



Rapport de visite :

25 et 26 janvier 2016 – Deuxième visite

UNITE HOSPITALIERE

SPECIALEMENT AMENAGEE

PAUL GUIRAUD

VILLEJUIF (VAL-DE-MARNE)

SYNTHESE

L'UHSA du groupe hospitalier Paul Guiraud (GHPG) a fait l'objet d'une première visite par sept contrôleurs du 14 au 17 avril 2014, alors que seules ses unités 1 et 2 étaient en fonctionnement. La deuxième visite, les 25 et 26 janvier 2016, a été davantage axée sur l'appréciation d'un fonctionnement en plein régime, après l'ouverture de l'unité 3 en mai 2014, qui a porté le nombre de lits à 53, auxquels il faut ajouter sept lits techniques ou chambres d'apaisement. Au jour du contrôle, la file active était de 188 patients dont 17 femmes et 3 mineurs ; 39 personnes étaient hospitalisées dont 3 femmes

Le rapport de constat a été adressé au directeur du GHPG ainsi qu'au chef de la structure pénitentiaire ; seul le premier y a répondu, par courrier du 28 mars 2017.

Les observations effectuées lors de la première visite sont encore d'actualité mais certaines n'ont pas fait l'objet des corrections appelées.

Les locaux sont toujours dans un très bon état d'entretien et l'unité 3 offre des conditions matérielles de séjour agréables avec un accès possible des patients à une partie de leurs effets personnels conservés dans le mobilier de leur chambre.

La période d'observation n'a pas été modifiée depuis le contrôle de 2014. Comme cela avait été noté alors, **le patient reste toujours systématiquement placé en chambre d'isolement à son arrivée, alors que cette pratique ne devrait être justifiée que par son état clinique.** Cette période d'isolement peut durer 24 heures pour les patients admis en soins libres, alors qu'elle devrait, alors, entraîner un changement de statut.

En dehors des personnes détenues à Fresnes, Fleury-Mérogis ou Bois d'Arcy, les patients font souvent un passage, en application de l'article D.398 du code de procédure pénale, par leur hôpital de rattachement et leur transfert à l'UHSA se fait dans un second temps, une dizaine ou quinzaine de jours après la validation de la demande d'admission. L'articulation médico-administrative devrait être travaillée pour permettre à l'UHSA d'accueillir rapidement les situations cliniques urgentes sans contraindre le patient-détenu à une étape d'hospitalisation sur le secteur d'appartenance.

L'articulation entre les administrations hospitalière et pénitentiaire doit être fluidifiée pour améliorer le respect de la dignité des patients-détenus et de leurs droits : Le trousseau des effets pouvant être apportés pour le séjour à l'UHSA (tel que communiqué aux établissements pénitentiaires) doit être revu pour correspondre aux besoins réels et à la durée de l'hospitalisation. La liste des numéros de téléphone que le patient détenu est autorisé à appeler doit figurer dans le dossier qui l'accompagne à l'entrée à l'UHSA afin qu'il ne soit pas privé de ces accès à ses proches.

L'unité 3 est venue compléter le dispositif existant pour permettre de travailler l'autonomisation des détenus-patients avec comme perspective un retour à la vie en dehors de l'incarcération. L'absence de CPIP, le nombre restreint d'activités favorisant cette autonomie, la persistance dans cette unité d'un fonctionnement collectif permanent avec la présence constante de soignants ne favorisent pas ce gain en autonomie qui est pourtant le propre de l'unité. L'équipe médicale perçoit cette présence constante non comme une surveillance infantilissante mais comme une aide au progrès dans l'autonomie. Un doute persiste chez les contrôleurs quant à l'efficacité de la démarche, en vue d'une prise en charge ultérieure moins contrainte, telle que les patients sont en droit de l'attendre.

OBSERVATIONS

RECOMMANDATIONS

1. RECOMMANDATION 7

Le tableau de l'ordre des avocats du barreau de Créteil ainsi que l'adresse de son bâtonnier doivent être affichés dans les unités.

2. RECOMMANDATION 13

Le trousseau des effets pouvant être apportés pour le séjour à l'UHSA, tel que communiqué aux établissements pénitentiaires, doit être revu pour correspondre aux besoins réels des patients détenus et à la durée de leur hospitalisation.

3. RECOMMANDATION 14

La pratique d'un placement systématique en chambre d'isolement à l'arrivée des patients doit être revue : un tel placement ne peut se justifier que par l'état clinique du patient.

4. RECOMMANDATION 15

L'articulation médico-administrative devrait être travaillée pour permettre à l'UHSA d'accueillir rapidement les situations cliniques urgentes sans contraindre le patient-détenu à une étape d'hospitalisation sur le secteur d'appartenance en application de l'article D 398 du Code de procédure pénale.

5. RECOMMANDATION 19

Les patients sont en permanence sous le regard et le contrôle de soignants. Une telle organisation devrait être moins strictement appliquée en unité 3 afin de permettre un accès à une autonomie évaluée du patient.

6. RECOMMANDATION 20

Le mode d'accès au tabac est infantilisant. Il est regrettable que l'approche hygiéniste et/ou sécuritaire prenne le pas sur toute autre considération.

7. RECOMMANDATION 20

La durée de la période de jeûne entre le dîner et le petit déjeuner est d'au moins 14 heures. Les horaires des repas doivent être revus pour diminuer cette durée.

8. RECOMMANDATION 22

La liste des numéros de téléphone que le patient détenu est autorisé à appeler doit figurer dans le dossier qui l'accompagne à l'entrée à l'UHSA afin qu'il ne soit pas privé de ces accès à ses proches.

9. RECOMMANDATION 26

Un conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation doit être affecté à l'UHSA afin de permettre un travail approfondi et le suivi sur la situation des patients-détenus.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	3
SOMMAIRE	4
RAPPORT	5
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	6
2. PRESENTATION DE L'UHSA	7
2.1 Conditions d'ouverture et de fonctionnement.....	7
2.2 Les locaux	7
2.3 Le personnel hospitalier.....	7
2.4 La prise en charge pénitentiaire	10
2.5 L'évolution des patients	10
3. L'ADMISSION ET L'ACCUEIL.....	12
3.1 L'admission.....	12
3.2 La prise en charge des patients.....	14
3.3 La gestion de la vie quotidienne	19
3.4 Les liens avec l'extérieur	21
3.5 Les activités	23
3.6 La discipline	25
4. LA SORTIE	25
4.1 L'accompagnement socio-éducatif et l'aménagement des peines	25
4.2 Les formalités de départ	26

Rapport

Contrôleurs :

- Anne Lecourbe, cheffe de mission
- Catherine Bernard
- Cyrille Canetti
- Hubert Isnard
- Jean-Louis Senon.

En application de la loi du 30 octobre 2007 instituant le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite inopinée de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif, les 25 et 26 janvier 2016.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs se sont présentés à l'entrée de l'UHSA, située au sein du groupe hospitalier Paul Guiraud, 54 avenue de la République à Villejuif (Val-de-Marne), le lundi 25 janvier 2016 à 14h. Ils ont été reçus par le major, adjoint au capitaine responsable pénitentiaire de la structure. En l'absence du médecin chef de pôle, le praticien hospitalier assumant la responsabilité de l'UHSA a été avisé.

Une réunion de présentation s'est tenue, en présence du praticien hospitalier de l'unité 1 représentant la chef de pôle, du major pénitentiaire et de la cadre supérieure de pôle avec des membres de l'équipe infirmière.

Les contrôleurs ont expliqué que leur visite, proche d'une première visite du CGLPL effectuée en avril 2014, était motivée par l'ouverture de la troisième unité. Ils ont donc indiqué que leurs investigations qui avaient le caractère d'une visite complémentaire, porteraient plus précisément sur l'incidence de cette ouverture sur le fonctionnement global de l'UHSA.

