



Rapport de visite :

17 au 19 septembre 2019 – 2^{ème} visite

Unité hospitalière

spécialement aménagée de

Toulouse

(Haute-Garonne)



SYNTHESE

Trois contrôleurs ont effectué du 17 au 19 septembre 2019 une visite annoncée de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Toulouse (Haute-Garonne). Il s'agissait de la deuxième visite de cet établissement, la première ayant eu lieu en 2013.

A l'issue de cette deuxième visite, un rapport provisoire a été adressé au chef d'établissement ainsi qu'aux autorités administratives et judiciaires les invitant à formuler leurs observations qui ont été intégrées dans le présent rapport.

L'UHSA est située dans l'enceinte du site de l'hôpital Gérard Marchant dans la périphérie Sud de Toulouse. Ouverte en janvier 2012, elle comporte deux unités de vingt lits chacune et fait partie du pôle « psychiatrie et conduites addictives en milieu pénitentiaire » du centre hospitalier.

L'unité accueille des patients détenus, hommes, femmes, majeurs et mineurs, provenant des dix-huit établissements pénitentiaires. Le centre pénitentiaire de Toulouse-Seysse assure l'écrou et la gestion pénitentiaire de l'UHSA.

En 2018, l'UHSA a procédé à 274 admissions avec un taux d'occupation de 95,4 %. La durée moyenne d'hospitalisation était de 56 jours. Aucun mineur n'a été accueilli en 2018. Sur les 274 admissions, 157 l'étaient en soins libres, 56 en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) et 61 au titre de l'article L 3214-3 du code de la santé publique dans les conditions prévues par l'article D398 du code de procédure pénale.

Au moment du contrôle, vingt-cinq personnes étaient en liste d'attente. La durée moyenne d'attente était de 29 jours en 2018. **Le nombre de places disponibles est ainsi manifestement insuffisant.**

Le contrôle a pu se dérouler dans des conditions optimales, dans un esprit constructif et de transparence, tant du côté santé que du côté pénitentiaire. Les deux entités entretiennent des relations saines et constructives, formalisées par des réunions mensuelles à un niveau directorial comme technique.

Les conditions de prise en charge tant du côté pénitentiaire que du côté santé sont professionnelles et attentives au respect des droits fondamentaux des personnes.

L'officier pénitentiaire règle les problèmes avec discernement. Seules quelques fouilles non motivées pourraient être supprimées. Les modalités de contraintes lors des escortes, signalées non respectueuses de la dignité des personnes, font l'objet d'une refonte procédurale. La structure parvient aujourd'hui à limiter les restrictions de liberté à ce qui est nécessaire au respect de la sécurité.

Les quelques recommandations émises par le contrôle général en 2013 ont fait l'objet d'une prise en compte et d'une amélioration dans le fonctionnement de l'ensemble : le planning prévisionnel des activités destinées aux patients est affiché de même que la liste des avocats du barreau de Toulouse ; le service pénitentiaire d'insertion et de probation est présent tous les quinze jours, de l'information à destination des familles est affichée dans les parloirs.

Quelques points devront encore s'améliorer comme les mesures d'isolement des patients qui devront bénéficier de locaux d'apaisement permettant le respect de la dignité des personnes et d'un examen somatique systématique. Enfin, la confidentialité des échanges téléphoniques devra être permise et l'intimité dans les chambres d'hospitalisation effective par la mise en place de fenestrons occultables.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

Ces pratiques originales qui sont de nature à favoriser le respect des droits des personnes privées de liberté peuvent servir de modèle à d'autres établissements comparables. L'administration est invitée à mettre en œuvre toute mesure utile (circulaire, guide technique, formation, etc.) pour les faire connaître et imiter.

BONNE PRATIQUE 126

Des entretiens médicaux médiatisés sont organisés avec l'aide matérielle de l'administration pénitentiaire au sein des parloirs.

BONNE PRATIQUE 229

Un bon de dépannage permet un accès au tabac adapté

RECOMMANDATIONS

Ces recommandations justifient un suivi par le ministre qui exerce l'autorité ou la tutelle sur l'établissement visité. Trois ans après la visite, ce ministre sera interrogé par le CGLPL sur les suites données à ces recommandations

RECOMMANDATION 19

L'offre de soin doit permettre aux patients détenus d'avoir accès aux soins spécialisés adaptés.

RECOMMANDATION 213

Le droit à l'intimité doit être respecté et les fenestrons permettant la surveillance doivent être occultables.

RECOMMANDATION 321

Le registre de la loi doit être tenu conformément aux prescriptions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique.

RECOMMANDATION 427

Les chambres d'isolement doivent permettre un accès aux toilettes et à l'eau potable 24h/24 ; le patient doit pouvoir allumer ou éteindre sa lumière, actionner seul les volets, appeler à l'aide avec un système d'alerte y compris lors des phases de contention.

RECOMMANDATION 527

Toute personne placée en chambre d'isolement doit bénéficier d'un examen somatique réalisé par un médecin spécialiste en médecine générale.

RECOMMANDATION 628

L'accès aux communications téléphoniques doit être possible dans le respect de la confidentialité des échanges.

RECOMMANDATION 731

Les dispositifs d'alerte doivent être maintenus en bon état de fonctionnement pour permettre de réelles mesures de sécurité.

RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

Ces recommandations formulées oralement en fin de visite ou inscrites dans le rapport provisoire ont, selon les informations données au CGLPL, déjà été prises en compte par l'établissement visité. Il semble toutefois utile de les rappeler ici pour mémoire, notamment en raison de leur utilité pour des établissements comparables.

RECO PRISE EN COMPTE 1 19

Les modalités de transport en véhicule sanitaire doivent faire l'objet d'une procédure conjointe entre santé et pénitentiaire ; une contention ne peut être décidée que par un psychiatre sur le fondement de considérations cliniques.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	3
SOMMAIRE	5
RAPPORT	7
1. CONDITIONS DE LA VISITE	7
2. LA PRESENTATION DU SITE	8
2.1 L'UHSA est intégrée à un des pôles du centre hospitalier Gérard Marchant	8
2.2 Les effectifs de l'UHSA permettent les soins mais ont diminué sur la partie pénitentiaire	9
3. LES LOCAUX	11
3.1 La zone pénitentiaire permet un exercice normal de la mission	11
3.2 La zone de soins est adaptée à sa mission à l'exception des fenestrons de surveillance qui ne sont pas occultables	12
4. L'ADMISSION ET L'ACCUEIL	16
4.1 La procédure d'admission est respectueuse des droits	16
4.2 L'accueil est coordonné entre le personnel pénitentiaire et celui de la santé ...	19
5. LE RESPECT DES DROITS	20
5.1 Le registre de la loi, renseigné avec retard, ne permet pas un contrôle des mesures	20
5.2 La notification des arrêtés est faite par les infirmiers	21
5.3 L'établissement facilite l'accès au juge mais le contrôle du magistrat est limité	21
6. LES MODALITES D'ACCES AUX SOINS DES PATIENTS	24
6.1 L'accès aux soins est garanti	24
6.2 La pratique d'isolement est modérée	26
6.3 La contention est très limitée dans les chambres d'isolement	27
7. LA GESTION DE LA VIE QUOTIDIENNE	28
7.1 Les visites sont facilitées	28
7.2 Le téléphone ne garantit pas la confidentialité	28
7.3 L'organisation de la cantine est adaptée aux patients de l'UHSA	28
7.4 La restauration est appréciée par les patients détenus	29
7.5 Les conditions d'hygiène sont satisfaisantes	29
8. LA GESTION PENITENTIAIRE	30
8.1 Les incidents sont peu nombreux et toujours pris en compte	30
8.2 Les demandes de prêt de main forte sont organisées	30

8.3	Des fouilles non motivées sont réalisées	31
8.4	Les moyens de contrainte sont gérés avec discernement	31
8.5	Le suivi social et d’insertion du patient est effectif.....	32
9.	CONCLUSION.....	33

Rapport

Contrôleurs :

Luc Chouchkaieff, contrôleur chef de mission ;

Michel Clémot, contrôleur ;

Agnès Lafay, contrôleure.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, trois contrôleurs ont effectué une deuxième visite, annoncée, de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Toulouse (Haute-Garonne) **du 17 au 19 septembre 2019**. La première visite s'était déroulée en 2013.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 17 septembre 2019 à 9h. Ils l'ont quitté le 19 septembre 2019 à 19h.

Ils ont été accueillis par le médecin chef du service (le directeur du centre hospitalier ayant déjà été rencontré la veille) et le lieutenant pénitentiaire responsable du site.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet de Haute-Garonne, le président et le procureur du tribunal de grande instance (TGI) de Toulouse, le délégué départemental de l'agence régionale de santé (ARS). Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Une salle de travail a été mise à disposition des contrôleurs et tous les documents demandés par l'équipe ont été remis.

Des affiches signalant la visite des contrôleurs ont été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé, du personnel pénitentiaire et des intervenants exerçant sur le site.

La réunion de restitution s'est tenue le 19 septembre 2019 en présence du directeur général du centre hospitalier (CH) Gérard Marchant de Toulouse et son adjoint, deux médecins et deux cadres de santé du service, la directrice adjointe du centre de détention de Toulouse-Seysses et le lieutenant.

