat médical. Celui-ci prend contact avec le lieutenant responsable de la surveillance de l'UHSA qui fixe un jour par rapport au calendrier prévisionnel des escortes, s'il s'agit d'un patient admis en soins libres. Dans le cas d'un patient admis en SPDRE, l'escorte est prévue le jour où l'arrêté préfectoral lève la mesure de placement.

Il a été indiqué aux contrôleurs que le jour de cette sortie n'était pas indiqué au patient, pour des raisons de sécurité mais surtout par crainte d'une décompensation à l'annonce de cette décision. Les contrôleurs ont rencontré un patient à 10h pour lui proposer l'entretien qu'il avait demandé. Le patient, partant en activité sportive, a demandé le report de l'entretien à 11h45. Les contrôleurs ont demandé à voir le patient à 11h45. Il leur a été indiqué qu'il était parti dans son établissement pénitentiaire d'origine.

Selon les informations recueillies, des entretiens sont proposés aux personnes qui indiquent ne pas vouloir repartir dans leur établissement pénitentiaire d'origine, pour comprendre ces raisons et tenter de dénouer le problème. En cas de refus persistant, il est conseillé d'écrire au SPIP et à la direction interrégionale des services pénitentiaires (DI) pour argumenter le refus de retour.

Dans ce cas, le patient-détenu retourne dans l'établissement prévu ; de là, il refait une demande de transfert ou bien il peut demander à revenir à l'UHSA si son état est incompatible avec le maintien en détention.

Depuis l'ouverture de l'UHSA, il est arrivé à trois reprises que le psychiatre responsable prenne directement contact avec la DI afin d'organiser directement un transfert dans un autre établissement. Il s'agissait de situation où le patient avait déposé plainte contre un surveillant, dans un autre cas, le patient avait été sévèrement agressé par des personnes détenues.

Plusieurs patients rencontrés par les contrôleurs ont exprimé une vive inquiétude à l'idée de retourner dans leur établissement d'origine eu égard aux événements qui s'y sont déroulés et qui ont engendré un important traumatisme psychologique.

6.2 L'aspect pénitentiaire

Les modalités de retour vers l'établissement pénitentiaire d'origine obéissent aux principes généraux définis au chapitre 3.1.3, dont on peut retenir qu'elles se dispensent (sauf exception somatique) du transport en ambulance.

Ainsi, l'escorte se compose-t-elle uniquement d'un véhicule pénitentiaire de type Kangoo, avec un gradé chef d'escorte et deux surveillants à son bord.

En amont, le premier surveillant de l'UHSA aura veillé à accomplir les formalités suivantes :

- établissement de la fiche de levée d'écrou ;
- appel au greffe de la maison d'arrêt de Sequedin pour la préparation du TIE (transfert inter-établissement) vers l'établissement réceptionnaire ;
- prise de l'empreinte digitale (index gauche) et vérification, sur photographie, de l'identité de la personne ;
- vérification que l'ordre de transfert de la direction interrégionale est bien arrivé ;
- fouille à corps systématique de l'intéressé ;
- contrôle du packaging « sortant » (et remise aux soignants de tout objet dérobé ou acheté à un autre patient durant le séjour) ;

- remise de l'enveloppe fermée contenant le dossier médical de la personne au chef d'escorte.

7 LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

7.1 La procédure d'isolement

Il n'existe pas de procédure relative à la mise en chambre d'isolement.

L'UHSA utilise un « protocole de soins – conditions de recours à l'isolement ou à la contention – spécifique, non daté.

Il indique :

- « en cas d'insultes ou de menaces envers le personnel soignant : isolement en chambre pendant 1h30. Avant la sortie : avis médical
- en cas d'agitation le patient peut être mis en isolement et contenu par l'équipe soignante mais la décision doit être validée au niveau médical
- si le patient est agité à son entrée dans le service, il doit, être isolé et contenu jusqu'à l'examen médical et la conduite à tenir prescrite
- pour le transfert des patients : après recueil d'informations auprès des équipes médicales et soignantes des deux établissements concernés, la nécessité d'une contention est évaluée par le personnel soignant avant le transfert, elle peut être réévaluée si besoin ».