Une rencontre a eu lieu le lendemain avec le directeur du groupe hospitalier Paul Guiraud, le même praticien hospitalier de l'unité 1 et la cadre supérieure de pôle.

Les contrôleurs ont pu circuler aisément au sein de l'établissement et s'entretenir librement tant avec les personnels qu'avec les personnes privées de liberté.

Le directeur de cabinet du préfet du Val-de-Marne, le président et le procureur de la République près le tribunal de grande instance de Créteil ont été informés de la visite.

Les contrôleurs ont quitté les lieux le mardi 26 janvier 2016 à 18h30 après une dernière réunion avec les responsables administratifs, hospitaliers et pénitentiaires rencontrés en début de visite.

Compte tenu des motifs de la visite, le rapport qui a été établi à sa suite ne reprend pas les descriptifs des locaux ou des procédures inchangées depuis 2014 - notamment ceux relatifs à l'application de la loi du 5 juillet 2011 - et qui ont été précisément décrits dans le rapport de visite qui en est résulté et auquel il convient de se reporter. Le présent rapport rend compte des éléments de la seconde visite complémentaire.

Le 13 décembre 2016, le rapport de constat a été adressé au directeur du groupe hospitalier Paul Guiraud et au capitaine, responsable de la structure pénitentiaire. Seul le premier a fait valoir, par courrier du 28 mars 2017, ses observations qui ont été prises en compte dans le présent rapport de visite.

2. PRESENTATION DE L'UHSA

L'UHSA est implantée au sein du groupe hospitalier Paul Guiraud, à Villejuif, dont les composantes et les missions sont identiques à celles décrites dans le rapport de 2014.

2.1 CONDITIONS D'OUVERTURE ET DE FONCTIONNEMENT

Les conditions administratives de fonctionnement de l'UHSA sont identiques à celles de 2014, à ceci près que la troisième unité prévue par la convention constitutive du 2 avril 2013 a ouvert en mai 2014. L'établissement a donc atteint, depuis cette date, sa capacité d'accueil prévisionnelle de soixante personnes. En pratique, l'effectif n'a jamais atteint ce niveau ; en réalité cinquante-trois lits sont actifs et sept lits sont dits « techniques » (chambres d'isolement et d'apaisement).

Les patients accueillis sont essentiellement placés sur décision du préfet (SDRE) en application de l'article D.398 du code de procédure pénale (86 %) alors que cette proportion est de 50 % dans les autres UHSA. Deux hypothèses non exclusives sont avancées en explication :

- une sélection des épisodes les plus critiques compte tenu du nombre de lits de l'UHSA pour une population de 14 000 personnes détenues, soit la même capacité que celle de Lyon (Rhône) pour un bassin de recrutement deux fois plus important ;
- un dispositif de soins de niveau 1 et 2 plus étoffé en Île-de-France avec une plus large palette d'offres alternatives, donc un moindre recours à une prise en charge en hospitalisation complète.

2.2 LES LOCAUX

Les locaux sont identiques à ceux décrits dans le précédent rapport, seule l'unité 3 étant désormais en fonctionnement.

Il a été plus particulièrement relevé qu'à l'unité 1, toutes les chambres peuvent être gérées comme des chambres d'isolement : elles sont dépourvues de mobilier, les contentions sur les lits – fixées au sol – sont possibles.

À l'unité 2, les patients n'ont pas accès au placard de leur chambre qui demeure fermé à clef.

L'une des deux cours de promenade est désormais équipée de deux bancs.

La salle de télévision et d'activité est fermée à clef quand les patients y sont, alors même qu'au moins deux soignants s'y tiennent toujours avec eux.

Ni le tableau de l'ordre des avocats du barreau de Créteil, ni l'adresse du bâtonnier ne sont affichés dans les unités.

Recommandation

Le tableau de l'ordre des avocats du barreau de Créteil ainsi que l'adresse de son bâtonnier doivent être affichés dans les unités.

2.3 LE PERSONNEL HOSPITALIER

L'UHSA a connu ces deux dernières années un renouvellement important de l'équipe infirmière qui s'est considérablement rajeunie. L'équipe antérieure avait pour partie été recrutée

sur l'hôpital de Villejuif avec un lien particulier avec l'unité pour malades difficiles (UMD), ce qui était un point sûrement positif pour les débuts de l'UHSA mais a pu être à l'origine d'une « culture UMD » au sein de l'UHSA, marquée par les impératifs sécuritaires. Bien qu'implantée sur un établissement public de santé mentale (EPSM) important, le nouveau recrutement a été difficile. Il a fallu faire la promotion de l'institution, notamment au niveau des salons infirmiers parisiens ou nationaux. Les nouveaux embauchés étaient pour la plupart des infirmiers diplômés d'état (IDE), sans formation spécifique à la psychiatrie et aucun n'avait d'expérience en psychiatrie légale ou pénitentiaire.

L'UHSA, après le recrutement de l'équipe actuelle, a dû mettre en place des modules de formation pour tous les recrutés. Une formation Oméga¹ a concerné un tiers des recrutés. Une formation interne se fait pour la psychopathologie avec pour spécificité les psychopathologies carcérales et les situations de crise auto et hétéro agressives. Ces formations, pour un module, impliquent l'administration pénitentiaire. Depuis quelques mois, se mettent en place des présentations de cas cliniques avec la chef de pôle et un projet d'analyse des pratiques est en cours avec des intervenants extérieurs.

Ces formations sont indispensables, les nouveaux recrutés conservant les représentations de la société qui stigmatisent les crimes de sang et sexuels. Les craintes des soignants restent, toutefois, assez présentes et se traduisent par la peur d'afficher son nom sur la blouse de l'hôpital par crainte des rétorsions, mais aussi, pour certains, par la crainte des rapports rapprochés soignants-soignés, ce qui limite les prises en charges infirmières, outre que le projet de soins n'a pas retenu le principe d'un infirmier référent. Ces problèmes sont abordés au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) avec notamment la demande de gilets pare-balles pour les ambulanciers, voire pour les IDE, notamment à l'occasion des transferts accompagnés. Les équipes de nuit restent encore assez inquiètes. Tout un travail de fond en formation est en cours pour rendre les équipes sécurisées.

2.3.1 Les effectifs médicaux

L'effectif médical comporte pour l'UHSA, outre le chef de pôle, 5 équivalents temps plein (ETP) seniors : 4 praticiens hospitaliers (PH), dont un responsable de service, et un assistant spécialiste. S'y ajoutent deux internes en psychiatrie qui assurent la médecine générale en attendant le recrutement d'un assistant généraliste.

Théoriquement, quatre PH travaillent sur la structure mais 3,5 ETP y sont affectés. Par ailleurs, un PH est en arrêt maladie (jusqu'en mars ou avril 2016) ; ce qui réduit à 2,5 ETP la présence effective actuelle de praticiens hospitaliers.

L'astreinte opérationnelle somatique de l'établissement intervient à l'UHSA.

Pour l'astreinte psychiatrique, l'interne de garde sur l'ensemble de l'hôpital intervient à la demande avec un PH du pôle (service médico psychologique régional – SMPR - et UHSA) en astreinte téléphonique susceptible de se déplacer.

L'organisation actuelle prévoit l'intervention d'un PH dans l'unité 1 comme dans l'unité 2, l'assistant assure la couverture médicale de l'unité 3 alors que le fonctionnement optimal prévoit la répartition médicale avec deux PH sur l'unité 1, un PH et 0,5 ETP d'assistant sur chacune des unités 2 et 3.

¹ Gestion et prévention de situations de violence et d'agressivité.