Un rapport provisoire a été adressé le 14 novembre 2019 au directeur général du CH Gérard-Marchant, au directeur du centre de détention de Muret, à la directrice du centre pénitentiaire de Toulouse-Seysses ainsi qu'à la délégation territoriale de l'ARS de Haute-Garonne. Seul le directeur général du CH Gérard-Marchant a adressé le 10 février 2020 ses observations qui sont intégrées dans le présent rapport.

2. LA PRESENTATION DU SITE

2.1 L'UHSA EST INTEGREE A UN DES POLES DU CENTRE HOSPITALIER GERARD MARCHANT

Le centre hospitalier Gérard Marchant est organisé par pôle, dont le pôle « psychiatrie et conduites addictives en milieu pénitentiaire » dont relèvent l'UHSA, le service médico-psychologique régional (SMPR), et le centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles.

La capacité d'accueil, en hospitalisation complète, de l'hôpital G. Marchant est de 331 lits adultes, 20 lits pour adolescents et 47 lits de long séjour.

L'UHSA est située dans l'enceinte du site de l'hôpital Gérard Marchant dans la périphérie Sud de Toulouse. Ouverte en janvier 2012, elle comporte deux unités (A et B) de vingt lits chacune.

Son ressort territorial est défini par un arrêté du ministère de la santé et des sports en date du 20 juillet 2010. Les patients proviennent des dix-huit établissements pénitentiaires de ce ressort territorial : Foix (Ariège), Rodez (Aveyron), Muret (Haute-Garonne), Toulouse-Seysse, Cahors (Lot), Tarbes (Hautes-Pyrénées), Béziers (Hérault), Montpellier (Hérault), Villeneuve-lès-Maguelone (Hérault), Perpignan (Pyrénées-Orientales), Montauban (Tarn et-Garonne), Nîmes (Gard), Albi (Tarn), Lannemezan (Hautes-Pyrénées), Carcassonne (Aude), Saint-Sulpice-La-Pointe (Tarn). Un tiers des patients proviennent de Toulouse et Muret.

L'unité accueille des patients détenus – hommes, femmes, majeurs et mineurs.

Le centre pénitentiaire de Toulouse-Seysse assure l'écrou et la gestion pénitentiaire de l'UHSA.

La convention locale relative à la création et au fonctionnement de l'UHSA a été signée le 20 décembre 2011 par le préfet de la région Midi-Pyrénées, le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur interrégional des services pénitentiaires de Toulouse, le directeur interrégional Sud de la protection judiciaire de la jeunesse, le directeur du centre pénitentiaire de Toulouse-Seysse et le directeur du centre hospitalier Gérard Marchant.

Un projet de soins de septembre 2011 précise l'organisation de la prise en charge et du fonctionnement des équipes et il est complété par un règlement intérieur actualisé en avril 2017 particulièrement détaillé.

En 2018, l'UHSA a reçu en hospitalisation 254 patients pour 274 admissions. Le taux d'occupation est de 95,4 %. La durée moyenne d'hospitalisation (DMH) était de 56 jours et la durée moyenne de séjour (DMS) de 49 jours. Aucun mineur n'a été accueilli en 2018.

Sur les 274 admissions, 157 l'étaient en soins libres, 56 en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) et 61 au titre de l'article L 3214-3 du code de la santé publique dans les conditions prévues par l'article D398 du code de procédure pénale.

Au moment du contrôle, tous les quarante lits étaient occupés, par des patients âgés de 18 à 68 ans. Dix patients étaient sous tutelle ou curatelle. Vingt-sept étaient en soins libres, treize admis en SPDRE.

Par ailleurs, vingt-cinq personnes étaient en liste d'attente, mais ce nombre est souvent supérieur à trente avec des délais pouvant dépasser trois mois. La durée moyenne d'attente était de 29 jours en 2018.

RECOMMANDATION 1

L'offre de soin doit permettre aux patients détenus d'avoir accès aux soins spécialisés adaptés.

Dans ses observations du 10 février 2020, le directeur général du CH Gérard Marchant indique qu'un travail sur les aménagements/suspensions de peines pour les malades psychiatriques graves incarcérés doit être mené en parallèle afin de ne pas favoriser l'incarcération des malades psychiatriques par la création d'UHSA supplémentaires.

Les contrôleurs sont en accord avec ces observations qui sont complémentaires à la recommandation.

2.2 LES EFFECTIFS DE L'UHSA PERMETTENT LES SOINS MAIS ONT DIMINUE SUR LA PARTIE PENITENTIAIRE

2.2.1 Les effectifs médicaux et paramédicaux

Les effectifs comprennent 3,2 équivalents temps plein (ETP) de psychiatres, **0,6 ETP de médecin généraliste (mais 0,2 ETP réel)**, 1 ETP de psychologue, 1 ETP de psychomotricien, 1,5 ETP d'assistant de service social, 0,5 ETP de cadre supérieur de santé, 2 ETP de cadres de santé, 52 ETP d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE), 13 ETP d'aides-soignants (AS), 2 ETP de secrétaires médicales et 10 ETP d'agents des services hospitaliers. Il n'y a pas de poste vacant.

La convention en vigueur de 2011 indiquait également **2,5 ETP d'ambulanciers** et 0,5 ETP d'ouvrier professionnel. Par contre, 0,25 ETP de cadre administratif sont présents mais non prévus dans la convention instituant.

Les infirmiers travaillent en trois fois huit heures. **Les absences sont gérées par des remplacements internes** et il n'est pas fait appel à des intérimaires. **L'effectif de sécurité est de quatre IDE matin, quatre l'après-midi et quatre soignants la nuit** dont au moins trois IDE. L'effectif de fonctionnement habituel, qui est celui majoritairement constaté sur les plannings, est de quatre IDE et un AS matin et après-midi et quatre soignants la nuit ; s'ajoutent à ces effectifs, deux soignants affectés au transport en horaire de jour, ce qui amène à une **présence moyenne de sept soignants par demi-journée auprès des patients** dans chacune des deux unités.

2.2.2 Le personnel pénitentiaire

Le personnel pénitentiaire est placé sous l'autorité du directeur du centre pénitentiaire de Toulouse-Seysses ; son adjoint est le cadre référent de l'UHSA.

Les effectifs comprennent un lieutenant, officier responsable de l'équipe pénitentiaire dédiée à l'UHSA ainsi qu'un adjoint, lieutenant également (mais poste laissé vacant plus d'un an), sept premiers surveillants, passés actuellement à cinq, vingt-neuf surveillants, passés actuellement à vingt-six.

Les effectifs ont ainsi diminué de trois surveillants et de deux premiers surveillants. Cette baisse des effectifs gêne la bonne traçabilité des actes et l'encadrement des agents puisqu'un poste d'encadrement a été supprimé du lundi au vendredi. Les heures supplémentaires sont également au maximum du plafond autorisé.

Le service est organisé en journées de 12 heures 15 minutes et repose sur six équipes de cinq agents.

Cinq autres surveillants constituent l'équipe « de transport, transferts et extractions », qui est présente du lundi au vendredi.

Le week-end et les jours fériés, l'effectif est restreint : il ne comporte que les cinq agents de la première équipe et un gradé chef de poste. Aucune escorte n'est prévue le week-end.

Le service de nuit s'étend de 18h45 à 7h. Il est assuré à tour de rôle par les membres des six équipes. En moyenne, un surveillant effectue quatre à cinq nuits par mois. Il est assuré par trois agents sous l'autorité d'un premier surveillant présent sur place.

Concernant la partie pénitentiaire, l'entretien des locaux est externalisé auprès d'une société privée (*GIMS*) et la personne en charge du ménage est officiellement présente deux heures par jour du lundi au vendredi, mais il est rapporté qu'elle effectue réellement plus que ces horaires programmés.

3. LES LOCAUX

L'UHSA est divisée en trois zones : la zone d'entrée et de contrôle, la zone commune aux personnels pénitentiaires et hospitaliers, non accessible aux patients, ainsi qu'un espace d'hébergement, de vie et de soins dédiée à la prise en charge des personnes hospitalisées.

Au sein de la zone commune aux personnels, les bureaux sont dévolus aux personnel médical et soignant et la salle de réunion est réservée deux demi-journées par semaine aux besoins des agents de l'administration pénitentiaire.

Tous les locaux sont propres, vastes, lumineux et en nombre suffisant.

3.1 LA ZONE PENITENTIAIRE PERMET UN EXERCICE NORMAL DE LA MISSION

3.1.1 L'accès à l'établissement

L'entrée de l'UHSA est accessible depuis l'ancienne route nationale 20 par le chemin des silos ainsi que par la voirie intérieure de l'hôpital en franchissant une grille spécifique. Un parking disposant d'une place de stationnement pour les personnes à mobilité réduite est à disposition des visiteurs qui peuvent également venir en transports en commun depuis le centre-ville.

L'établissement est un bâtiment de forme circulaire qui dispose de deux accès : un pour les piétons et un pour les véhicules. Leur ouverture et fermeture sont commandées par les agents de la porte d'entrée principale.

Le sas d'entrée dispose de casiers permettant de déposer des objets ou des effets personnels interdits, notamment les téléphones portables, les ordinateurs portables, les clés USB, à l'exception de ceux des soignants.