Il n'existe pas de registre permettant de retracer les mesures d'isolement.

7.2 La procédure de contention

Il existe une « fiche d'instruction » ayant trait aux « recommandations de bonne pratique de contention » pour l'ensemble des services du CHU datée du 18 mars 2008. Elle a été rédigée par un groupe de travail, vérifiée par un médecin et approuvée par le responsable du pôle et la coordinatrice générale des soins.

La fiche précise que « la contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient. La prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfique/risque pour le patient par l'équipe pluridisciplinaire. Une surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier du patient. Elle prévient des risques liés à l'immobilisation et prévoit notamment les soins d'hygiène, la nutrition, l'hydratation et l'accompagnement psychologique. [...] L'installation de la personne soignée préserve son intimité et sa dignité. [...] Une évaluation de l'état de santé du patient et des conséquences de la contention est réalisée et retranscrite dans le dossier du patient.

Les différentes contentions physiques sont indiquées dans le document avec leurs avantages, leurs inconvénients et les justifications de la contention.

Une fiche de surveillance spécifique de la contention doit être renseignée.

Le pôle de psychiatrie a rédigé une « procédure de la mise en place de la contention » datée du 22 juin 2003.

Elle reprend les conditions de la prescription : « prescription médicale d'emblée ou secondairement. Dans ce cas, la prescription doit être confirmée dans le quart d'heure qui suit ».

La procédure de contention comprend notamment l'information faite au patient par le médecin ou l'infirmier, des conditions de sécurité pour le patient et l'équipe soignante et la protection de l'environnement « pour éviter le caractère spectaculaire de l'intervention et prévenir une éventuelle contagion de la violence ».

« La surveillance de la contention est assurée par deux membres de l'équipe soignante toutes les trente minutes les trois premières heures puis toutes les heures en fonction de l'état d'agitation ».

Le document comporte une « fiche de surveillance de la contention ».

Il n'existe pas de registre permettant de retracer les mesures de contention.

7.3 Les chambres d'isolement

Dans l'unité Véronèse, il existe une **chambre « sécurisée »** numérotée 19, sans indication sur la porte. Il n'existe pas de sas avant d'entrer dans la chambre. La porte est munie d'une lucarne de 0,30 m sur 0,12 m occultable par un dispositif coulissant en bois.

L'équipement de la chambre comprend : un lit scellé au sol de 2,2 m sur 0,87 m, une chaise, une étagère d'angle, une table de chevet sur roulettes mesurant 0,40 m sur 0,40 m et 0,70 m de hauteur, une table adaptable pour les repas et un écran de télévision de 46 cm protégé par un dispositif en plexiglas.

La chambre est dotée d'un bouton d'appel situé à la tête du lit, d'une prise électrique accessible avec une clé, d'une fenêtre de 1,07 m sur 0,80 m donnant sur l'espace de promenade des patients et munie de volets électriques à commande extérieure. Selon les informations recueillies, elle est ouverte durant 45mn pendant le déjeuner.

Le patient dispose d'un local sanitaire, séparé de la chambre par un muret de 1 m de haut, carrelé sur toute sa hauteur. Ce local est équipé d'un lavabo en inox doté d'un bouton-poussoir, d'une poubelle et d'un WC en inox avec papier hygiénique et balayette. Les murs sont revêtus de carreaux blancs sur une hauteur de 2 m. Une porte donne accès au local de douche, dont les murs sont entièrement carrelés en blanc et bleu ; elle est éclairée par un plafonnier. Il s'agit d'une douche à l'italienne. La porte d'intervention est située dans cette pièce. Par ailleurs, une lucarne de 0,48 m sur 0,24 m donne sur le couloir de l'unité.

La chambre n'était pas occupée lors de la visite ; cinq sangles de contention étaient posées sur le lit préparé pour un patient avec des draps, un oreiller avec sa taie.