2.3.2 Les effectifs paramédicaux

L'effectif complet est placé sous la responsabilité d'un cadre supérieur de santé. Il est constitué de :

- 0,50 ETP de cadre supérieur de santé (partagé avec le SMPR de Fresnes) ;
- 3 ETP de cadres de santé (actuellement, un vacant) ;
- 60 ETP d'infirmiers (+ 20 ETP depuis 2014) ;
- 24 ETP d'aides-soignants (+ 8 ETP) ;
- 13 ETP d'agent des services hospitaliers (+ 5 ETP) ;
- 2 ETP d'ergothérapeutes (soit + 0,5 ETP) ;
- 1 ETP de psychomotricien ;
- 2 ETP de psychologues (assurés par trois psychologues) ;
- 1,5 ETP d'assistant social (soit + 0,5 ETP) mais en pratique seulement 1,4 ETP ;
- 2 ETP d'ambulanciers ;
- 2 ETP de secrétaires.

Les équipes soignantes travaillent en services de 12 heures : trois soignants présents dans l'unité à 7h et l'effectif est à cinq après l'arrivée de deux soignants à 8h.

Trois soignants sont présents par unité la nuit ; sur cet effectif de neuf, deux peuvent être détachés pour assurer un transfert en urgence.

Aux quinze soignants ainsi présents dans la journée dans les trois unités sont adjoints deux autres soignants pour assurer les transferts des patients ; ces derniers renforcent l'un l'unité 1 et l'autre l'unité 2 en l'absence de transfert.

Les équipes de chaque unité fonctionnent de façon autonome.

Le travail en 12 heures qui est apprécié des professionnels, a des répercussions sur la vie quotidienne des patients et en particulier le temps passé en chambre ainsi que la durée du jeûne nocturne (cf. & 3.3.3).

La diététicienne de l'établissement hospitalier intervient en tant que de besoin en particulier pour la mise en place de régime.

L'équipe de liaison et de soins en addictologie peut également intervenir.

2.3.3 L'organisation

Toutes les admissions passent par l'unité 1 (U1), unité d'accueil et de crise : évaluation et prise en charge de l'état aigu y compris pour les patients réadmis. La durée du séjour en U1 est assez courte ; elle peut aller de 48 ou 72 heures à 3 ou 4 semaines. Au moment du contrôle, les pathologies accueillies étaient essentiellement des psychoses schizophréniques décompensées en partie sur des personnalités pathologiques pour 90 %, et 10 % de crises clastiques violentes sur des personnalités antisociales.

Au terme du séjour en U1, la plus grande partie des patients poursuit les soins en unité 2 (U2). La décision de passage de l'U1 à l'U2 est prise à la réunion de synthèse du lundi après-midi. Les objectifs sont de développer l'adhésion aux soins et d'acquérir le « vivre ensemble » en apprenant à limiter l'agressivité, l'hostilité, l'impulsivité et en facilitant la vie en groupe. Cela se traduit sur le plan institutionnel par le passage des repas en chambre aux repas collectifs en

réfectoire. A ce stade, l'unité 2 accueille hommes, femmes (10 %) et enfants (4 à 5 mineurs), sans problèmes, d'après l'équipe soignante.

La présence soignante est constante auprès des patients avec toujours deux soignants au minimum en présence d'un patient ou plus en salle ou dans la cour.

Il est impossible d'aller dans la cour avec un soignant pour un patient particulier souhaitant un peu de calme ; en pareil cas, tous les patients doivent aller dans la cour pour ne pas contraindre le maintien de deux soignants dans la salle (un monsieur un peu âgé a été obligé de descendre dans la cour dans un tel contexte).

2.3.4 Les réunions institutionnelles

Une réunion médicale a lieu tous les matins ; elle concerne les trois unités. Elle est suivie d'une rencontre avec le major pénitentiaire centrée sur les mouvements de la journée et les incidents qu'ont pu connaître les deux équipes.

Dans sa réponse en date du 28 mars 2017, le directeur du GHPG précise que les cadres et le secrétariat participent à cette réunion qui « *concerne l'analyse de l'ensemble des demandes d'admission des patients à l'UHSA, l'ensemble des sorties prévues et des mouvements de patients concernant notamment les soins hors de l'UHSA (spécialités médicales) et l'accompagnement des patients devant les juridictions (JLD, JI, TGI etc.) ainsi que les mouvements inter unités* ».

Les réunions cliniques hebdomadaires sont propres à chaque unité en présence du chef de pôle et du cadre supérieur de santé : pour l'unité 1 le lundi de 14h à 15h, pour l'unité 2 le mercredi de 14h à 16h et pour l'unité 3 le vendredi de 14h à 16h.

Une réunion plénière est prévue chaque trimestre à partir de 2016. La supervision est en attente de recrutement d'un intervenant extérieur.

En pratique, il n'y a que très peu de temps de travail commun aux trois unités.

Dans sa réponse, le directeur du GHPG souhaite que soit mentionné que « *en pratique, l'état des trois unités est évoqué chaque jour avec l'ensemble des médecins et l'encadrement paramédical* ».

2.4 LA PRISE EN CHARGE PENITENTIAIRE

Les éléments relatifs au fonctionnement pénitentiaire, notamment l'accueil et la prise en charge, portés dans le rapport issu de la visite de 2014 sont toujours pertinents.

L'officier, chef de l'UHSA, tient cependant à préciser qu'il n'a pas le sentiment que les « bleus » (personnels pénitentiaires) et les « blancs » (personnels soignants) s'évitent. Il en veut pour preuve qu'ils partagent le même local de détente. Néanmoins, dans ce local, les réfrigérateurs étaient bien séparés et chacun fermé à clef.

Dans sa réponse, le directeur du GHPG conteste ce constat affirmant que qu'il n'y a qu'un réfrigérateur, non fermé à clef et donc totalement partagé par les équipes pénitentiaires et soignantes.

2.5 L'EVOLUTION DES PATIENTS

L'UHSA a ouvert le 24 avril 2013 avec cinq lits.

En 2013, la file active est de soixante-dix-sept patients dont dix femmes et un mineur. Quatre de ces patients ont été hospitalisés une deuxième fois. La répartition de ces patients en fonction de leur statut est de soixante-dix-sept patients en SDRE et quatorze en soins libres.

La durée de séjour est de 45,10 jours, proche de celle des autres UHSA.

Sept levées d'écrou ont eu lieu pendant l'année. Elles correspondent à quatre fins de peine, deux sorties avec poursuite des soins en SDRE et une sortie au titre de l'article 122.1 du code pénal.

En 2014, l'UHSA comptait deux unités de décembre 2013 à avril 2014 puis 3 unités à partir de cette date portant le nombre de lits à 53 auxquels il faut ajouter 7 lits techniques ou chambres d'apaisement.

La file active était de 188 patients dont 17 femmes et 3 mineurs. La durée moyenne de séjour (DMS) a été de 64,34 jours.

L'origine des patients adressés à l'UHSA est décrite dans le tableau ci-dessous :

Établissement pénitentiaire d'origine	Nombre de patients adressés à l'UHSA	
	2013	2014
CP de Fresnes (94)	23	35
EPSNF (94)		4
CP de Fleury-Merogis (91)	13	31
MA de Nanterre (92)		9
MA de Villepinte (93)	5	
MA d'Osny (95)	4	10
MA de Bois d'Arcy (78)	15	26
MAF Versailles (78)	2	2
MC de Poissy (78)	2	9
MA de Meaux (77)	3	13
CP de Réau (77)	2	15
CD de Melun (77)	1	4
MA de La Santé (75)	1	4
UHSI		1
Total	81	166

Les données d'activités hospitalières			
Source DIM	2013	2014	2015
File active	77	188	153
dont femmes	10	17	

dont mineurs	1	3	
entrées	81	168	154
DMS ² en jours	45,10	64,34	

D'après l'un des médecins rencontrés lors du contrôle, la très grande majorité des patients, de l'ordre de 90 %, présente une psychose (schizophrénie, paranoïa) et les 5 à 10 % restant présentent des « débordements psychopathiques ».