Toutes les personnes doivent se soumettre au contrôle d'un portique de détection de masses métalliques. Des chaussons en plastique sont à la disposition des personnes devant retirer leurs chaussures.

Les véhicules sont contrôlés par un agent en poste au sas, équipé de deux caméras de vidéosurveillance.

3.1.2 La sécurité périmétrique et la surveillance

L'UHSA est entourée d'un mur d'enceinte en béton de 4 m de hauteur, prolongé d'un grillage de 3 m, surmonté d'une clôture répulsive. D'autres parties de l'établissement susceptibles d'être escaladées (toitures) sont également équipées d'une clôture répulsive.

A l'intérieur de l'enceinte, un glacis a été aménagé ; il est délimité par un grillage de 6 m de hauteur.

Les fenêtres des chambres sont toutes équipées de barreaux en béton, sans caillebotis, conçus dans la continuité des dessins en forme d'arbres incrustés dans le mur extérieur. Les fenêtres sont équipées de volets roulants électriques.

Vingt-quatre alarmes murales « coup de poing » sont installées notamment dans les boxes des parloirs, les deux salles de fouille, les bureaux de soins, les locaux d'activité. **Elles déclenchent une sonnerie au sein du PCC** et un indicateur lumineux de localisation.

Des interphones sont installés dans la zone pénitentiaire, à côté des portes et dans les couloirs entre deux grilles.

Un système de vidéosurveillance avec soixante-dix-sept caméras dont dix-huit dômes mobiles, assure une couverture continue de l'ensemble des zones de l'UHSA. Vingt-huit sont installées dans la zone hors pénitentiaire mais ne fonctionnent que lorsqu'elles sont déclenchées par un système d'alerte. Aucune caméra n'est implantée dans les chambres et dans les bureaux.

Les images concernant la zone pénitentiaire sont transmises 24h/24 sur des écrans de contrôle ; l'enregistrement est continu et l'écrasement automatique des images s'effectue au bout de 72h. Le lieutenant indique que **des extractions d'images peuvent être faites rapidement afin de permettre, le cas échéant, le traitement judiciaire** de tout incident.

3.1.3 Les parloirs

Six pièces alignées permettent simultanément trois parloirs pour les familles, les entretiens avec les avocats, les entretiens ou audience par visioconférence. Les salles d'attente pour les familles comportent un affichage portant sur les associations d'usagers et les moyens de les contacter.

Les locaux sont spacieux, propres et clairs avec tables et chaises en nombre suffisant. Le circuit permet la sécurité des personnes. Une salle équipée d'un lavabo et d'un portique permet les fouilles, lorsqu'elles sont décidées par l'officier, dans le respect de l'intimité (portes fermées, patère, tapis de sol et chaise).



Figure 1 : couloir de la zone des parloirs



Figure 2 : salle équipée pour visio-conférence

Les locaux sont équipés d'une pendule murale. A l'entrée des deux salles d'attente, une lampe ultra violette est installée sur un plan de travail.

Les familles peuvent apporter des vêtements une fois la demande acceptée pour les patients mais pas de produits cantinables.

Concernant l'accès à l'avocat, le tableau de l'ordre des avocats est affiché et les avocats se rendent dans l'établissement, disposant d'un bureau au sein des parloirs ; les entretiens peuvent se faire entre l'avocat et le patient également par visioconférence avant les audiences avec le magistrat.

3.2 LA ZONE DE SOINS EST ADAPTEE A SA MISSION A L'EXCEPTION DES FENESTRONS DE SURVEILLANCE QUI NE SONT PAS OCCULTABLES

Après le PCC, on pénètre dans la zone de soins et d'hébergement par un sas commandé par l'agent pénitentiaire. De chaque côté du sas, une porte donne accès à chaque unité et en face, à

la zone commune hospitalière comprenant une salle de réunion, des bureaux (secrétariat, bureau du chef de pôle), les vestiaires du personnel hospitalier et les archives.

La configuration des locaux des unités A et B est identique, de même que le public accueilli.

Chaque unité de soins comporte vingt chambres individuelles réparties entre deux ailes de dix lits dont une aile pour soins « aigus » (destinée aux patients admis sous contrainte, nécessitant une observation médicale intensive). L'aile aiguë comporte des chambres avec sas entre deux chambres mais pas l'aile dite subaiguë.

3.2.1 Les chambres

Toutes les chambres sont individuelles et comportent une salle d'eau avec douche et toilettes avec abattant, patère, lavabo et miroir. Elles sont vastes, lumineuses et propres. Cependant la porte donnant sur le couloir comporte un fenestron ne permettant pas le respect de l'intimité car non occultable. De même, dans le sas donnant sur les deux chambres en secteur aigu, un fenestron permet la vue des personnes sous la douche.

RECOMMANDATION 2

Le droit à l'intimité doit être respecté et les fenestrons permettant la surveillance doivent être occultables.

Dans ses observations du 10 février 2020, le directeur général du CH Gérard Marchant indique partager cette recommandation mais indique que pour les patients très suicidaires notamment une surveillance doit rester possible sans systématiquement ouvrir la porte (la nuit en particulier, pour ne pas les réveiller à chaque tour des soignants.)

Les contrôleurs maintiennent justement l'aspect nécessairement occultable et non occulté de ces fenestrons.

Les fenêtres des chambres comportent sept « barreaux » en ciment évitant le caractère carcéral des barreaux

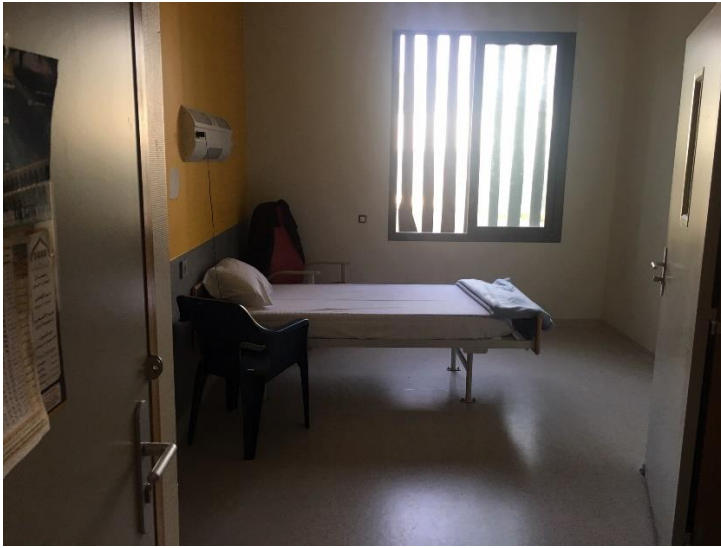


Figure 3 : chambre de patient



Figure 4 : barreaux en ciment des chambres

Chaque chambre est équipée d'un placard avec une penderie et des étagères. Les patients détenus peuvent demander à fermer à clé leurs placards mais la clé est conservée par le personnel soignant.

Chaque aile comporte une chambre plus adaptée pour une personne à mobilité réduite.

Chaque unité dispose d'une chambre de soins intensifs jouxtant le bureau des infirmiers (cf. § 6.2.1).

Toutes les chambres individuelles ont un équipement identique, comportant un lit d'une personne, scellé au sol, un plan de travail en forme de triangle fixé au mur avec deux prises électriques à proximité, une chaise, un fauteuil et une poubelle. Le lit est surmonté d'un bandeau électrique équipé de deux prises électriques. A la tête du lit est installé un bouton d'appel relié au bureau infirmier. L'UHSA bénéficie d'un système de chauffage par le sol.

3.2.2 Les locaux collectifs

Situés dans la partie commune aux deux unités, les locaux d'activité comprennent une salle pour la poterie et la cuisine, disposant du matériel nécessaire et permettant la prise en charge simultanée de quatre patients, une deuxième salle pour la musculation et la médiation corporelle, et enfin une troisième salle pour la psychomotricité.

Les salles ont les équipements nécessaires (tableaux muraux, ballons de gymnastique, tapis etc.).

Face à ces locaux d'activité se trouvent des bureaux, notamment pour la psychologue, la psychomotricienne et le cadre supérieur de santé.

Chaque unité dispose d'une salle à manger qui fait fonction de lieu de vie et jouxte une bibliothèque ; ces deux pièces sont caractérisées par leur paroi vitrée côté couloir et leur accès au jardin thérapeutique. L'unité A dispose d'une salle de télévision (sous caisson) et l'unité B de deux salles.

Chaque unité dispose d'une salle de bains thérapeutique équipée d'une baignoire, d'une douche à l'italienne avec une barre d'appui, d'un grand lavabo surmonté d'un miroir, d'une machine à laver et d'un sèche-linge.

Il existe dans chaque unité un jardin thérapeutique. Chaque espace est équipé d'une table de ping-pong, d'un terrain de volley-ball et de deux bancs. Un olivier y a été planté. Le jardin est ouvert de 7h30 à 23h sauf au moment des repas. Il est surveillé par trois caméras de vidéosurveillance qui ne s'activent que lors des déclenchements d'alarmes (cf.§.3.1.2



Figure 5 : jardin thérapeutique



Figure 6 : couloir d'une unité

3.2.3 Les locaux des professionnels de santé

Chaque unité comporte des bureaux et des locaux dédiés au personnel de l'unité, implantés entre les deux ailes : un bureau pour le cadre de santé, un bureau pour le médecin de l'unité, un bureau médical, un bureau pour l'assistante sociale, une salle de repos pour le personnel soignant. Il n'est pas rapporté par le personnel de difficulté à ce niveau.