Dans l'unité Garance, il existe deux chambres d'isolement.

Dans l'unité Majorelle, il existe deux « chambres sécurisées » numérotées 43 et 60. La chambre n°43 a été attribuée à un patient, admis en SPDRE, arrivant de la maison d'arrêt d'Evreux, faute de chambre ordinaire disponible.

Durant la visite des contrôleurs, les deux chambres d'isolement de l'unité Véronèse ont été occupées la nuit du 12 au 13 mai 2014 par des patients admis en soins libres.

7.4 Le recours à la contention

La contention d'un patient dans sa chambre est réalisée en cas d'urgence, dans le cas où il n'y a pas de chambre d'isolement ou de chambre sécurisée disponible.

Durant la visite des contrôleurs, un patient admis en soins libres, a été placé en chambre d'isolement et en contention suite à une rixe entre deux patients. A la suite de l'intervention d'un soignant, il a été victime d'une fracture de la malléole externe, diagnostiquée le lendemain matin (cf. § 4.2.3.4).

7.5 Le recours à l'isolement

Il n'existe pas de registre permettant de retracer les mesures de placement en chambre d'isolement.

Il n'a pas été possible aux contrôleurs d'obtenir des données concernant les indications et l'utilisation des chambres d'isolement.

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

Les contrôleurs ont constaté la déficience des relations partenariales entre les médecins de l'UHSA et l'ensemble des personnels pénitentiaires. Ceci empêche de faire avancer les dossiers de fond concernant par exemple, le téléphone ou la cantine. Les difficultés au quotidien pour résoudre les petits problèmes de fonctionnement rencontrés par les patients sont résolues par les soignants avec les gradés et les surveillants de l'UHSA.

Par ailleurs les contrôleurs ont constaté une divergence de point de vue entre les psychiatres et les soignants concernant la prise en charge des patients-détenus qui crée un climat peu propice aux soins.

CONCLUSION

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

- Observation n° 1 : Les unités de soins portent des noms de couleur (vert Véronèse, rouge Garce, bleu Majorelle) mais l'ensemble de la structure donne une impression plutôt carcérale, grise et froide (cf. § 2.2.1 et 4.2.2.3)
- Observation n° 2 : Il est regrettable que la coordinatrice de l'UHSA n'ait pas pu se consacrer à temps plein à la préparation de l'ouverture de la structure, ce qui lui aurait permis notamment de rédiger les protocoles de soins (cf. § 2.2.2).
- Observation n° 3 : Contrairement à ce que les contrôleurs ont pu constater dans d'autres UHSA, il est regrettable que les soignants n'aient pas pu effectuer un stage en détention préalablement à leur affectation à l'UHSA (cf. § 2.2.2).
- Observation n° 4 : Les liens institutionnels entre les deux administrations (santé et justice) ne sont guère développés : il n'existe pas de convention locale relative à la création et au fonctionnement de l'UHSA et le comité de coordination santé-justice ne s'est pas réuni depuis l'ouverture de la structure (cf. § 2.2.2).
- Observation n° 5 : Il serait utile de signaler l'UHSA tant dans ses abords que sur le bâtiment lui-même (cf. § 2.2.5).
- Observation n° 6 : L'UHSA de Seclin, contrairement aux UHSA visitées par les contrôleurs a adopté un aspect « carcéral », ce qui ne correspond pas aux objectifs de la structure (cf. § 2.2.6, 2.2.6.2, 2.2.7).
- Observation n° 7 : Tant que la conception du soin ne sera pas harmonisée entre les psychiatres et les soignants, il sera difficile de recruter. Le soin doit s'imposer sur la sécurité (cf. § 2.2.7.1.A, 4 et 4.2.1)
- Observation n° 8 : Il n'est pas acceptable que les psychiatres de l'UHSA suppléent les difficultés du SMPR d'Annœullin. Il est indispensable de recruter des praticiens sur cette structure et de maintenir l'effectif à l'UHSA (cf. § 2.2.7.1.B)
- Observation n° 9 : La maintenance du bâtiment doit être assurée notamment par la mise en place des contrats de sous-traitance. De nombreux dysfonctionnements ont été évoqués : odeurs nauséabondes, WC bouchés... (cf. § 2.2.8, 4.2.2.3).
- Observation n° 10 : La direction interrégionale devrait mettre en place une procédure permettant de raccourcir les délais d'admission des patients ; par ailleurs elle ne devrait pas s'immiscer dans les décisions médicales d'admission des patients en soins libres (cf. § 3.1.1).
- Observation n° 11 : Il est intéressant de constater que la structure admet des patients en urgence en soins libres et en soins sur décision du représentant de l'Etat (cf. § 3.1.1.1 et 3.1.1.2).