3. L'ADMISSION ET L'ACCUEIL

3.1 L'ADMISSION

3.1.1 Les aspects sanitaires et administratifs

Ainsi que décrit dans le rapport de 2014, lors d'une demande d'admission, un PH de l'UHSA « établit avec son homologue demandeur un consulting téléphonique destiné à compléter les informations médicales et judiciaires et vérifier l'indication d'un accueil en UHSA. »

Les demandes d'admission à l'UHSA sont adressées sur la base d'un formulaire spécifique. Elles sont examinées au cours du *staff* matinal ; un accord médical formel est ensuite adressé à l'unité sanitaire de l'établissement pénitentiaire d'origine et, le cas échéant, au service hospitalier d'origine. Sont joints à l'envoi un modèle en vue de la rédaction d'un certificat pour le transfert du patient ainsi que deux fiches à compléter avec des informations médicales somatiques et psychiatriques.

L'accord médical est ensuite envoyé par télécopie à la délégation territoriale du Val-de-Marne de l'agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France, au greffe de l'UHSA et à l'administration de l'hôpital. Un engagement de reprise du patient doit être pris par l'hôpital de référence de l'établissement pénitentiaire concerné.

C'est le bureau des admissions de l'hôpital qui gère le suivi par le juge de la liberté et de la détention (JLD). Le médecin précise dans les certificats médicaux si le patient est « auditionnable » ou non.

3.1.2 Les aspects pénitentiaires

a) Le transport est organisé avec deux véhicules :

Dans l'ambulance, l'ambulancier de l'hôpital, un infirmier et un aide-soignant accompagnent le patient qui est attaché ;

Dans le véhicule de l'administration pénitentiaire prennent place un surveillant comme conducteur, un gradé et d'autres surveillants en fonction de la situation. L'équipe est renforcée pour le transfert d'une personne détenue particulièrement surveillée ; elle se compose alors de trois surveillants et un gradé. Selon la dangerosité de la personne, il peut être fait appel à une escorte de gendarmerie ou des équipes régionales d'intervention et de sécurité (ERIS).

² DMS durée moyenne de séjour.

b) L'accueil à la porte de l'UHSA

Les formalités sont les mêmes que celles notées lors du contrôle de 2014. L'ambulance pénètre seule dans le sas de l'UHSA. La personne malade descend du véhicule, accompagnée par l'équipe de soins, en présence du surveillant de la porte et du premier surveillant chargé des formalités d'accueil.

c) Les formalités d'écrou

Comme noté lors du contrôle de 2014, la phase d'accueil se fait en présence du personnel hospitalier. Le patient détenu est conduit dans la zone administrative, dans un local proche du greffe. Les contraintes lui sont enlevées. Aucune fouille intégrale n'est pratiquée à l'admission à l'UHSA, celle-ci ayant été faite au départ de l'établissement d'origine. Les formalités de greffe sont faites sous la responsabilité du premier surveillant chargé de l'accueil. La personne signe sa décision d'affectation si son état clinique le permet. Une photo est prise, de même que les empreintes. Dans le certificat de transfert, figurent le relevé des effets personnels, les valeurs et bijoux. Ce document est établi en trois exemplaires dont l'un est remis à la personne transférée.

Il n'y a pas d'entretien formalisé d'accueil ni avec un personnel de surveillance ni avec un conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation. Le capitaine reçoit les personnes détenues qui en font la demande et donne les explications ou précise les conditions dans lesquelles une demande doit être formulée.

La « fiche de liaison pénitentiaire » qui regroupe les informations sur la situation pénale, les titulaires du droit de visite, les numéros de téléphone autorisés, est transmise au secrétariat médical de l'UHSA et à l'assistante sociale.

Le patient détenu arrive avec un trousseau conforme à une liste, envoyée par le greffe, limitative non seulement en type d'objets mais aussi en quantité de vêtements qui peuvent être insuffisants : par exemple la liste ne prévoit que deux pantalons ; ce qui ne correspond manifestement pas aux besoins pour les personnes faisant des séjours longs ou au moment des changements de saison.

D'après certains interlocuteurs, cette limite résulte d'un manque d'espace de rangement dans les unités de soins ; pourtant, un éventuel stockage serait possible à la bagagerie permettant une rotation du linge.

Recommandation

Le trousseau des effets pouvant être apportés pour le séjour à l'UHSA, tel que communiqué aux établissements pénitentiaires, doit être revu pour correspondre aux besoins réels des patients détenus et à la durée de leur hospitalisation.

d) La remise à l'équipe hospitalière

L'accueil soignant se fait dans l'unité 1. Les soignants ayant fait le transfert passent le relais à l'équipe de l'unité 1. L'accueil est fait par le psychiatre de l'unité accompagné de deux infirmiers et d'un aide-soignant.

3.1.3 L'accueil médical

Le médecin va procéder au premier examen médical du patient au plus tard dans l'heure suivant son arrivée, en présence d'un infirmier ; ceci s'inscrit dans la première phase d'évaluation

et de la prise en charge de l'état aigu. Le psychiatre dispose des éléments fournis par le praticien ayant fait la demande d'admission et du dossier médical du patient. Il dispose aussi des éléments apportés par l'équipe soignante qui a fait le transfert. La clinique du patient est soigneusement repérée, de même que l'histoire de l'épisode récent et des troubles du patient. Les antécédents sont relevés, notamment pour ce qui concerne les hospitalisations antérieures en particulier en soins sans consentement, que ce soit au décours de l'actuelle détention ou avant celle-ci. D'après l'équipe, les patients ont très souvent des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie. Sont aussi notés les prises en charge et traitements réalisés au décours de l'actuelle détention : très souvent le patient a été suivi en consultation de liaison en détention ou par le SMPR et c'est l'échec de ces prises en charge qui a été à l'origine de la demande d'admission à l'UHSA. Pour une partie des patients, la personne est connue du pôle, ayant été suivie par l'équipe du SMPR de Fresnes. Le psychiatre met en place une conduite à tenir qui est expliquée au patient, notamment son isolement initial, systématique quel que soit son état clinique et l'observation des premiers jours, si sa pathologie le permet. Le traitement est présenté et expliqué au patient. Si son état le permet, le livret d'admission est remis au patient. L'examen somatique a lieu le jour même.

Recommandation

La pratique d'un placement systématique en chambre d'isolement à l'arrivée des patients doit être revue : un tel placement ne peut se justifier que par l'état clinique du patient.

Une assistante sociale rencontre tous les arrivants (cf. § 4.1) et leur propose toujours de joindre leur famille ; ainsi elle informe les proches, notamment, du changement d'écrou, de l'adresse du lieu d'hospitalisation pour les visites ainsi que des modalités de prise de rendez-vous quand elles sont autorisées ; pour le courrier, l'adresse est celle de la prison de Fresnes.

3.2 LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

3.2.1 Le projet médical initial

Le projet initial de l'UHSA était d'apporter, en complément au SMPR fonctionnant en hôpital de jour et en soins libres, une structure d'hospitalisation complète pouvant notamment donner des soins sans consentement aux personnes détenues refusant les soins et assurer une continuité des soins. L'UHSA relève du même pôle que le SMPR implanté à maison d'arrêt de Fresnes qui, en intra-pénitentiaire, dispose de plusieurs unités proposant des soins diversifiés répondant aux besoins des détenus-patients acceptant la prise en charge.

L'UHSA de Villejuif reçoit donc les patients-détenus n'ayant pas pu être pris en charge par les unités intra-pénitentiaires soit du fait d'une pathologie très critique et demandant une surveillance continue, soit parce qu'ils ne sont pas consentants aux soins. L'UHSA de Villejuif reçoit ainsi 95 % de patients-détenus en SDRE et 5 % en soins libres. Au moment du passage des contrôleurs, quatre patients faisaient un séjour après une déclaration d'irresponsabilité pénale en application de l'article 122-1 alinéa 1 du code pénal.