Le bureau des infirmiers est implanté au centre des deux ailes. La salle de soins est attenante au bureau des infirmiers. Ce bureau vitré permet d'observer la circulation des patients dans le couloir, la salle à manger et le jardin thérapeutique.

Une grande salle de réunion est mutualisée entre les deux unités et le personnel pénitentiaire.

4. L'ADMISSION ET L'ACCUEIL

4.1 LA PROCEDURE D'ADMISSION EST RESPECTUEUSE DES DROITS

Les admissions à l'UHSA sont sollicitées par les établissements du ressort territorial, le médecin faisant une demande d'admission sur trois feuillets, transmise par télécopie. Complétés, ces feuillets sont adressés toujours par télécopie au directeur du centre hospitalier qui signe son accord avant de le renvoyer à la secrétaire de l'UHSA. Les documents sont alors scannés et transmis sur la boîte structurelle accessible à tous les premiers surveillants pénitentiaires. Ces derniers les transmettent à la direction interrégionale de Toulouse pour établir l'ordre de transfert dans la journée.

Que la demande d'hospitalisation soit en soins libres (SL) ou sur décision du représentant de l'Etat, un engagement de reprise est demandé à l'établissement de santé du territoire d'origine.

En cas d'absence de place disponible, les patients peuvent être placés sur liste d'attente ou hospitalisés selon les modalités définies par l'article D.398 du code de procédure pénale dans les hôpitaux de proximité de leur lieu de détention. Les demandes d'admission sont discutées de manière collégiale lors de réunions hebdomadaires du service afin de les prioriser en fonction des considérations cliniques.

Si le patient y a transité en raison du manque de disponibilité initial à l'UHSA, les demandes d'admission à partir d'un établissement hospitalier s'effectuent entre le directeur de l'établissement de santé demandeur et l'UHSA.

Les mineurs de plus de 13 ans incarcérés peuvent être hospitalisés à l'UHSA. En pratique il n'est rapporté aucun mineur en 2019, un seul en 2018, et deux depuis quatre ans. Lors d'une admission en soins libres, le médecin de l'établissement d'origine doit recueillir au préalable le consentement des parents ou du représentant légal. Contrairement aux pratiques de 2013, il n'y a plus d'affectation spécifique des mineurs et des femmes dans une des unités.

4.1.1 La procédure pénitentiaire d'admission

Quel que soit le mode d'hospitalisation requis, à réception de l'avis médico-administratif dûment complété, le directeur de l'établissement pénitentiaire organise, en lien avec le responsable pénitentiaire de l'UHSA et le directeur du centre hospitalier Gérard Marchant, le transport de la personne détenue à la date prévue.

La direction interrégionale de Toulouse transmet l'ordre de transfert avec la fiche de liaison qui comprend les éléments nécessaires aux services pénitentiaires. Les surveillants portent à la connaissance des soignants uniquement les éléments indispensables à leur sécurité et la bonne prise en charge.

Avant son départ vers l'UHSA, le personnel pénitentiaire qui vient chercher la personne détenue, procède à la fouille intégrale sauf situation d'urgence, en fonction de son profil relevé dans la fiche de liaison. Il contrôle son paquetage au regard de la liste des effets acceptés pendant l'hospitalisation.

Cette liste portée à la connaissance des personnes détenues indique à titre indicatif que le trousseau peut comporter un certain nombre de vêtements et chaussures et leur type. Elle précise qu'un nécessaire de toilette est autorisé mais qu'il ne doit pas contenir les objets suivants : rasoir, lime, coupe-ongles, ciseaux, pince à épiler.

Les affaires personnelles autorisées sont indiquées : lunettes de vue dont les verres ne sont pas fumés, cinq livres, photos (pas de format photo d'identité), objets attachés à la pratique d'un culte, montre (pas de marque car considérée comme valeur et bijou), petit radioréveil, carnet d'adresses, timbres, enveloppes, stylo, bloc papier.

Enfin, elle stipule également que tout fumeur doit arriver avec une quantité suffisante de tabac (équivalent à sa consommation de quatre à cinq jours) dans l'attente de la prochaine livraison, et que, durant le séjour hospitalier, le linge de toilette est fourni.

La note indique que tout autre objet ne figurant pas dans la liste sera conservé à la fouille de l'établissement d'origine et que les briquets sont interdits dans l'unité.

L'inventaire du paquetage est fait à l'arrivée et au départ de l'UHSA. Il permet de recueillir les signatures des soignants, des agents pénitentiaires et du patient détenu. Copie de l'inventaire en est donné aux soignants et aux patients.

Le patient détenu est obligatoirement écroué à la maison d'arrêt du centre pénitentiaire de Toulouse-Seysse qui détient le dossier pénal du malade. Les modalités d'écrou sont réalisées au sein même de l'UHSA où se situe une « antenne du greffe » gérée par un premier surveillant, sauf pour les patients déjà écroués au centre pénitentiaire.

4.1.2 Le transport

Le transport du patient détenu entre son établissement d'origine et l'UHSA s'effectue pour les patients en soins libres par une escorte pénitentiaire de l'UHSA en véhicule léger pénitentiaire, avec menottage mains devant selon le niveau d'escorte (souvent 2 ou 3) lors de l'admission. Les agents pénitentiaires de l'UHSA sont armés lors des transports. Il n'est jamais fait usage des entraves au pied.

Si le patient est admis à l'UHSA en soins sans consentement, deux soignants vont le chercher avec l'ambulance ou le véhicule sanitaire léger (VSL) et un ambulancier, l'administration pénitentiaire procédant à l'escorte dans leur véhicule propre à deux ou trois selon le niveau d'escorte.

Le nombre de fonctionnaires constituant l'escorte et les moyens de contrainte utilisés sont fonction des éléments fournis par l'établissement d'origine dans le cadre de la préparation du transport entre le responsable pénitentiaire de l'UHSA et le responsable de l'établissement pénitentiaire d'origine. Il revient à ce dernier de solliciter les forces de l'ordre par le biais de la préfecture afin de renforcer l'escorte pénitentiaire dans l'hypothèse où le patient-détenu serait inscrit au répertoire des détenus particulièrement signalés (DPS).

Le chauffeur du véhicule pénitentiaire est un chauffeur de la société *SODEXO*.

Les établissements pénitentiaires relevant de l'UHSA sont parfois géographiquement loin avec des distances allant jusqu'à 260 km et un temps de trajet de 3h30.

Pendant le séjour, les extractions judiciaires sont gérées par le pôle régional d'extraction judiciaire (PREJ) ; si le médecin décide un accompagnement par les soignants, le transport s'effectue alors en véhicule pénitentiaire, les soignants suivant dans un véhicule propre et accompagnant le patient à l'arrivée. En cas d'absence de véhicule disponible, le transport est effectué en véhicule sanitaire escorté par les surveillants du PREJ. Si le patient est en SDRE, le transport pour les extractions judiciaires est réalisé avec deux soignants.

Les extractions auprès du juge des libertés et de la détention (JLD) (cf. § 5.3) sont effectuées en VSL avec deux soignants, escorté par les surveillants de l'UHSA.

Les extractions médicales vers un service spécialisé du CHU ou d'un autre établissement (clinique, etc.) sont également gérées en fonction du statut SDRE/SL comme les admissions.

Cependant, l'accompagnement par des soignants d'une extraction relevant de l'administration pénitentiaire apporte une confusion lorsque par défaut de véhicule autre pour transporter les soignants, le patient est transporté en ambulance, en position allongé avec contentions, quelles que soient la clinique et la mobilité autonome.

Cette contention, mentionnée par les cadres sur la demande de transport, est systématiquement placée sans décision médicale du psychiatre.

L'établissement de santé indique être confronté à des difficultés lors des extractions en VSL, ce véhicule, placé devant celui de la pénitencière pour des raisons de prévention des évasions, ne disposant pas des avertisseurs lumineux et sonores alors même qu'il lui est demandé de franchir les feux rouges voire de ne pas respecter les limitations de vitesse.

Au moment du contrôle, deux extractions ont été observées.

La première concernait un patient présentant une suspicion de fracture d'un doigt devant être amené aux urgences du CHU. Le patient a été installé sur un brancard allongé, mis en contention de psychiatrie aux deux mains (y compris la main siège de la fracture de doigt) et deux pieds, auxquelles s'est ajoutée la ceinture ventrale en harnais de sécurité.



Figure 7 : extraction judiciaire para-médicalisée

La seconde extraction concernait un homme emmené auprès d'un magistrat au tribunal en extraction judiciaire effectuée par le PREJ. Un accompagnement par deux soignants a amené à transporter le patient dans une ambulance privée, le patient étant contentonné sur le brancard aux mains et aux pieds sans que cette contention n'ait été cochée sur le bon de transport ni décidée par le médecin. L'escorte du PREJ a suivi l'ambulance. **Les patients véhiculés en transport sanitaire sont ainsi placés sous contention de psychiatrie actuellement de manière systématique, une prescription de ces contentions étant cochée sur la demande de transport interne au CH.** Cette contention n'est pas précisée dans ses modalités (deux, quatre points, ventrale).

