



Rapport de visite :

Unité hospitalière spécialement aménagée de LYON (Rhône)

Rattachée au centre
hospitalier Le Vinatier

8 au 11 février 2016 – 2^{eme} visite

SYNTHESE

L'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Lyon a été visitée par cinq contrôleurs du 8 au 11 février 2016. Cet établissement avait fait l'objet d'une précédente visite en avril 2011.

Il s'agit de la première UHSA mise en service en 2010, dans le cadre du programme de neuf UHSA prévu par la loi du 9 septembre 2002 et un arrêté de juillet 2010.

L'UHSA de Lyon dispose de soixante lits, répartis en trois unités ; le jour de la visite cinquante-six patients étaient présents à l'UHSA quarante-sept hommes dont un mineur, et neuf femmes. Le taux d'occupation avoisine 90 %. Les patients sont admis pour moitié en SDRE et en soins libres. Ils proviennent pour 80 % d'entre eux de la DISP Centre Est. La grande majorité est constituée par des hommes majeurs (87 %), les femmes représentent 12 %, les mineurs, 1 %. La majorité, (67%) a été incarcérée pour des faits correctionnels.

La mission s'est attachée à rechercher les évolutions intervenues depuis la dernière visite. Le présent rapport reprend notamment les éléments qui avaient été indiqués dans le rapport de 2011, son exploitation ne nécessite pas une connaissance du rapport précédent¹.

A l'issue de la première visite, les contrôleurs avaient formulé dix-neuf observations.

Des améliorations sont à noter depuis la première visite : la bonne tenue des registres de la loi, une nette diminution des demandes de prêt de main forte, la possibilité de maintenir à l'UHSA un patient ayant changé de statut d'admission (de SDRE en SL), une séparation entre l'espace de mise en chauffe des repas et de stockage de linge sale des patients, le recrutement d'un médecin généraliste - cependant non remplacé lors de ses congés.

En revanche d'autres points n'ont pas été réglés : l'absence de registre assurant la traçabilité des mesures d'isolement et de contention – pourtant prévu depuis lors par l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique –, l'absence d'abri pour les familles, l'absence de relevé hebdomadaire des activités effectuées par les patients, les délais d'attente pour les admissions des patients admis en SDRE en provenance d'établissements pénitentiaires situés en dehors de la région Rhône-Alpes.

Lors de la visite de 2016, de nouveaux constats ont été effectués.

S'agissant de **l'isolement et de la contention**, outre la mise en place du registre, la décision de placement doit être prise toutes les 24 heures, c'est-à-dire y compris les dimanches et jours fériés et le médecin généraliste doit suivre les patients concernés quotidiennement.

Des mesures doivent être prises pour améliorer **l'accueil** des patients : audience avec un responsable pénitentiaire dès l'admission, transmission par l'établissement pénitentiaire d'envoi du patient des listes de numéros de téléphone autorisés pour diminuer le temps d'attente pour rétablir les liens familiaux, mise à jour du livret d'accueil, mise en place à l'admission de la procédure de désignation d'une personne de confiance, réflexion sur le port systématique du pyjama.

Dans le cadre de **la vie quotidienne des patients détenus**, il faut améliorer le circuit des cantines qui un gros enjeu pour les malades. A cet effet, la présence d'un membre de la société sous-traitante au sein de la structure s'avère indispensable.

Les modalités de mise en place des **audiences du JLD** au centre hospitalier du Vinatier sont particulièrement remarquables. Cependant il serait utile d'améliorer la signalétique de la salle

¹ Des extraits du rapport de la première visite sont parfois repris dans le présent rapport ; ils apparaissent en italique encadrés

d'audience et de mettre en place une procédure permettant de faire valoir les observations du patient (art L 3211-3 du CSP).

Les **droits des patients** devraient comprendre un accès à l'exercice des cultes et à la possibilité de bénéficier de tous les types d'aménagements de peine auxquels ils peuvent prétendre. Une permanence du SPIP au sein de l'UHSA devrait être mise en place à cet effet.

De même une réflexion doit être conduite sur la possibilité de mettre en œuvre des programmes de soins pour construire un projet de semi-liberté, de liberté conditionnelle ou de placement extérieur.

Il convient de noter une très bonne coordination et cohabitation entre le secteur pénitentiaire et le secteur santé, ainsi qu'une grande implication de tous les membres du personnel (santé et justice).