Une grande partie des admis vient d'établissements de l'Ile-de-France dotés d'un SMPR qui prend en charge les patients-détenus consentants aux soins en consultation ou en hôpital de jour. Ceci peut expliquer l'importante proportion de SDRE mais aussi la grande part des pathologies psychotiques sévères décompensées, qu'elles soient surtout paranoïdes ou plus rarement paranoïaques. Il en est ainsi des admissions de Fresnes (même pôle), Fleury-Mérogis

ou Bois-d'Arcy qui représentent, pour 2014, 92 admis sur 166. Après avoir initié le travail de l'UHSA autour de ces établissements, le recrutement s'est élargi par des relations régulières avec des établissements avec lesquels la coopération est établie : le CP de Réau, celui de Meaux, la MA d'Osny, celle de Nanterre, la Maison Centrale de Poissy... (Cf. tableau § 2.5). L'équipe explique que les admissions ne se font pas « en urgence » du fait de la lourdeur des démarches administratives et de l'implication de deux préfectures dont la coordination retarde la production des arrêtés de SDRE. Il semble donc, qu'en dehors de Fresnes, Fleury ou Bois d'Arcy, les patients font souvent un passage, en application de l'article D398 du code de procédure pénale, par leur hôpital de rattachement et que le transfert se fait dans un second temps, une dizaine ou quinzaine de jours après la validation de la demande d'admission. Il s'agit là d'un point qui devrait être travaillé, les hôpitaux de rattachement étant en difficulté pour recevoir en SDRE des malades mentaux, reclus en isolement, et les patients détenus ayant à s'adapter à trois équipes de soins successives.

Dans sa réponse, le directeur du GHPG explique ce délai « *du fait du passage obligatoire des patients devant le JLD du département où ils sont alors hospitalisés sous contrainte au 10^{ème} jour de leur hospitalisation, comme le prévoit la loi* ».

Recommandation

L'articulation médico-administrative devrait être travaillée pour permettre à l'UHSA d'accueillir rapidement les situations cliniques urgentes sans contraindre le patient-détenu à une étape d'hospitalisation sur le secteur d'appartenance en application de l'article D 398 du Code de procédure pénale.

En revanche, le projet de l'UHSA évolue en proposant des admissions bien plus longues que les hospitalisations en application de l'article D.398 sur les hôpitaux de secteurs : la durée moyenne de séjour était de 64 jours en 2014 avec 161 sorties dont 29 par levée d'écrou : 3 après déclaration d'irresponsabilité pénale, 21 orientées après préparation vers un service ou CMP de secteur. La longueur des durées de séjour, comme la prise en compte des sorties par levée d'écrou, ont pu contribuer à légitimer la création de l'unité 3, unité de réhabilitation psychosociale, différente de l'unité 2 de psychiatrie générale, conçue comme une unité de « convalescence » avec comme objectif d'aller vers une autonomisation du patient et, dans le nouveau projet de soins, le renforcement des activités transversales comme des prises en charge individuelles et l'éducation thérapeutique.

3.2.2 La période d'observation

La période d'observation n'a pas été modifiée depuis le contrôle de 2014. Comme cela avait été noté en 2014, le patient reste toujours systématiquement placé en chambre d'isolement à son arrivée mais le recours à la contention n'a lieu que pour les patients agités ou menaçants, ce qui semble peu fréquent du fait de l'admission parfois retardée par les formalités de SDRE entre départements, le patient ayant souvent fait un séjour au moment de crise dans l'hôpital de secteur. Les premiers repas sont toujours en chambre. Le pyjama est porté les 24 premières heures et le patient porte ses propres vêtements si son évolution est favorable. Le patient est rencontré par le psychiatre ou l'interne au moins deux fois par jour et à plusieurs reprises par l'infirmier. Des promenades dans la cour peuvent être autorisées avec deux soignants à partir du

deuxième ou troisième jour. Cette période d'isolement peut durer 24 heures pour les patients admis en soins libres, jusqu'à plusieurs jours en fonction de l'état clinique.

3.2.3 Les soins psychiatriques

Le projet de fonctionnement est pensé pour que le patient, sauf lorsqu'il est dans sa chambre, soit toujours sous le regard d'un soignant et toujours en présence de deux soignants, ceci même à l'unité 3. Ces règles, qui relèvent de préoccupations de sécurité et non de soins, sont poussées à l'extrême et ne permettent pas toujours d'adapter les modalités de prise en charge. Ainsi, il est difficile de réaliser des entretiens infirmiers dans de bonnes conditions. Les infirmiers ont peu d'autonomie professionnelle dans ce fonctionnement et sont contraints à un quotidien répétitif : surveiller et donner des médicaments. Ils ne bénéficient d'aucune supervision extérieure.

Dans sa réponse, le directeur du GHPG affirme que « *le projet de soin validé par les instances précisant que les patients doivent être en salle ou en cour avec les soignants, et au minimum deux, n'a pas d'origine ni d'objectif sécuritaire, mais au contraire recherche "l'être avec" le patient fragile dans les actes du quotidien, et l'étayage.* ». Il fait savoir que depuis mars 2016, les infirmiers bénéficient d'une supervision extérieure deux fois par mois.

Les prescriptions médicamenteuses se font sous forme liquide surtout à l'unité 1 (sauf s'il n'existe qu'une forme exclusivement en comprimé ou injectable) ; le relais est progressivement pris sous d'autres formes galéniques ; si patient refuse son traitement par voie buccale, il sera donné par voie injectable ; le refus de traitement n'entraîne pas de contention.

Les projets des unités sont suffisamment bien identifiés et l'on constate peu de circulation de patients entre les unités à l'exception de quelques patients de l'unité 3 allant en balnéothérapie dans l'unité 2.

Il était prévu dans la convention initiale que les patients admis en soins libres puissent être admis directement dans l'unité 2 : en pratique tous les patients passent par l'unité 1.

3.2.4 Les soins somatiques

L'équipe de l'UHSA comprend un assistant généraliste temps plein rattaché au service des spécialités de l'hôpital et un interne en pharmacie à mi-temps. Le service des spécialités de l'hôpital comprend huit médecins et un interne.

Une astreinte opérationnelle pour les soins somatiques est assurée par l'hôpital et permet de répondre aux demandes de l'UHSA.

Le médecin généraliste participe au *staff* du matin. Il passe chaque jour dans chacune des unités, voit systématiquement les patients en chambre d'isolement à l'unité 1 ainsi que les patients signalés dans les unités 2 et 3. Les patients sont vus soit dans un bureau dédié, soit au poste infirmier, soit dans leur chambre.

Le protocole de prise en charge somatique prévoit une évaluation systématique de la douleur et une prévention des troubles du transit par prescription de laxatif et surveillance infirmière.

Le pôle des spécialités offre des consultations dans les spécialités suivantes : dermatologie, rhumatologie, endocrinologie, gynécologie, neurologie avec possibilité de réaliser des électro-encéphalogrammes, détection de maladies infectieuses (une fois par mois).

Les examens radiologiques peuvent être réalisés au pôle des spécialités s'il s'agit de radiographie standard ou bien à l'hôpital de Fresnes, à la clinique privée d'Antony (Hauts-de-Seine) ou à la clinique Epidaure à Villejuif.

Les examens biologiques sont réalisés à l'hôpital Paul Brousse de Villejuif. Les prélèvements sont effectués par les infirmiers de l'UHSA et les échantillons sont transportés deux fois par jour à la pharmacie de l'hôpital puis à Paul Brousse. Les résultats sont transmis le jour même.

Si une hospitalisation est nécessaire, elle se fait à l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de la Pitié-Salpêtrière à Paris 13^{ème}, si elle peut être programmée, ou aux urgences de l'hôpital du Kremlin-Bicêtre (Val-de-Marne). Dans ce dernier cas, le médecin des urgences est prévenu pour que le patient soit pris en charge sans délai.