Cette pratique avait été validée en février 2017 par l'ancienne direction du CH sur un email de deux lignes : « *par décision de madame la directrice générale et en accord avec l'équipe médicale les contentions sont maintenues sur les transports de patients de l'UHSA.* »

Le CGLPL rappelle que toute contention de psychiatrie ne peut être décidée que par un médecin psychiatre sur des considérations cliniques et en l'absence d'autres alternatives.

RECO PRISE EN COMPTE 1

Les modalités de transport en véhicule sanitaire doivent faire l'objet d'une procédure conjointe entre santé et pénitentiaire ; une contention ne peut être décidée que par un psychiatre sur le fondement de considérations cliniques.

Dans ses observations du 10 février 2020, le directeur général du CH Gérard Marchant indique qu'un travail pluri professionnel est en cours sur cette question afin de conjuguer respect du droit des patients, des recommandations de bonnes pratiques et sécurité du transport.

4.2 L'ACCUEIL EST COORDONNE ENTRE LE PERSONNEL PENITENTIAIRE ET CELUI DE LA SANTE

4.2.1 L'accueil par les services pénitentiaires

Après les formalités d'écrou, **les effets du patient** sont systématiquement contrôlés à l'aide du tunnel d'inspection à rayons X de la porte d'entrée.

Les effets non autorisés au sein des unités sont déposés au vestiaire dans des caisses en plastique, situation cependant rare car les surveillants contrôlent les bagages dans l'établissement de départ.

Une trousse de toilette est remise à chaque arrivants contenant : un rouleau de papier hygiénique, un savon, une brosse à dents, un tube de dentifrice, un peigne, un tube de crème à raser, un flacon de shampoing, un flacon de gel douche et des mouchoirs en papier. Les trousses destinées aux femmes comprennent une brosse à cheveux en plastique à la place du peigne et une barrette à cheveux en plus. Leur sont également remises des serviettes hygiéniques.

Une fois les formalités administratives d'accueil réalisées, **le patient détenu est reçu par l'officier responsable** du service pénitentiaire ou son adjointe, qui remplit la grille de dangerosité et vulnérabilité et renseigne GENESIS.

L'accompagnement du patient détenu par les services pénitentiaires s'arrête à la grille du PCC, au-delà de laquelle il pénètre dans la zone purement médicale.

4.2.2 L'accueil médical

L'affectation dans une des deux unités est conditionnée par la disponibilité des chambres ou par le fait d'avoir déjà été soigné par un médecin et une des équipes de l'UHSA.

Le patient est accueilli par un infirmier qui fait visiter la structure, lui donne le livret d'accueil et l'installe dans la chambre. Le livret d'accueil, spécifique à l'UHSA, décrit les règles de vie au sein de l'établissement.

Un premier entretien médico-infirmier dans les 24 heures de l'arrivée permet ensuite la définition d'un projet de soins individualisé qui sera revu régulièrement chaque semaine lors des réunions cliniques.

5. LE RESPECT DES DROITS

5.1 LE REGISTRE DE LA LOI, RENSEIGNE AVEC RETARD, NE PERMET PAS UN CONTROLE DES MESURES

Le registre de la loi est tenu par trois agents du service administratif chargés des soins sans consentement du centre hospitalier Gérard Marchant y compris l'UHSA ; un des agents affectés à ce service est en arrêt maladie depuis un an ; les adjoints administratifs assurent en outre la gestion des audiences du juge des libertés et de la détention (JLD).

Le registre comprend les mentions concernant les soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) et sur décision du chef d'établissement (SDDE).

La première page du folio, qui doit permettre de connaître rapidement différentes informations importantes, ne joue pas son rôle. Seule l'identité du patient et, éventuellement, celle du tiers y sont portées et la date d'admission en cas de placement sur décision du chef d'établissement. Les autres rubriques sont inutilisées : aucun renseignement sur les « informations données au patient » (cartouche 3), sur les mesures de protection intervenues antérieurement à l'admission ou sur celles intervenues postérieurement à l'admission (cartouche 4), ni sur les décisions rendues par le juge des libertés et de la détention (cartouche 5). Le cartouche 6 relatif à la levée de la mesure est renseigné mais avec beaucoup de retard, les agents indiquant qu'ils portent les mentions sur la sortie des patients « *quand ils le peuvent* ».



Registres de la loi

Sur la deuxième page du folio, sont agrafés les documents jusqu'à la comparution devant les JLD dans les douze jours de l'admission ; ceux postérieurs à cette date sont placés dans une enveloppe agrafée en page 3.

L'ensemble des documents prévus à l'article L3212-11 du code de la santé publique figurent dans le registre à l'exception de ceux concernant une éventuelle mise sous protection judiciaire soit avant l'admission soit durant l'hospitalisation.

Le registre d'une année donnée ne comprend que les admissions de cette année ; si l'hospitalisation du patient se poursuit l'année suivante, les pièces le concernant sont placées dans une enveloppe rangée dans un placard sans que figure un renvoi dans le registre de l'année d'admission.

La masse des documents ainsi accumulés rend la manipulation des registres très difficile et la consultation des documents compliquée.

Les dispositions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique, qui impose **un délai maximum d'enregistrement de vingt-quatre heures, ne sont pas respectées** ; notamment les arrêtés du préfet sont envoyés par fax mais ne sont intégrés dans le registre de la loi que lors de leur arrivée en original, une fois par mois, ce qui ne permet pas un contrôle effectif de la situation des personnes privées de liberté à un moment donné.

Les certificats médicaux ne comportent pas les observations du patient qui a été informé des modalités de sa prise en charge et les décisions du directeur visent les certificats médicaux sans reprendre même sommairement leur contenu.

RECOMMANDATION 3

Le registre de la loi doit être tenu conformément aux prescriptions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique.

5.2 LA NOTIFICATION DES ARRETES EST FAITE PAR LES INFIRMIERS

Les arrêtés préfectoraux sont transmis à l'UHSA par le service des soins sans consentement du CH aux fins de notification au patient détenu.

Cette notification est réalisée par les IDE qui laissent une copie de l'arrêté et des droits aux patients, qui peuvent ainsi en disposer dans leur chambre. Les voies de recours sont précisées ainsi que les coordonnées des institutions mobilisables.

5.3 L'ETABLISSEMENT FACILITE L'ACCES AU JUGE MAIS LE CONTROLE DU MAGISTRAT EST LIMITE

Une convention a été signée le 16 juin 2014 entre le préfet de région, le président du tribunal de grand instance, la directrice générale de l'ARS, la directrice générale du centre hospitalier Gérard Marchant, le directeur général du CHU de Toulouse et la directrice de la clinique Beaupuy relative à la tenue des audiences de soins sans consentement au sein des établissements d'accueil prévus à l'article L3211-12-2 du code de la santé publique ; elle régit depuis le 1^{er} septembre 2014 les procédures d'audience devant le juge des libertés et de la détention (JLD) :

- audiences les lundi mercredi et vendredi matin à 9h45 au sein de l'hôpital Gérard Marchant pour l'ensemble des établissements du ressort du département de Haute-Garonne soit le centre hospitalier Gérard Marchant (comprenant l'UHSA), le CHU de Toulouse et la clinique Beaupuy ;
- organisation de la saisine du juge avec le mode de transmission des pièces ;
- mise à la disposition des locaux et du matériel informatique par le centre hospitalier Gérard Marchant.

5.3.1 Les locaux et l'organisation de l'audience

Les audiences sont tenues dans une salle de réunion spacieuse, lumineuse, proche de l'entrée de l'établissement et signalée par des panneaux indicateurs ; le juge et le greffier se tiennent derrière une large table sur laquelle se trouve un ordinateur et une imprimante ; un couloir fait office de salle d'attente avec des chaises en nombre suffisant.

Un local, se situant dans un bâtiment à proximité mais de l'autre côté d'une allée, est mis à la disposition de l'avocat pour s'entretenir avec les patients convoqués en toute confidentialité ; une salle d'attente jouxte cette salle d'entretien.

Les saisines du JLD sont préparées par le service administratif des soins sans consentement qui transmet les convocations aux différentes unités ; les soignants les notifient aux patients en leur donnant les informations sur la possibilité de choisir un avocat ; le greffe du tribunal de grande instance de Toulouse avise les tuteurs et curateurs, qui sont rarement présents, ainsi que les tiers

en cas de soins sans consentement à la demande d'un tiers (SDT) ou le préfet en cas de soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).

En l'absence de choix d'un avocat personnel, le ministère d'avocat est assuré par le barreau de Toulouse qui délègue à chaque audience un avocat inscrit sur une liste de permanence, les honoraires étant pris en charge par l'aide juridictionnelle ; ces auxiliaires de justice n'ont aucune formation particulière et ne sont pas spécialisés (l'avocate rencontrée avant l'audience a précisé qu'elle était venue trois ans auparavant) ; ils peuvent consulter les dossiers qui sont mis à leur disposition à partir de 16h au tribunal de grande instance de Toulouse, la veille de l'audience.