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SOMMAIRE	4
OBSERVATIONS	6
RAPPORT	8
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	10
2. PRESENTATION DU SITE HOSPITALIER	11
2.1 LE CENTRE HOSPITALIER LE VINATIER	11
2.2 L'UNITE HOSPITALIERE SPECIALEMENT AMENAGEE (UHSA).....	12
2.2.1 Les conditions d'ouverture.....	12
2.3 LE BATIMENT	12
2.3.1 La zone pénitentiaire.....	13
2.3.2 L'accès à l'établissement.....	13
2.3.3 La sécurité périmétrique et la surveillance	13
2.3.4 La zone mixte	14
2.3.5 La zone de soins et d'hébergement	15
2.4 LES EFFECTIFS DE L'UHSA	18
2.4.1 Les effectifs paramédicaux.....	18
2.4.2 Les effectifs médicaux.....	21
2.4.3 Le personnel pénitentiaire	22
2.5 L'ACTIVITE DE L'UHSA	24
2.6 LES EQUIPES SANITAIRE ET PENITENTIAIRE	30
3. L'ADMISSION ET L'ACCUEIL	31
3.1 L'ADMISSION	31
3.1.1 La procédure sanitaire d'admission	31
3.1.2 La procédure pénitentiaire d'admission	33
3.2 L'ACCUEIL	33
3.2.1 L'accueil par les services pénitentiaires	33
3.2.2 L'accueil médical	34
4. LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS	36
4.1 L'ORGANISATION DES SOINS.....	36
4.1.1 Les soins psychiatriques	36
4.1.2 Les soins somatiques.....	41
4.1.3 Les consultations spécialisées	42
4.1.4 Les hospitalisations pour des soins somatiques.....	43
5. LA GESTION DE LA VIE QUOTIDIENNE	44
5.1 LE MAINTIEN DES LIENS FAMILIAUX	44
5.1.1 Les visites	44
5.1.2 Le téléphone	45
5.1.3 Le courrier	46
5.2 LES REGLES DE VIE.....	46
5.2.1 La cantine	46
5.2.2 L'interdiction de fumer- L'accès au tabac	47
5.2.3 La restauration	48
5.2.4 Le nettoyage des locaux.....	48
5.3 LES ACTIVITES	48
5.3.1 Les promenades	48

5.3.2	Le sport	49
5.3.3	La bibliothèque	50
5.3.4	Les autres activités proposées	51
6.	LES DROITS DU PATIENT DETENU.....	53
6.1	L'INFORMATION DU PATIENT.....	53
6.2	LA PERSONNE DE CONFIANCE	53
6.3	LE RECUEIL DES OBSERVATIONS DU PATIENT	54
6.4	LE CONTROLE PAR LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION	54
6.5	LES REGISTRES DE LA LOI.....	55
6.6	L'ACTION DU JUGE DE L'APPLICATION DES PEINES	55
6.7	L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL	56
6.8	L'ACCES AU CULTE	56
7.	LA DISCIPLINE.....	58
7.1	LES INCIDENTS	58
7.1.1	Les demandes de prêt de main forte	58
7.2	LES FOUILLES	58
7.3	LES MOYENS DE CONTRAINTE	59
8.	LE RETOUR VERS L'ETABLISSEMENT D'ORIGINE.....	60
8.1	L'ASPECT MEDICAL.....	60
8.2	L'ASPECT PENITENTIAIRE	61
9.	CONCLUSION.....	62

OBSERVATIONS

LES BONNES PRATIQUES SUIVANTES POURRAIENT ETRE DIFFUSEES

1. BONNE PRATIQUE 31

Pour améliorer le circuit d'admission, dix personnes sont en mesure de représenter le directeur du centre hospitalier le Vinatier..

2. BONNE PRATIQUE 44

Une certaine tolérance est accordée aux familles en cas de retard, eu égard notamment à la difficulté de trouver l'UHSA au sein des 76 ha occupés par l'hôpital et au temps de déplacement important pour les visiteurs venant à pied.

3. BONNE PRATIQUE 60

Depuis la première visite des contrôleurs, il est à noter qu'il n'est plus nécessaire de renvoyer un patient en détention lorsqu'une le SDRE est transformé en SL.

LES MESURES SUIVANTES DEVRAIENT ETRE MISES EN ŒUVRE

1. RECOMMANDATION 24

Il conviendrait de revoir l'organigramme de référence afin de prévoir la présence de personnel féminin dans chaque équipe.