Observation n° 12 : Le livret d'accueil contient beaucoup d'informations nécessaires à la vie quotidienne du patient, à sa prise en charge et à la loi du 5 juillet 2011. Il devrait mentionner la possibilité de saisir le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (cf. § 3.1.1.6).

Observation n° 13 : L'établissement devrait mettre en œuvre une procédure pour désigner la personne de confiance (cf. § 3.2.2).

Observation n° 14 : Contrairement à ce qui a été observé dans les autres UHSA, il est regrettable qu'il n'y ait pas eu de préparation antérieurement à l'ouverture de la structure sur la mise en œuvre des dispositions de la loi du 5 juillet 2001 (cf. § 3.4).

Observation n° 15 : Le registre de la loi est parfaitement tenu (cf. § 3.6).

Observation n° 16 : Pour faciliter le fonctionnement de la structure et harmoniser les pratiques, il serait indispensable de mettre en place des réunions régulières, d'en prévoir un ordre du jour et d'en rédiger un compte rendu disponible pour tout le personnel (cf. § 4.2 et 4.2.1).

Observation n° 17 : Les conditions d'hébergement des patients sont bonnes (cf. § 4.2.2.3)

Observation n° 18 : Le projet médical de l'unité Garance devrait être compris par les soignants de l'unité ; la mésentente entre médecins et infirmiers est préjudiciable à l'intérêt des patients. De même, la question de la sexualité devrait être traitée par les équipes dans une problématique thérapeutique et non disciplinaire (cf. § 4.2.3).

Observation n° 19 : La prise en charge des adolescents devrait faire l'objet d'un protocole spécifique (cf. § 4.2.3).

Observation n° 20 : L'établissement doit doter l'UHSA d'un temps de médecin généraliste (cf. § 4.2.5)

Observation n° 21 : Le CHRU doit mettre en place un dispositif permettant de prodiguer des soins dentaires aux patients de l'UHSA (cf. § 4.2.5)

Observation n° 22 : Il conviendrait de trouver une autre solution pour les prélèvements biologiques afin d'écourter le circuit du coursier et d'éviter d'avoir à nouveau à prélever les patients, (cf. § 4.2.7).

Observation n° 23 : Il serait nécessaire que l'UHSA soit dotée de correspondants « douleur » et « hygiène » (cf. § 4.2.9 et 4.2.10).

Observation n° 24 : Etant donné l'importance des questions éthiques qui se posent au sein de la structure, il serait indispensable que les praticiens de l'UHSA participent régulièrement au comité éthique du CHRU (cf. § 4.2.11).

Observation n° 25 : Le préau, dans lequel les familles attendant les parloirs, devrait être équipé d'un banc (cf. § 5.1.1.1).

Observation n° 26 : Il est inadmissible que des fouilles intégrales soient pratiquées systématiquement à l'issue de chaque parloir, sans notification individuelle. La pratique de ces fouilles apparaît très importante notamment lors des extractions (contrairement aux dispositions de l'article 57 de la loi pénitentiaire) (cf. § 5.1.1.1 et 5.2.7.3).