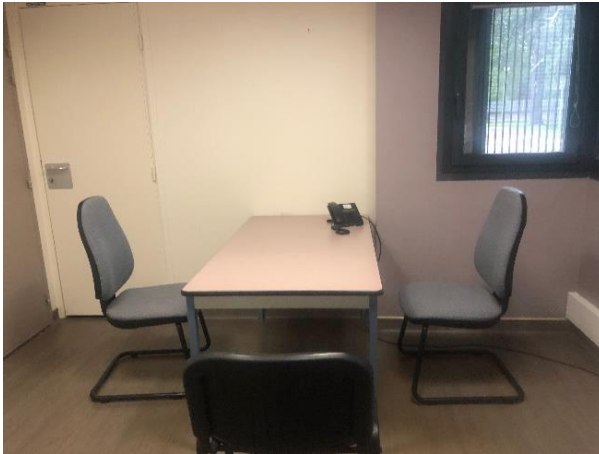


Figure 8 : salle d'entretien avec l'avocat



Figure 9 : bureau du juge et du greffier

5.3.2 Le déroulement de l'audience

Les audiences sont tenues par trois magistrats qui se relaient chaque semaine ; les contrôleurs ont pu assister à celles des 11 et 18 septembre.

Une infirmière est détachée par le centre hospitalier Gérard Marchant pour l'organisation de l'audience ; elle ouvre la salle, appelle les unités pour vérifier la venue des patients convoqués et assure l'ordre de passage sur la base du rôle ; les patients de l'UHSA, qui sont amenés dans un véhicule sanitaire léger (VSL) accompagné d'un fourgon de l'administration pénitentiaire, passent en priorité.

Tous les patients sont convoqués à 9h30 mais arrivent un peu avant pour s'entretenir avec l'avocat qui est présent dès 9h15 ; ils sont accompagnés de leur infirmier référent qui assiste à l'audience sauf s'ils s'y opposent.

Le juge, l'avocat et le greffier sont en tenue civile. La personne convoquée est amenée habillée normalement ; il a cependant été indiqué aux contrôleurs qu'il était arrivé, que le comparant soit en pyjama ; cette pratique n'a pas été confirmée par les soignants dans les unités.

Le ministère public n'est jamais présent et **le juge ne lit pas ses réquisitions** « car cela énerve les patients » ; le magistrat explique son rôle qui est de vérifier la régularité de la procédure mais non de se substituer aux médecins ; l'un d'eux précise au patient que pour les problèmes « techniques » de régularité de la procédure, il ne s'adresse qu'à l'avocat ; à aucun moment le contenu des certificats médicaux n'est évoqué ; le parole est donnée au patient qui s'explique sur les conditions de vie dans l'établissement.

Au cours d'une audience à laquelle les contrôleurs ont assisté, l'avocat a fait valoir l'irrégularité de la procédure en raison de l'existence d'un seul certificat médical initial émanant de

l'établissement d'accueil ; le juge a estimé que ce n'était pas un problème en raison de l'urgence constatée ; le délibéré n'a pas procédé à la mainlevée de la mesure.

Le magistrat, sauf exception, rend ses décisions sur le siège et suspend l'audience pour les motiver. Il les notifie au patient ; un des magistrats donne l'information sur la possibilité de faire un recours devant la cour d'appel de Toulouse mais l'autre non ; aucun ne précise que le juge peut être saisi à tout moment.

Selon les renseignements donnés par l'établissement, le juge n'a prononcé aucune levée d'hospitalisation sur 616 dossiers en 2017, et une seule sur 629 dossiers en 2018, en raison de la tardiveté de sa saisine. En 2019, jusqu'au jour du contrôle, quatre mainlevées ont été ordonnées sur 327 dossiers : trois par la cour d'appel de Toulouse réformant la décision du premier juge : l'une pour défaut de convocation du curateur devant le JLD, l'autre pour établissement du certificat médical initial et des certificats médicaux des 24h et 72h par un même psychiatre et la dernière en raison de la formalisation tardive de la décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement ayant porté atteinte, compte tenu des circonstances de l'espèce, aux droits du patient. Une quatrième mainlevée a été ordonnée par le JLD en raison des mentions contradictoires des certificats médicaux.

Les audiences auprès du JLD sont communes pour tous les patients du CH Gérard Marchant et les patients de l'UHSA ne sont pas distingués des autres dans les relevés d'activité.

L'UHSA constituant un service au sein d'un pôle du CHGM, l'accès au dossier médical, au culte et au vote sont organisés et respectés de manière similaire au reste de l'établissement et n'appelle pas de remarque particulière.

La CDSP intervient à l'UHSA comme dans l'ensemble des établissements du département et son action a été décrite dans le rapport de contrôle du CHGM.

6. LES MODALITES D'ACCES AUX SOINS DES PATIENTS.

6.1 L'ACCES AUX SOINS EST GARANTI

Le projet de soins de septembre 2011 actualise un projet médical écrit en 2007 et détaille les modalités de prise en charge des patients.

Une fois les formalités d'accueil effectuées, le patient est pris en charge par un **infirmier référent**.

Les entretiens médico-infirmiers se déroulent *a minima* à raison d'un par semaine mais les situations particulières peuvent amener le médecin à voir le patient plusieurs fois dans la semaine. Un médecin est toujours présent physiquement dans les unités, très rarement un seul pour les deux unités.

Les principales pathologies rencontrées sont majoritairement les psychoses, les troubles de la personnalité (40 %), les troubles de l'humeur, les troubles névrotiques et réactionnels.

Les réunions cliniques hebdomadaires sont parfaitement pluridisciplinaires intégrant, les aide-soignants, le généraliste, les psychomotriciens, etc. Ces réunions cliniques permettent le développement des projets de soins individuels des patients jusqu'au développement des modalités concrètes de retour en détention, selon la clinique et les capacités d'accueil en détention ou unité SMPR.

Des transmissions sont réalisées entre infirmiers lors des trois relèves d'équipe et une réunion de transmissions en présence des médecins est également tenue chaque matin.

L'examen systématique par le somaticien est effectué après l'admission lors de son passage hebdomadaire ; l'accès au somaticien au cours de l'hospitalisation est ensuite assuré une fois par semaine et en urgence, **même si le temps de généraliste est actuellement de 0,1 ETP réel pour 0,6 ETP prévu lors de l'ouverture de la structure.**

Pour les patients non francophones, une convention avec société *Cofrimi interprétariat* a été signée ; cependant la demande doit être transmise à la direction de l'hôpital une semaine avant, **ce qui empêche un accès en urgence et se révèle peu souple en termes d'organisation.**

La permanence des soins la nuit et les week-ends est assurée par l'interne de garde et le psychiatre d'astreinte de l'ensemble de l'établissement qui dispose des facilités d'accès identiques aux médecins de l'UHSA.

Une permanence des soins somatiques est assurée pour l'ensemble de l'hôpital Marchant de 8h30 à 18h30 : en dehors de ce créneau horaire, le médecin d'astreinte se déplace si nécessaire. En cas d'urgence vitale, le SAMU Centre 15 oriente le patient vers l'un des deux services d'urgence du CHU de Toulouse.

L'accès au médicament est respectueux de la confidentialité et la dispensation s'effectue de manière individuelle dans une pièce spécifique avec comptoir bas sans vitre ; le patient dispose d'un fauteuil pour s'asseoir et le soignant délivre les médicaments du côté pharmacie en réalisant la vérification sur l'ordonnance. Les conditions sont propices à un échange autour du traitement et de la recherche du consentement du patient.

Les patients ont accès aux traitements de substitution aux opiacés.

Des interventions pour refus de traitement sont cependant retrouvées dans les motifs de déclenchement des appels en renfort auprès de l'administration pénitentiaire, même si elles sont dites en dernier recours lorsque l'agitation n'est pas maîtrisable par les soignants seuls ; il conviendra d'établir un protocole de travail conjoint dans ce cadre pour déterminer ce qui est

attendu de chacun ; en effet, les contrôleurs n'ont pas obtenu une explication précise sur les raisons de ces interventions.



Figure 10 : dispensation des médicaments



Figure 11 : activité "terre"

Les activités thérapeutiques sont précocement et bien intégrées dans le projet de soin, animées par des soignants, aides-soignantes, infirmières, psychomotricien, psychologue. L'offre est conséquente et variée, et les plannings remplis lors de la réunion clinique hebdomadaire.

Dans la semaine du 11 au 18 septembre 2019, cinquante-six patients ont bénéficié d'au moins une séance. Les ateliers offraient entre deux et sept places pour les activités suivantes : olfactif, écriture, terre, photolangage, actisens, expression corporelle, psychomotricité individuelle, soin de soi, massage pieds et mains, cuisine, cinéma, théâtre, musculation, rythme. La pharmacienne du CH anime des ateliers d'éducation thérapeutique du patient.

Chaque séance fait l'objet d'un compte rendu sur le logiciel Cortexte.

D'autres activités, occupationnelles, sont également proposées comme la télévision, la bibliothèque (une centaine de livres) et jeux de société.

Le jardin est d'accès libre de 7h jusque 20h30, puis accompagné jusque 23h. Une table de ping-pong et un terrain de volley-ball avec filet à disposition s'y trouvent.

Un groupe soignants-soignés est animé chaque semaine par un psychologue, auquel participent, outre les patients volontaires, un soignant, un cadre, un médecin, une psychologue, un aide-soignant ; les patients y sont assidus.