2. RECOMMANDATION 32

Il est souhaitable de laisser les patients admis en soins libres porter leurs vêtements personnels durant leur transport vers l'UHSA, comme c'était le cas antérieurement.

3. RECOMMANDATION 34

Tous les arrivants doivent être rencontrés par le responsable pénitentiaire dans les 48 heures de leur admission.

4. RECOMMANDATION 38

Le renouvellement de la décision d'isolement doit être effectué toutes les 24 heures, y compris le dimanche.

5. RECOMMANDATION 39

Contrairement aux dispositions de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique, Il n'existe pas de registre d'occupation de chacune des chambres d'isolement.

6. RECOMMANDATION 41

Le médecin généraliste doit être remplacé durant ses congés.

7. RECOMMANDATION 43

Le médecin généraliste doit assurer le suivi quotidien des patients placés en chambre d'isolement ou sous contention.

8. RECOMMANDATION 45

La procédure de transmission de la liste des numéros de téléphone par les établissements pénitentiaires doit être revue afin d'éviter une trop longue attente et permettre aux patients de téléphoner dès leur arrivée.

9. RECOMMANDATION 47

La procédure des cantines et notamment son cheminement vers l'UHSA doit être simplifiée afin de réduire considérablement le délai de livraison. La présence a minima hebdomadaire du sous-traitant privé est nécessaire pour régler les éventuels litiges.

10. RECOMMANDATION 51

Les ouvrages de la bibliothèque doivent être renouvelés et des livres en langues étrangères doivent être acquis.

11. RECOMMANDATION 53

Le livret d'accueil doit être remis à jour et comporter des informations complètes et compréhensibles concernant la situation juridique des personnes détenues et l'ensemble des droits y afférents, mais également leurs droits au regard des règles pénitentiaires et du code de santé publique.

12. RECOMMANDATION 53

Tout patient doit être invité, dans les premiers jours de son placement à l'UHSA, à désigner une personne de confiance et à se voir expliquer l'intérêt d'une telle désignation et les droits y afférents.

13. RECOMMANDATION 54

Une procédure permettant de formaliser l'information du patient sur sa possibilité de faire valoir ses observations doit être mise en place conformément aux termes de l'article L3211-3 du code de la santé publique, et le recueil desdites observations.

14. RECOMMANDATION 55

Le panneau de signalisation de la salle d'audience doit être aisément repérable par un visiteur inaccoutumé à l'hôpital.

15. RECOMMANDATION 56

Une permanence du SPIP doit être mise en place au sein de l'UHSA afin de permettre aux patients qui y sont placés de bénéficier de tous les types d'aménagement de peine auxquels ils peuvent prétendre, au même titre et dans les mêmes conditions que les personnes détenues placées en établissement pénitentiaire.

Rapport

Contrôleurs :

- Adeline HAZAN Contrôleure générale ;
- Ludovic BACQ, chef de mission ;
- Betty BRAHMY ;
- Cédric DE TORCY ;
- Gilles CAPPELO.

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 annoncée de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Lyon du 8 au 11 février 2016.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Dès leur arrivée au centre hospitalier Le Vinatier 95 boulevard Pinel à Bron, le lundi 8 février à 14h45, les contrôleurs se sont présentés à la direction de l'hôpital où ils ont été immédiatement accueillis par le directeur général.

Une réunion de présentation s'est ensuite tenue avec :

- le directeur de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas ;
- la directrice des relations avec les usagers ;
- la présidente et le vice-président de la commission médicale d'établissement ;
- le médecin coordonnateur de pôle ;
- le médecin responsable de l'UHSA ;
- la secrétaire générale de la DAGF² ;
- la directrice pénitentiaire adjointe en charge de l'UHSA ;
- le capitaine responsable de l'UHSA.

A l'issue de cette réunion les contrôleurs se sont rendus sur la structure même de l'UHSA pour en effectuer la visite.

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

Ils ont assisté à une audience tenue par le juge des libertés et de la détention le mercredi 10 février à 14h.

Le directeur de cabinet du préfet de région, le directeur de l'agence régionale de santé (ARS), le président du tribunal de grande instance de Lyon et le procureur de la République ont été informés par téléphone de la visite. Une réunion de restitution a eu lieu le Jeudi 11 février à 11h en présence de tous les membres présents lors de la réunion de présentation.

Un rapport de constat a été adressé au chef d'établissement le 16 décembre 2016 aux fins de recueillir ses observations. Il y a répondu par une lettre du 30 janvier 2017. Ces observations sont intégrées dans le présent rapport.