Une pharmacie à usage intérieur propre à l'hôpital assure la distribution des médicaments à l'UHSA. Le logiciel de prescription est celui de Paul Guiraud.

Une équipe de liaison en addictologie (ELSA) peut intervenir en cas de besoin.

3.2.5 L'organisation des unités

Au jour du contrôle, 39 personnes étaient hospitalisées, dont trois femmes : onze à l'unité 1, quinze à l'unité 2 et treize à l'unité 3. En outre, une personne était hospitalisée depuis le 24 janvier à l'hôpital du Kremlin-Bicêtre. Toutes les chambres sont individuelles ; les patients y sont enfermés.

L'unité 1 est une unité d'accueil et de crise assurant les prises en charge de l'état aigu (y compris les réadmissions). Elle comporte quinze lits et cinq lits « techniques » qui sont, en réalité, des chambres d'isolement avec une double entrée. Toutes les chambres sont isolantes : elles sont dépourvues de mobilier, le lit est scellé au sol, des contentions y sont possibles et le placard est hors de la chambre, dans le couloir.

À l'arrivée, le patient est placé en chambre d'isolement, en pyjama 24 heures par jour ; cette mesure a été expliquée par le fait que les patients viennent de prison où il reste 22h à 23h par jour. Les repas sont pris en chambre. Les vêtements de ville sont reportés dès la sortie de la chambre d'isolement. Les patients admis en soins libres peuvent ne pas passer par l'isolement.

Ultérieurement, une resocialisation minimale est recherchée lors du temps du repas, pris dans le réfectoire.

Hormis pour les patients à l'isolement, les chambres ne servent qu'à dormir ; une sieste est obligatoire de 13h à 15h (en pratique, il a été constaté que l'ouverture des portes était plutôt vers 16h), le retour en chambre est à 19h. Les repas sont pris en commun dans la salle collective ; pour certains, il est possible de ressortir de 20h30 à 22h30 (les contrôleurs ont aussi constaté que c'était plutôt rare). Il a été indiqué que si, auparavant, l'administration pénitentiaire indiquait qui pouvait ressortir le soir, désormais, s'il demeure que les personnes ayant le statut de « détenu particulièrement surveillé » (DPS) ne peuvent pas ressortir, l'administration pénitentiaire n'émet plus d'injonction pour les autres. Cette subsistance de l'administration pénitentiaire, même pour les DSP, n'existe dans aucune autre UHSA.

Un groupe soignants-soignés se réunit une fois par semaine, animé par un psychologue dont c'est la seule intervention dans l'unité.

Les patients n'ont pas d'accès aux activités d'ergothérapie ou de psychomotricité collectives. Quelques patients peuvent avoir des séances de psychomotricité individuelles en présence d'un infirmier (enveloppement exceptionnellement humide).

Lors de la réunion clinique hebdomadaire, sont décidés :

- le changement d'unité : environ trois patients chaque semaine vont quitter l'unité 1 pour la 2 ;
- les patients qui vont participer au groupe soignants-soignés.

Les patients peuvent séjourner dans cette unité 48 heures ou plusieurs mois selon leur adhésion aux soins. La majorité des patients y reste 3 à 4 semaines. La sortie de l'unité se fait par passage à l'unité 2 sur le double critère de l'apaisement des troubles – absence de violence notamment – et un début d'adhésion aux soins. Éventuellement, les patients peuvent retourner directement en détention selon le diagnostic ou la remise d'un état aigu avec adhésion aux soins.

L'unité 2 est une unité de psychiatrie générale. Elle accueille, en pratique, dix-huit à dix-neuf patients.

Ces patients n'ont plus de problème de comportement, sont compliant aux soins au moins apparemment, un travail est opéré autour de la reconnaissance de la maladie. La prise en charge se déroule en deux phases : au cours de la première, sont engagés un travail sur le symptôme et une consolidation de la maladie autour de la dynamique du groupe soignants-soignés. Dans un deuxième temps, commence à être abordée la question du rapport de la maladie avec le passage à l'acte. Le patient participe à des séances de : psychomotricité, d'ergothérapie, d'explications sur la vie du malade, à des groupes soignants-soignés autour de la maladie (co-animation d'un groupe par le médecin chef et un infirmier) pour favoriser la poursuite des soins en détention. Il a été regretté que les IDE n'aient pas toujours la formation souhaitable, notamment à l'animation de groupes : le travail passe par beaucoup de réunions avec les équipes.

L'organisation de la journée est la même qu'en U1.

L'unité 2 dispose de deux chambres d'isolement. Certains patients peuvent présenter un « rebond de symptôme » ; en pareil cas, le patient est placé en chambre d'isolement mais draps et couvertures ordinaires lui sont laissés ainsi que ses vêtements civils, mais aucune affaire personnelle. Il a été indiqué que ces durées d'isolement sont « courtes » : 24h à 48h et sans contention. Éventuellement, un retour en unité 1 est possible ; ce qui arrive trois à quatre fois par an.

Les autres chambres disposent de mobilier : table, chaise, placard.

La majorité des patients retourne en détention après le passage en unité 2.

L'unité 3 accueille des patients qui restent handicapés et pour lesquels l'adaptation à la détention est problématique car ils demeurent trop fragiles. Leur avenir réside dans une reconnaissance de l'irresponsabilité pénale. Pour autant, aucune suspension de peine n'a été demandée par l'UHSA.

Alors que l'unité offre vingt lits, il n'est pas prévu qu'elle prenne en charge plus de dix-huit patients. Elle ne dispose pas de chambre d'isolement. Lors de la visite, aucun mineur n'y était placé.

Dans sa réponse, le directeur du GHPG précise que cette unité est « *prévue pour accueillir des mineurs si leur état clinique le nécessite.* »

La durée moyenne de séjour s'y compte en mois. Lors de la visite, l'unité comptait, treize patients, dont une femme. Le plus âgé avait 52 ans, le plus jeune, 22 ans. Un était en soins libres, trois étaient classés « détenu particulièrement surveillé ». Trois personnes étaient en attente de reconnaissance d'irresponsabilité pénale L122-1 ; pour deux d'entre elles, l'expert n'était pas

encore passé. Deux patients étaient présents depuis 18 mois. Les patients y étaient présents depuis, en moyenne, 108 jours (de 8 à 484 jours) avec une présence totale à l'UHSA en moyenne de 305 jours (de 46 à 769 jours).

Le projet de l'unité se cherche encore un peu. Initialement, un projet spécifique était envisagé sur la remédiation - en lien avec la famille-, la connaissance du traitement et un travail sur le passage à l'acte. Ce dernier point est maintenant également travaillé dans l'unité 2.

Un des objectifs théoriques est de travailler sur l'autonomie des patients ; le fonctionnement au quotidien, ne témoigne pas de cet objectif et ne permet pas de développer l'autonomie de personnes soumises à une contrainte permanente du fonctionnement collectif. Ne s'y prête guère, par exemple, le fait que tous les patients qui ne sont pas en entretien ou en activité thérapeutiques restent enfermés ensemble dans la salle commune où fonctionne le téléviseur, sous la surveillance de soignants et ne disposent d'aucune possibilité d'accéder à une pièce un peu plus sereine pour lire ou pour toute autre activité calme. La sortie dans la cour, notamment pour fumer, se fait collectivement. La permanence du regard des soignants met constamment les patients sous le contrôle de tiers dans une position très infantilisante et où la transgression n'est pas acceptée et ne peut donc faire l'objet d'une approche réflexive.

Recommandation

Les patients sont en permanence sous le regard et le contrôle de soignants. Une telle organisation devrait être moins strictement appliquée en unité 3 afin de permettre un accès à une autonomie évaluée du patient.