Une intervenante extérieure sexologue anime, une fois par mois, dans une unité, avec un des trois IDE formés, un jeu de société (de l'oie) sur la sexualité, le désir et le respect de l'autre. Le règlement intérieur interdit d'être à plusieurs dans les chambres. Un travail sur le consentement lors de toute relation affective est effectué.

La mise en pyjama n'est décidée qu'en cas d'affectation en chambre d'isolement.

En articulation avec le responsable pénitentiaire, les soignants peuvent organiser, hors temps de parler, des entretiens avec le patient et sa famille afin de programmer la poursuite des soins de psychiatrie. Une telle réunion réunissait la semaine précédant le contrôle, le médecin psychiatre, l'infirmier, le patient, son enfant et l'assistante sociale.

BONNE PRATIQUE 1

Des entretiens médicaux médiatisés sont organisés avec l'aide matérielle de l'administration pénitentiaire au sein des parloirs.

L'accès aux soins somatiques spécialisés, de même que les examens biologiques et radiologiques, est assuré par le plateau technique du CHU et de la clinique Medipôle sans difficulté rapportée. Le regroupement de plusieurs patients dans une chambre est interdit. L'accès à la salle commune de télévision est possible jusqu'à 23h.

Les chambres sont fermées à clé la nuit de 23h à 7h30. En cas de nécessité, les patients disposent d'un bouton d'appel au chevet de leur lit. Les chambres sont également fermées durant les transmissions et le mardi matin pendant la réunion clinique. Les patients ont soulevé le désagrément de cette fermeture durant toute une matinée, mais ils le relativisent en indiquant que leurs conditions d'enfermement sont pires en prison.



Figure 12 : douche de la CI



Figure 13 : CI d'une unité de l'UHSA

6.2 LA PRATIQUE D'ISOLEMENT EST MODEREE

Chaque unité dispose d'une chambre d'isolement (CI) attenante à la salle de soins avec un fenestron fermable permettant la surveillance. Le lit est fixé au sol au milieu de la pièce et l'espace ne comporte qu'une tablette triangulaire en béton carrelé, dans un angle, et un WC en inox sans séparation physique ni accès à la chasse d'eau ; il n'y a pas de point d'eau accessible, pas de possibilité d'allumer et éteindre la lumière, ni d'actionner le volet ; un bouton d'appel mural existe mais il n'est pas accessible en cas de contention. Une salle d'eau est ouverte par les soignants pour l'accès à une douche, à côté de la chambre.

RECOMMANDATION 4

Les chambres d'isolement doivent permettre un accès aux toilettes et à l'eau potable 24h/24 ; le patient doit pouvoir allumer ou éteindre sa lumière, actionner seul les volets, appeler à l'aide avec un système d'alerte y compris lors des phases de contention.

Les procédures d'isolement et de contention sont connues des soignants. La procédure de mise en chambre d'isolement est complète et a été actualisée en août 2019. Les mesures alternatives à l'isolement consistent principalement à rassembler auprès du patient plusieurs soignants pour tenter une désescalade.

La surveillance infirmière est tracée dans le logiciel Cortexte et les médecins respectent la réalisation de deux visites par jour. **Seul l'accès au somaticien lors de mise en isolement n'est pas respecté.**

RECOMMANDATION 5

Toute personne placée en chambre d'isolement doit bénéficier d'un examen somatique réalisé par un médecin spécialiste en médecine générale.

Toutes les mesures sont exhaustivement renseignées dans le logiciel Cortexte mais pas encore analysé sous la forme d'un registre opérationnel.

L'analyse de ce registre, sur une extraction demandée par les contrôleurs durant la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2019 montre que **sur une file active totale de 169 patients, 36 patients (21 %) ont eu un isolement** lors de 58 mesures, allant de 15 minutes à 1 136 heures, avec une moyenne de 46h à l'unité A et 33h à l'unité B.

6.3 LA CONTENTION EST TRES LIMITEE DANS LES CHAMBRES D'ISOLEMENT

Le même registre montre un usage très rare de la contention avec, sur le même premier semestre 2019, trois patients ayant eu des contentions lors de quatre mesures, avec des durées de trente minutes, une, trois et vingt heures.

Le problème des contentions lors des escortes a été abordé au § 4.1.2.

7. LA GESTION DE LA VIE QUOTIDIENNE

7.1 LES VISITES SONT FACILITEES

Les visites des familles ont lieu les mardis, mercredis après-midi et les samedis, dimanches et jours fériés de 8h30 à 11h30 et de 14h à 17h. La nécessité de disposer d'un permis de visite reste applicable aux proches comme dans un établissement pénitentiaire. Les familles prennent rendez-vous par téléphone auprès d'un surveillant. Les visiteurs de prison viennent à l'UHSA.

En 2018, 245 visites au parloir famille, 18 parloirs avocat, 12 expertises psychiatriques, 6 auditions par la gendarmerie ou la police, 2 visites d'huissiers, 11 visites du délégué du Défenseur des droits, 35 audiences avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), 3 visites de mandataire judiciaires, 18 visioconférences, 3 audiences du juge des tutelles.

Les parloirs doubles sont autorisés une fois par mois ; un deuxième, au cas par cas, peut être accordé sur avis et demande du médecin.

7.2 LE TELEPHONE NE GARANTIT PAS LA CONFIDENTIALITE

Un point téléphonique est disponible dans chacune des deux unités, installée à côté du bureau infirmier. L'appareil est surmonté d'une coque et ne permet pas de garantir la confidentialité des échanges. Le système téléphonique est géré par le partenaire privé *TELIO*.

RECOMMANDATION 6

L'accès aux communications téléphoniques doit être possible dans le respect de la confidentialité des échanges.



Point téléphonique dans une unité

Les personnes peuvent créditer directement leur compte depuis la cabine téléphonique et doivent disposer d'une somme d'argent suffisante. L'explication affichée au-dessus de l'appareil n'est cependant pas très facile à comprendre.

Les écoutes téléphoniques sont réalisées aléatoirement par des surveillants, à tour de rôle. Concernant le **courrier**, un des surveillants de l'UHSA est également vagemestre et recueille le courrier dans la boîte « AP », il le remet ensuite au vagemestre du centre pénitentiaire (CP) de Seysses. Une navette quotidienne est assurée entre cet établissement et l'UHSA.

7.3 L'ORGANISATION DE LA CANTINE EST ADAPTEE AUX PATIENTS DE L'UHSA

Une liste unique recto verso dresse la liste des produits que les patients détenus peuvent cantiner, par l'intermédiaire du centre pénitentiaire de Toulouse-Seysses. Cette liste comprend

des produits d'hygiène, journaux, produits de papeterie, huit références de friandises, six références de boissons et treize références de tabac (cigarettes, papier et tabac à rouler, timbres). Les bons de commande sont transmis au CP de Toulouse-Seysses ; le partenaire privé *Sodexo* gère la préparation et effectue la livraison deux fois par semaine tenant compte du public accueilli (malgré un marché public ne prévoyant qu'une livraison). Les produits cantinés sont livrés dans des cabas numérotés afin de limiter le risque d'erreur.

Le tabac, cantiné, est parfois géré par le personnel soignant afin d'éviter une consommation compulsive par certains. Les patients n'ont l'autorisation de fumer que dans le jardin thérapeutique qui dispose d'un allume-cigarette.

Un « bon de dépannage » est permis pour le manque de tabac à défaut de « cantine arrivants ».

BONNE PRATIQUE 2

Un bon de dépannage permet un accès au tabac adapté

Les personnes sans ressources suffisantes (PRSR) conservent leur droit à l'aide exceptionnelle accordée chaque mois par la commission pluridisciplinaire unique « PSRS » du CP de Toulouse Seysses. Les surveillants ont accès au compte nominatif des détenus patients.

7.4 LA RESTAURATION EST APPRECIÉE PAR LES PATIENTS DÉTENUÉS

Les personnes détenues bénéficient des mêmes menus que les autres patients de l'hôpital. Les repas sont préparés par la cuisine centrale de l'hôpital, conditionnés en barquettes livrées en liaison froide, puis réchauffées dans les deux offices de l'UHSA. Tous les régimes sont possibles : sans porc, sans poisson, végétarien, hypo lipidique.

Les patients rencontrés se sont montrés satisfaits. Ils peuvent choisir de manger dans leur chambre ; le placement à table est libre. Au moment du contrôle, dans une unité, treize patients déjeunaient ensemble au réfectoire, à raison de deux à trois par table.

Les repas sont servis : de 8h30 à 9h pour le petit-déjeuner, à 12h pour le déjeuner, à 16h pour une collation et à 19h pour le dîner.

Par sécurité, une vérification des couverts (normaux en inox) a lieu après chaque repas ; les patients ne peuvent sortir de la salle à manger avec un couvert.

7.5 LES CONDITIONS D'HYGIÈNE SONT SATISFAISANTES

L'ensemble des locaux est d'une parfaite propreté. Le nettoyage de la partie médicale est effectué quotidiennement par des agents des services hospitaliers tandis que la partie pénitentiaire est entretenue par un prestataire privé, qui intervient tous les jours sauf le week-end, à raison de deux heures par jour. L'état de propreté constaté est néanmoins lié au fait que l'agent de la société effectue plus d'heures que prévu.

Le linge est lavé par les aides-soignants dans le service, le linge étant placé en filet individuel, grâce à la présence par unité d'une machine à laver et d'un sèche-linge.