² Direction des affaires générales et financières

2. PRESENTATION DU SITE HOSPITALIER

2.1 LE CENTRE HOSPITALIER LE VINATIER

Le centre hospitalier Le Vinatier est un établissement public de santé mentale.

En 1876, « l'Asile départemental d'aliénés de Bron » ouvre ses portes sur un terrain de 37 hectares ; en 1937 l'établissement devient « hôpital départemental » et son implantation s'agrandit à 112 hectares ; une ferme, un verger, un potager, des vignes y sont implantés.

En 1986, le dispositif public de secteur est organisé. Le centre hospitalier Le Vinatier se dote, outre des secteurs d'hospitalisation temps plein, d'hôpitaux de jour (HDJ), de centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) et de centres médico-psychologiques (CMP) installés dans la ville.

Le département du Rhône est découpé en vingt-trois secteurs de psychiatrie. Le centre hospitalier Le Vinatier est chargé de l'organisation des soins psychiatriques de onze secteurs pour adultes et cinq intersecteurs pour enfants. Ces secteurs sont répartis sur sept arrondissements de Lyon, et les communes de Bron, Vaulx-en-Velin, Villeurbanne, Caluire-et-Cuire, Décines-Charpieu, Meyzieu, Neuville-sur-Saône, Rillieux-la-Pape.

En 2011, l'établissement s'est structuré en dix pôles : quatre pôles psychiatriques polyvalents, cinq pôles psychiatriques transversaux et le pôle direction. Le centre hospitalier Le Vinatier emploie 2 400 personnes.

L'UHSA est une unité hospitalière interrégionale destinée à l'accueil et la prise en charge en hospitalisation complète de personnes détenues des deux sexes, majeures ou mineures écrouées, condamnées ou prévenues, souffrants de troubles mentaux.

Pour la durée de l'hospitalisation à l'UHSA la personne incarcérée est enregistrée sous un numéro d'écrou dépendant de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas.

Ce service hospitalier est placé sous l'autorité de deux administrations :

- la santé, avec une équipe soignante (médicale et paramédicale) qui assure les soins sous la responsabilité du médecin chef de pôle SMD-PL (santé mentale des détenus et de psychiatrie légale) et du directeur du centre hospitalier ;
- l'administration pénitentiaire, avec une équipe pénitentiaire qui comprend du personnel de surveillance qui assure les missions liées à la sécurité, sous la responsabilité du directeur de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas, et du personnel d'insertion et de probation, placé sous la responsabilité du directeur interrégional des services pénitentiaires, qui en lien avec le travailleur social du centre hospitalier assurent la préparation à la sortie et les mesures d'individualisation de peines.

Les établissements pénitentiaires relevant de la zone de desserte de l'UHSA de Lyon sont :

- les maisons d'arrêt (MA) de Aurillac, Besançon, Bonneville, Chambéry, Clermont-Ferrand, Lyon-Corbas, Dijon, La Talaudière (Saint-Etienne), Lons-le-Saunier, Montbéliard, Montluçon, Privas, le Puy-en-Velay, Riom, Valence, Varcès (Grenoble), Villefranche-sur-Saône ;
- les centres de détention (CD) de Riom, Roanne ;

- les centres pénitentiaires (CP) d'Aiton, de Bourg-en-Bresse, Moulins, Saint-Quentin-Fallavier, Varennes-le-Grand ;
- l'établissement pour mineurs (EPM) de Meyzieu.

Ces établissements pénitentiaires totalisent 3 975 places théoriques.

2.2 L'UNITÉ HOSPITALIÈRE SPÉCIALEMENT AMÉNAGÉE (UHSA)

2.2.1 Les conditions d'ouverture

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

L'arrêté du 20 juillet 2010 fixe la liste des neuf UHSA de la première tranche (soit 440 places) avec leur établissement de santé de rattachement et leur compétence. A ce jour sept sont en service et deux sont en projet sur le territoire. L'UHSA de Lyon a été ouverte le 18 mai 2010.

L'UHSA de Lyon dispose d'une capacité de soixante lits, le jour de la visite cinquante-six patients étaient présents à l'UHSA quarante-sept hommes dont un mineur et neuf femmes, répartis de la manière suivante :

	HOMMES	FEMMES	+ jeune	+ âgé	Durée la plus longues
SL (soins libres)	29	6	17 ans	77 ans	938 jours
SDRE (Soins sur décision du représentant de l'Etat)	18	3	21 ans	63 ans	447 jours

2.3 LE BATIMENT

L'UHSA est située à l'angle Nord-est du site d'implantation du centre hospitalier, à proximité du passage pour voitures et piétons donnant sur les hôpitaux-Est, le long du Boulevard Laurent Bonnevey à Bron.