Observation n° 27 : Les parloirs sont organisée avec souplesse vis-à-vis des familles et en tenant compte de la pathologie des personnes détenues (cf. § 5.1.1.1).

Observation n° 28 : Il serait nécessaire d'assurer la confidentialité des communications téléphoniques (cf. § 5.1.2).

Observation n° 29 : Il serait indispensable que l'établissement d'origine adresse systématiquement les fiches de téléphone de la personne détenue avec le reste de son dossier afin d'éviter des délais inacceptables de reprise de contact téléphonique avec les proches (cf. § 5.1.2).

Observation n° 30 : La cantine de l'UHSA fonctionne bien mais elle repose sur une seule personne ce qui pose le problème de sa pérennité en cas d'absence du titulaire du poste ; par ailleurs il n'existe pas de cantine pour les arrivants ce qui pose des problèmes notamment pour le tabac (cf. § 3.2.1, 5.2.1 et 5.2.2)

Observation n° 31 : Il serait plus simple, pour éviter les erreurs, de passer les commandes des repas directement au CH de Seclin plutôt qu'au CHRU (cf. § 5.2.3).

Observation n° 32 : Contrairement aux autres UHSA visitées, l'usage des cours-jardins est apparu extrêmement limité du fait de préoccupations sécuritaires (cf. § 5.3.1.1).

Observation n° 33 : Il serait utile de mettre en place une bibliothèque au sein de l'UHSA (cf. § 5.3.1.2).

Observation n° 34 : L'UHSA est dotée de superbes installations sportives. Il est regrettable que les patients n'en profitent pas davantage ; il serait souhaitable de noter les activités sportives qui s'y déroulent et que les soignants puissent les animer (cf. § 5.3.1.3).

Observation n° 35 : Il serait nécessaire de recruter un ergothérapeute et un art-thérapeute pour animer les activités destinées aux patients (cf. § 5.3.2).

Observation n° 36 : Il serait nécessaire de remettre en état la salle de balnéothérapie (cf. § 5.3.2).

Observation n° 37 : Il serait indispensable (à l'instar de ce qui existe dans les services de psychiatrie) d'établir un planning des activités afin que soignants et patients puissent s'organiser et se repérer. Par ailleurs il serait utile d'enregistrer les activités réalisées (cf. § 5.3.2).

Observation n° 38 : Il serait indispensable d'instaurer des réunions régulières entre le SPIP et l'équipe soignante de l'UHSA (cf. § 5.4).

Observation n° 39 : Il serait utile de mener une réflexion sur le très faible nombre de requêtes en aménagements de peines concernant les patients de l'UHSA (cf. § 5)

Observation n° 40 : Il serait indispensable que les patients de l'UHSA aient accès aux droits : affichage du tableau des avocats inscrits au barreau de Lille, présence d'un point d'accès au droit, droit de vote... (cf. § 5.6).

Observation n° 41 : S'agissant du retour du patient-détenu vers un établissement pénitentiaire, il conviendrait d'abord de prendre toutes les garanties pour que son dossier médical soit acheminé en même temps que lui mais que surtout que son retour soit fait dans un établissement et dans des conditions qui tiennent compte des difficultés qui avaient donné lieu à son admission à l'UHSA, faute de quoi un retour serait nécessaire (cf. § 6.2).

Observation n° 42 : S'agissant de l'isolement il serait indispensable de rédiger une procédure de mise en chambre d'isolement et de mettre en place un registre assurant la traçabilité de ces mesures¹⁰ (cf. § 7.1). Il en va de même pour un registre retraçant les mesures de contention (cf. § 7.2).

Observation n° 43 : Il est surprenant que dans une structure neuve les chambres d'isolement ne soient pas dotées de sas (cf. § 7.3).

Observation n° 44 : Il est inadmissible que des patients admis en soins libres soient durablement placés dans des chambres d'isolement (cf. § 7.3).

Observation n° 45 : Même si les difficultés du quotidien sont résolues par les soignants avec les surveillants, il n'est pas envisageable dans une structure telle que l'UHSA, l'absence de relations institutionnalisées entre « le médical » et « la pénitentiaire » (cf. § 8).