Dans sa réponse en date du 28 mars 2017, le directeur du GHPG conteste cette appréciation en arguant que le projet soignant « *ne prévoit pas de mettre les patients dans une position infantilisante mais au contraire de les aider à progresser dans leur autonomie. Par ailleurs, la transgression est abordée dans le cadre d'entretien avec des membres différents de l'équipe (psychiatres, infirmiers, psychologues) et le patient est accueilli dans toutes ses dimensions ou son histoire, sa personnalité et l'ensemble de ses actes sont pris en considération.* »

Des activités d'éducation thérapeutique sont conduites en associant psychologue, pharmacien et infirmier sur un cycle de six semaines, le cas échéant, avec prise en charge individuelle.

Jusqu'en décembre 2015, une psychologue neuro-cognitiviste intervenait à l'U3 ; elle animait des groupes thérapeutiques et travaillait sur les émotions avec les psychotiques et sur des situations concrètes afin de donner des outils pour pallier le handicap. Ces groupes thérapeutiques duraient 6 à 7 semaines.

Il n'est pas possible de changer de statut de SDRE en admission libre pour les personnes de l'unité 1 mais elle est possible pour ceux des unités 2 et 3.

Aucun travail avec les associations d'usagers, de patients ou de famille n'est mis en œuvre.

3.3 LA GESTION DE LA VIE QUOTIDIENNE

Les agents de l'administration pénitentiaire n'interviennent pas à l'intérieur des unités sauf en cas d'incident et sur demande des soignants. Ils n'y entrent que pour la vérification régulière du barreaudage des fenêtres et pour les fouilles aléatoires des chambres.

Les objets personnels apportés par les patients détenus doivent être laissés dans le placard à l'extérieur de la chambre lors du séjour en unité 1. Les patients ne pourront conserver leurs objets personnels avec eux que dans les unités 2 et 3 (sauf indication médicale contraire).

De façon générale, les patients trouvent les hospitalisations longues et préfèrent la prison car ils disposent de plus d'éléments de liberté et d'autonomie : ils peuvent y fumer librement, regarder la télévision comme ils le veulent, conserver dans leur chambre les produits cantinés alors qu'à l'UHSA, ils ne peuvent garder que quelques friandises.

3.3.1 Le tabac

Le régime de gestion du tabac est identique pour toutes les unités : le tabac est fumé dans la cour pendant les promenades. Celles-ci sont ainsi directement associées à la pause cigarette : cinq pauses cigarettes sont prévues dans la journée avec deux cigarettes à chaque fois. Les soignants allument les cigarettes. Les horaires sont affichés avec l'indication qu'ils seront respectés dans la mesure du possible, selon la disponibilité des soignants.

La distribution des cigarettes est assurée par un soignant qui annonce dans la salle « les cigarettes messieurs dames ... ». Les soignants conservent le tabac des patients et leur donnent deux cigarettes à chacune des cinq pauses quotidiennes.

Un substitut nicotinique sous forme de patch est proposé, notamment à l'arrivée.

Les patients qui arrivent sans tabac peinent à en acquérir car leur pécule doit transiter par la régie du centre pénitentiaire de Fresnes qui ne transmet pas les fonds. Les patients se dépannent entre eux quand c'est possible.

Recommandation

Le mode d'accès au tabac est infantilisant. Il est regrettable que l'approche hygiéniste et/ou sécuritaire prenne le pas sur toute autre considération.

3.3.2 L'hygiène

La majorité du linge personnel est lavé par la famille. À défaut, le linge peut également être nettoyé par blanchisserie de l'hôpital qui assure entretien et marquage du linge.

Une IDE fait office de coiffeur. Désormais, un coiffeur de l'hôpital doit venir également à l'UHSA.

3.3.3 La restauration

La description du rapport de 2014 reste pertinente.

Lors de cette seconde visite, des patients se sont plaints qu'à l'unité 3, pour le petit déjeuner « auparavant il y avait possibilité de deux bols de chocolat ; maintenant il n'y en a qu'un ». Cette restriction est ainsi expliquée par les soignants : « il n'y avait plus aucun respect », « on généralise avec un seul bol et on reste sur cette discipline ». Cependant, cette rigidité pose problème dans la mesure où les patients qui retournent dans leur chambre à 19h ne prennent leur petit déjeuner qu'à 9h soit après une longue période de jeûne (plus de 14 h). Ils ont donc grand faim et cette « régulation » est discutable. La distribution de céréales a été supprimée le week-end en raison des prises de poids.

Recommandation

La durée de la période de jeûne entre le dîner et le petit déjeuner est d'au moins 14 heures. Les horaires des repas doivent être revus pour diminuer cette durée.

Les patients demandent une collation pour le goûter éventuellement avec les produits cantinés ; la réflexion est en cours à l'unité 2.

3.3.4 Les personnes dépourvues de ressources

Les personnes dépourvues de ressources reçoivent les mêmes aides financières qu'en détention.

Au mois de janvier 2016, dix-neuf personnes étaient dans cette situation.

Des vêtements sont également disponibles pour ceux qui en sont dépourvus.

Pour les fêtes de fin d'année, le Secours catholique a été autorisé à distribuer des colis aux patients détenus dépourvus de ressources.

3.3.5 La cantine

Il a été indiqué qu'il n'y a plus de cantine arrivants ; ce qui pose problème pour l'approvisionnement en tabac.

Aux l'unité 1 et 2, les produits cantinés ne peuvent être utilisés qu'au moment des repas ; à l'unité 3, l'utilisation est plus souple : les produits sont conservés au réfectoire mais peuvent être en partie rapportés dans la chambre de 19h à 10h.

3.4 LES LIENS AVEC L'EXTERIEUR

Le travail avec les familles fait partie du projet de l'UHSA, tout particulièrement pour l'unité 3.

Une organisation spécifique prévoit la possibilité d'entretien avec les familles au parloir avec dans un premier temps, le médecin et l'infirmier, rejoints, dans un deuxième temps, par le patient.

Si la famille n'a pas de permis de visite, l'entretien se fera en consultation externe.

Une attention particulière est portée à l'éventuelle reprise du contact avec les enfants.

3.4.1 Les visites

Globalement, les modalités d'organisation des visites n'ont pas été modifiées depuis le contrôle de 2014.

Les visiteurs peuvent prendre rendez-vous par téléphone, tous les jours du lundi au vendredi, le matin de 9h à 11h30 auprès du surveillant en charge de l'organisation des parloirs. La liste des parloirs est transmise aux personnels des unités.

Les parloirs se déroulent quatre jours par semaine (lundi, mercredi vendredi et dimanche) entre 14h et 16h45 avec trois tours de quarante-cinq minutes et quatre familles au plus à chaque tour, soit douze possibilités de visites par jour et quarante-huit par semaine.

Trois personnes peuvent rendre visite ensemble au même patient détenu, cinq s'il y a des enfants.



Un des parloirs pour les visites

3.4.2 Le téléphone

Chaque unité dispose d'un poste téléphonique mural fixé au mur du couloir d'entrée de l'unité. Comme en 2014, en l'absence de coque, il n'y a aucune confidentialité des échanges téléphoniques vis-à-vis des autres patients comme du personnel de santé. Les appels peuvent être écoutés par un surveillant.



Poste téléphonique mural

Ce téléphone est accessible à la demande des personnes aux heures où elles ne sont pas dans leur chambre ni en activités programmées.

Le patient prévenu doit refaire une demande sur un formulaire spécifique précisant le nom des personnes qu'il veut pouvoir appeler et leurs numéros de téléphone ; il sera répondu à cette demande transmise au centre pénitentiaire de Fresnes dans un délai variable, parfois de plusieurs semaines.

Le patient condamné peut téléphoner aux numéros préalablement autorisés sous réserve de disposer de l'argent sur son compte personnel.

Recommandation

La liste des numéros de téléphone que le patient détenu est autorisé à appeler doit figurer dans le dossier qui l'accompagne à l'entrée à l'UHSA afin qu'il ne soit pas privé de ces accès à ses proches.