Quelques vêtements de dépannage sont présents et il peut être fait appel à l'association *Mentalo* pour un don de vêtements.

8. LA GESTION PENITENTIAIRE

8.1 LES INCIDENTS SONT PEU NOMBREUX ET TOUJOURS PRIS EN COMPTE

Selon l'encadrement pénitentiaire, les incidents sont peu fréquents, environ un par an. Un patient détenu a agressé un fonctionnaire pénitentiaire par crachats et menaces la semaine précédant la visite. Les équipes régionales d'intervention et de sécurité (ERIS) ne se déplacent pas au sein de l'UHSA.

Les comptes rendus d'incident sont systématiques. L'information du parquet s'effectue avec discernement mais est assez systématique.

Il n'y a pas de traitement disciplinaire le temps de l'hospitalisation mais l'action disciplinaire reprend au retour dans l'établissement. Ces traitements disciplinaires restent très rares, un tous les deux ans. En 2018, cinq événements ont ainsi été recensés : un décès sur problème cardiaque, un épisode de violence volontaire entre personnes détenues, une agression sexuelle (mais classée sans suite), une tentative d'évasion du jardin (premier grillage), une agression d'un personnel pénitentiaire.

Les contrôleurs ont identifié un acte de violence commis en mai 2017 sur un patient par un surveillant à l'occasion d'un refus de réintégration de la chambre à 23h. Les faits ont fait l'objet d'une fiche d'événement indésirable par les soignants et de l'établissement d'un certificat de coups et blessures ; le patient ne souhaite pas porter plainte pour le moment. L'absence d'archive laissée par le précédent officier n'a pas permis de connaître les suites réservées par l'administration pénitentiaire et il semble qu'aucun signalement n'ait été porté à la connaissance du parquet à ce moment.

8.2 LES DEMANDES DE PRET DE MAIN FORTE SONT ORGANISEES

En l'absence de tout incident, le personnel pénitentiaire ne pénètre pas dans la zone d'hébergement et de soins de l'UHSA.

Des alarmes « coup de poing » sont disposées dans la zone de soins. Le personnel soignant est porteur d'un DATI, équipement individuel de protection. Cet appareil comprend deux niveaux d'alerte en cas d'incident :

- un niveau d'alerte 1 dit « renfort » : il est géré par le personnel médical et les soignants. Le personnel médical et les soignants de l'unité concernée sont renforcés par les soignants de l'autre unité ;

- un niveau d'alerte 2 dit « secours » : l'incident déclenche automatiquement le fonctionnement de toutes les caméras de la zone des soins, et les agents visualisent sur un écran la zone concernée. Cette alarme mobilise également le personnel pénitentiaire. Préalablement à l'intervention des agents pénitentiaires, un surveillant contacte le bureau infirmier pour des renseignements complémentaires. Le personnel pénitentiaire pénètre dans la zone médicale avec des tenues d'intervention. Les surveillants rencontrent le cadre et demandent le type d'intervention souhaitée. Dans 80 % des cas, il ne s'agit que d'une dissuasion ; les autres nécessitent des interventions de sécurisation et intervention.

Cependant, de nombreux soignants ont soulevé des dysfonctionnements récurrents de ces appareils.

RECOMMANDATION 7

Les dispositifs d'alerte doivent être maintenus en bon état de fonctionnement pour permettre de réelles mesures de sécurité.

En 2018, sur 129 demandes de renfort, 106 interventions réelles ont eu lieu, les autres étant des erreurs de déclenchement. 64 interventions sont relevées en 2019 au moment du contrôle.

Par exemple, en août 2019, sept interventions sur dix-huit concernaient le même patient et cinq un autre patient et cinq dernières un troisième, soit dix-sept interventions sur dix-huit concernant trois patients.

Les motifs de réquisition étaient, en août : dix affectations en chambre d'isolement avec traitement, trois refus de prise de traitement et cinq mises en place de contention (pour un seul patient arrivé en juillet).

Une procédure de niveau 2 fait systématiquement l'objet d'un rapport circonstancié transmis au cadre de santé. Une fiche de signalement d'événement indésirable rédigée par le personnel médical est transmise à l'officier pénitentiaire. Cette transmission n'était pas en place au moment de l'incident de 2017 rapporté ci-dessus.

8.3 DES FOUILLES NON MOTIVEES SONT REALISEES

Les entrées et sorties de l'UHSA ne déclenchent une fouille par palpation que si le portique sonne. **Des fouilles sectorielles sont organisées dans les locaux communs et les chambres d'une unité ; elles sont systématiquement associées à la fouille intégrale du patient détenu occupant la chambre sauf contre-indication médicale.** La date est choisie en concertation avec le médecin de l'unité. Six fouilles d'aile (dix lits) ont été effectuées en 2018 dont trois sans motivation. Ces fouilles sont tracées dans le logiciel GENESIS et font l'objet d'une information du parquet. Les demandes faites à la direction interrégionale par le directeur de l'établissement sont également tracées dans GENESIS. Sur les six fouilles, un téléphone, un peu de cannabis et des briquets ont été retrouvés.

Par ailleurs, quatre personnes détenues font l'objet de fouilles systématiques individuelles sur un temps donné, motivées par des circonstances explicites.

Il n'y a pas de registre car la traçabilité est faite sur GENESIS.

Une note de service du centre pénitentiaire de Seysses du 23 octobre 2013 porte sur les moyens de contrôle des personnes détenues.

Les fouilles des locaux sont réalisées par deux agents en présence d'un gradé. Le cadre de santé et le médecin sont présents dans l'unité durant ce moment.

Un « débriefing » est organisé entre l'officier pénitentiaire, deux personnels pénitentiaires, le médecin et le cadre de santé de l'unité.

Les comptes rendus pénitentiaires sont adressés au chef d'établissement de Seysses.

8.4 LES MOYENS DE CONTRAINTE SONT GERES AVEC DISCERNEMENT

Les mesures de sécurité prises (menottage simple des mains ou accompagné d'entraves aux pieds) sont graduées en fonction du degré de dangerosité de la personne ainsi transportée.

L'équipe pénitentiaire de l'UHSA dispose de deux véhicules.

Les moyens de contrainte pénitentiaire proposés sont validés par l'officier pénitentiaire, en tenant compte d'un certain nombre d'éléments : le profil de la personne, son âge et son état de dangerosité.

Les agents conservent avec eux des moyens de contrainte, disponibles en cas de besoin, lors du transport du patient détenu dans un véhicule sanitaire.

Les contrôleurs ont examiné les vingt dernières fiches de suivi de transferts :

- un patient extrait sans menottes avec un niveau 1 ;
- quatorze patients extraits avec menottes avec un niveau 1 ou 2 ;
- cinq patients extraits avec menottes et ceinture abdominale avec niveau 2.

Les mesures sont ainsi individualisées avec discernement, en fonction des informations connues de l'administration pénitentiaire.

Les menottes ne sont pas utilisées lors d'intervention dans la zone d'hébergement et de soins.

8.5 LE SUIVI SOCIAL ET D'INSERTION DU PATIENT EST EFFECTIF

Le suivi social des patients est essentiellement effectué par deux assistantes sociales hospitalières pour 1,5 ETP.

Deux conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP) voient les patients une fois tous les quinze jours et font la liaison avec les CPIP des établissements ; elles peuvent venir en urgence (décès familiaux par exemple).

Elles viennent avec leur dossier papier mais pourraient se connecter à GENESIS à partir d'un poste de l'administration pénitentiaire. Cette présence des CPIP à l'UHSA n'existait pas lors du contrôle de 2013.

Concernant l'aménagement des peines, il n'y a jamais eu de libération conditionnelle pour raison médicale depuis l'ouverture.

9. CONCLUSION

La mission de contrôle de l'UHSA a pu se dérouler dans des conditions optimales, dans un esprit constructif et de transparence, grâce au professionnalisme remarquable, tant du côté santé que du côté pénitentiaire.

Les deux entités entretiennent des relations saines et constructives, formalisées par des réunions mensuelles à un niveau directorial comme technique.

Les quelques recommandations émises par le contrôle général en 2013 ont fait l'objet d'une prise en compte et d'une amélioration dans le fonctionnement de l'ensemble : le planning prévisionnel des activités destinées aux patients est affiché de même que la liste des avocats du barreau de Toulouse ; le service pénitentiaire d'insertion et de probation est présent tous les quinze jours, de l'information à destination des familles est affichée dans les parloirs. Le délai d'intervention des surveillants est rapide.

La structure parvient aujourd'hui à limiter les restrictions de liberté à ce qui est nécessaire au respect de la sécurité.

Quelques points pourront utilement améliorer le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté.

Tout d'abord, les modalités de contrainte ou contention devront être décidées, lors des extractions, dans le respect de la dignité de la personne transportée.

Ensuite, les mesures d'isolement des patients devront bénéficier de locaux d'apaisement permettant le respect de la dignité des personnes et un examen somatique systématique devra être organisé.

Enfin, la confidentialité des échanges téléphoniques devra être permise et l'intimité dans les chambres d'hospitalisation effective par la mise en place de fenestrons occultables.

16/18 quai de la Loire
CS 70048
75921 PARIS CEDEX 19
www.cglpl.fr