Sommaire

1	Les conditions de la visite	2
2	Présentation du site hospitalier	3

2.1	Le centre hospitalier régional universitaire de Lille	3
2.2	L'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)	4
2.2.1	L'historique	4
2.2.2	La préparation de l'ouverture de l'UHSA.....	5
2.2.3	La compétence de l'UHSA.....	7
2.2.4	Les objectifs de l'UHSA	8
2.2.5	Accès à l'UHSA.....	9
2.2.6	Le bâtimentaire	9
2.2.7	La zone de soins et d'hébergement	14
2.2.8	La maintenance du bâtiment	16
2.2.9	Le personnel pénitentiaire.....	17
2.2.10	L'activité de l'UHSA.....	19
3	L'admission et l'accueil.....	21
3.1	L'admission	21
3.1.1	La procédure sanitaire d'admission.....	21
3.1.2	La procédure pénitentiaire d'admission.....	29
3.1.3	Le transport	31
3.2	L'accueil.....	34
3.2.1	L'accueil par les services pénitentiaires.....	34
3.2.2	L'accueil médical.....	35
3.3	Les reports et annulations d'hospitalisation	36
3.4	La mise en œuvre des dispositions de la loi du 5 juillet 2011	36
3.4.1	Les audiences avec le juge des libertés et de la détention.....	37
3.4.2	La notification de la décision	38
3.4.3	L'information sur les voies de recours	38
3.4.4	Le recueil des observations des patients.....	38
3.5	Les registres de la loi	39
3.6	La visite des autorités	42
4	La prise en charge des patients.....	42
4.1	L'organisation pénitentiaire.....	42
4.1.1	Les effectifs.....	42
4.1.2	Les conduites sur les plateaux techniques.....	43

4.2	L'organisation des soins	43
4.2.1	Eléments communs aux trois unités.....	44
4.2.2	L'unité Majorelle.....	45
4.2.3	L'unité Garance.....	49
4.2.4	L'unité Véronèse.....	51
4.2.5	Les soins somatiques.....	52
4.2.6	Les hospitalisations pour des soins somatiques.....	53
4.2.7	Le laboratoire.....	53
4.2.8	La pharmacie.....	53
4.2.9	Le comité de lutte contre la douleur.....	53
4.2.10	Le comité de lutte contre les infections nosocomiales.....	54
4.2.11	Le comité d'éthique.....	54
5	La gestion de la vie quotidienne	54
5.1	Le maintien des liens familiaux	54
5.1.1	Les visites.....	54
5.1.2	Le téléphone.....	56
5.1.3	Le courrier.....	57
5.2	Les règles de vie	57
5.2.1	La cantine.....	57
5.2.2	L'interdiction de fumer.....	58
5.2.3	La restauration.....	58
5.2.4	Le nettoyage des locaux.....	59
5.2.5	Le linge.....	59
5.2.6	Le nettoyage des locaux.....	59
5.2.7	La discipline.....	59
5.3	Les activités	63
5.3.1	Les activités occupationnelles.....	63
5.3.2	Les activités thérapeutiques.....	66
5.4	Le suivi social et d'insertion du patient	67
5.5	L'aménagement des peines	68
5.6	L'accès aux droits	68
5.6.1	Les avocats.....	69

5.6.2	L'accès à l'exercice d'un culte	69
5.6.3	Le droit de vote.....	69
6	Le retour vers l'établissement d'origine.....	69
6.1	L'aspect médical.....	69
6.2	L'aspect pénitentiaire.....	70
7	le recours à l'isolement et à la contention	71
7.1	La procédure d'isolement.....	71
7.2	La procédure de contention.....	71
7.3	Les chambres d'isolement	72
7.4	Le recours à la contention	73
7.5	Le recours à l'isolement.....	73
8	Les relations institutionnelles et professionnelles entre les équipes de soins et pénitentiaire	73