3.4.3 Le courrier

L'adresse postale du patient pendant son hospitalisation à l'UHSA est le centre pénitentiaire de Fresnes.

Sauf avis contraire des autorités judiciaires, les patients peuvent envoyer et recevoir du courrier. En cas de besoin, les infirmiers ou l'assistante sociale peuvent fournir le matériel.

Le courrier sortant est transmis par le personnel soignant au personnel de l'administration pénitentiaire qui l'envoie, par une navette, au vagemestre du centre pénitentiaire de Fresnes ; ce dernier en assure le contrôle et le traitement comme pour celui de l'ensemble de l'établissement. Le courrier entrant passe également par le vagemestre de Fresnes qui en assure le contrôle.

3.5 LES ACTIVITES

Le cadre général n'a pas été modifié depuis le contrôle de 2014.

3.5.1 Les activités thérapeutiques

Les activités thérapeutiques sont limitées par les difficultés de recrutement ou de maintien des professionnels et s'appuient essentiellement sur les psychologues, la psychomotricienne et l'ergothérapeute.

Les activités de psychomotricité sont assurées soit en individuel soit en groupe en co-animation avec un infirmier, au bénéfice des patients des trois unités. L'organisation du fonctionnement des unités ne facilite pas un large accès de ces activités dans la salle, car les seules plages horaires possibles sont relativement courtes de 10h30 à 12h et de 15h30 à 18h, soit au maximum vingt heures par semaine.

Plusieurs prises en charge de groupe médiatisées sont planifiées.

Sont prévus au planning :

- groupe écoute musicale ;
- groupe de jeu improvisé ;
- groupe mouvement détente ;
- groupe écriture ;
- groupe contes ;
- groupe expression corporelle.

En pratique, on retrouve les spécificités suivantes :

- dans chacune des unités 1 et 2, animation par la psychologue d'un groupe soignants-soignés. Il n'y en a pas à l'unité 3 ;
- à l'unité 2, activités sportives en groupe par la psychomotricienne et activité sportive avec six patients et deux infirmiers le week-end ;

- à l'unité 3, des groupes sont animés par les infirmiers : un groupe esthétique fonctionne avec deux soignants surtout le week-end et un groupe cuisine. Des repas thérapeutiques sont organisés : brunch, Noël etc.

Un travail spécifique porte sur l'hygiène, conjointement avec des ASH et des infirmiers sur les questions d'hygiène/ entretien de la chambre ou du linge avec utilisation de la machine à laver et du sèche-linge.

Un atelier mosaïque est animé par la psychologue et l'ergothérapeute.

3.5.2 La télévision

Un téléviseur est allumé toute la journée, en dehors des heures de repas, dans la salle commune de chaque unité. À partir de 20h30, l'accès n'est réservé qu'à un nombre très limité de personnes, quatre à six à la fois.

3.5.3 La promenade

Elle se déroule dans les mêmes conditions qu'en 2014.

Les cours des unités 2 et 3 étant placées en contrebas des locaux et desservies par un escalier, l'accès aux cours est impossible aux personnes à mobilité réduite.



L'accès à la cour



Cour de promenade



Cour de promenade

3.6 LA DISCIPLINE

Les modalités de gestion de la discipline n'ont pas été modifiées depuis le contrôle de 2014.

Cependant, il a été affirmé que les entraves n'étaient plus utilisées, Les moyens de contrainte utilisés se limitant aux menottes et aux menottes attachées à une ceinture si nécessaire ; la chaîne de guidage ne serait plus non plus utilisée.

4. LA SORTIE

Les données d'activités montrent une augmentation très sensible de la durée moyenne de séjour en 2014 avec l'ouverture de la troisième unité.

En 2014, 161 personnes sont sorties, dont 29 par levée d'écrou. Parmi celles-ci, 3 ont bénéficié d'une irresponsabilité pénale au titre de l'article 122-1 du code pénal, 21 ont poursuivi leurs soins en SDRE et 1 en soins libres. Seules, 2 ont poursuivi leurs soins au CH Paul Guiraud et 23 dans un autre établissement hospitalier.

Sur les six derniers mois de 2015, l'UHSA a compté 78 patients dont 8 en soins libres ; elle a réalisé 76 sorties dont 23 pour des patients en soins libres. Ces données témoignent de la transformation du statut d'hospitalisation au cours du séjour.

4.1 L'ACCOMPAGNEMENT SOCIO-EDUCATIF ET L'AMENAGEMENT DES PEINES

L'assistante sociale rencontre, comme en 2014, systématiquement chaque patient, le plus souvent à l'issue de la période initiale d'isolement. Elle assure de façon privilégiée l'information tant de la personne hospitalisée que de ses proches, et vérifie les démarches nécessaires en matière de mise à jour des droits sociaux des personnes hospitalisées. Un bilan social est systématiquement proposé qui permet aussi d'anticiper les démarches en vue de faciliter les modalités de sortie.

Dans le rapport qui a suivi le contrôle de 2014, il était fait mention de la faible disponibilité du conseiller pénitentiaires d'insertion (CPIP) et de probation pour les détenus hospitalisés ; il

était indiqué que la perspective de l'ouverture de l'unité 3, davantage tournée vers la sortie, pourrait amener à renforcer un travail de concert entre assistant social et CPIP. Or, le départ du CPIP en septembre 2015 et la permanence assurée par roulement une fois par mois ne permettent pas un travail approfondi.

Recommandation

Un conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation doit être affecté à l'UHSA afin de permettre un travail approfondi et le suivi sur la situation des patients-détenus.

En 2015, deux patients ont pu bénéficier d'un aménagement de peine.

Deux patients ont pu bénéficier de permission de sortir ; l'une de quelques heures, en étant accompagné, dans le cadre d'une démarche de soins en vue d'une préparation à la sortie, et l'autre pour une permission de deux jours en famille. Dans un contexte de complexité des démarches et de réticence y compris médicale, ces projets de sortie nécessitent une mobilisation importante, notamment du service social, pour aboutir.

Cette complexité des démarches, pour des raisons matérielles de suivi des informations ou de procédures (en particulier pour les prévenus qui doivent recommencer beaucoup des démarches réalisées dans la maison d'arrêt où ils étaient incarcérés), ne favorise pas non plus la prise en compte adaptée des besoins des personnes hospitalisées et rend difficile l'obtention d'une réponse sur quelque sujet que ce soit.

4.2 LES FORMALITES DE DEPART

4.2.1 L'aspect médical

Lors de la sortie du patient, un compte rendu médical de sortie est systématiquement rédigé ainsi qu'une fiche infirmière de liaison et un relevé d'informations du médecin généraliste de l'UHSA. Ces documents, auxquels est jointe la feuille des traitements, sont placés sous pli fermé ; l'enveloppe est ensuite remise au personnel pénitentiaire.

Si le patient est transféré dans un autre établissement hospitalier, il partira avec un dossier complet, comprenant les pièces relatives aux saisines du juge des libertés et de la détention.

Les patients partent avec leur pilulier quel que soit le lieu de sortie, l'établissement pénitentiaire ou tout autre.

4.2.2 L'aspect administratif

La procédure administrative de sortie varie selon le statut d'hospitalisation.

Si le patient est admis en soins libres, le médecin référent rédige un « bulletin de sortie » qui est remis à l'administration pénitentiaire, afin que celle-ci prépare l'ordre de transfèrement.

Si le patient est en soins sur décision du représentant de l'Etat, le médecin prépare un certificat médical demandant la levée de la mesure de soins sans consentement qui est adressée à la délégation territoriale de l'ARS pour instruction. L'arrêté préfectoral de levée de la mesure de soins sera transmis à réception à l'administration pénitentiaire afin que soit préparé l'ordre de transfèrement.

Le transfèrement se fait toujours dans un délai bref.