Un parking pouvant accueillir les véhicules du personnel et des visiteurs est situé en face de l'entrée principale de l'UHSA.

A gauche de la porte d'entrée principale (PEP) de l'UHSA, se trouve le sas véhicules qui est fermé par des portes métalliques pleines, ouvertes électriquement à partir de la PEP. Plus à gauche, un portail grillagé donne accès au glacis planté d'herbe qui entoure le périmètre de l'UHSA.



L'entrée de l'UHSA

2.3.1 La zone pénitentiaire

Lors de la dernière visite les contrôleurs avaient fait les constats suivants qui restent inchangés :

2.3.2 L'accès à l'établissement

Après avoir remis ses papiers d'identité à travers un passe-documents, le visiteur pénètre à l'intérieur d'un sas. Les vitrages blindés sont transparents, ce qui permet aux visiteurs d'apercevoir le surveillant pénitentiaire en poste à la porte d'entrée.

Tous les visiteurs doivent se soumettre au contrôle d'un portique de détection de masses métalliques. Les objets susceptibles de déclencher la sonnerie du portique sont contrôlés à l'aide d'un tunnel d'inspection à rayons X. Des chaussons en plastique sont à la disposition des visiteurs qui se verraient contraints de retirer leurs chaussures.

Un appareil émetteur-récepteur de type « MOTOROLA » ainsi qu'un trousseau de clefs, permettant notamment un accès aux chambres et aux bureaux, est systématiquement remis aux fonctionnaires pénitentiaires et au personnel médical. Dix alarmes portatives individuelles (API) sont confiées aux intervenants occasionnels.

Quarante casiers de consigne sont à la disposition des visiteurs à l'intérieur du sas piétons. Un de ces casiers, identifié par une croix verte, est réservé au dépôt des prélèvements biologiques et, seuls le coursier du laboratoire et les personnels soignants en ont la clé.

Une porte a été aménagée à destination des personnes à mobilité réduite.

Les véhicules pénètrent dans un sas. Ils sont contrôlés et inspectés par un agent.

Deux agents sont affectés à la porte d'entrée, l'un au niveau du sas piétons, l'autre au sas véhicules. Tous les agents pénitentiaires affectés à l'UHSA sont polyvalents ; par conséquent, aucun surveillant n'est spécialisé dans les fonctions de garde de la porte d'entrée, qui reste en service 24h/24.

Tous les mouvements d'entrée et de sortie sont inscrits manuellement sur un registre réglementaire.

Il n'existe pas d'abri spécifiquement destiné aux familles des patients détenus. Toutefois, une salle chauffée est mise à leur disposition par l'hôpital à 200 m de l'UHSA.

2.3.3 La sécurité périmétrique et la surveillance

L'UHSA est entourée d'un mur d'enceinte en béton, d'une hauteur de 6 m avec système anti-grappin. A l'extérieur de l'enceinte un petit glacis extérieur a été aménagé ; il est délimité par un grillage symbolique de faible hauteur. A l'intérieur de l'enceinte se trouve un chemin de ronde doté d'un dispositif de protection qui a pour objet de détecter tout mouvement dans cette zone. Le grillage délimitant la zone neutre du chemin de ronde est doté d'un bas-volet garni d'un fil de fer barbelé.

Des agents pénitentiaires, porteurs d'armes létales, assurent dans le cadre de leur mission de prévention des évasions, la garde périmétrique de la structure par des rondes régulières, de jour comme de nuit.

Les fenêtres des chambres sont toutes équipées de barreaux, mais dépourvues de caillebotis. Les chambres sont ouvertes par le personnel soignant.

La plupart des appareils de radiocommunication de l'UHSA, de type MOTOROLA, disposent des fonctions perte de verticalité (avec temporisation), bouton d'alarme, cordon d'arrachage et d'une fonction émetteur-récepteur. Des balises API sont disposées sur l'ensemble de la structure. A noter que les API remises aux intervenants occasionnels ne sont pas dotées de systèmes de radiocommunication.

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

Enfin l'UHSA est dotée d'une base ACROPOL pour faciliter la communication avec les services de police en cas d'incident grave.

Un système de vidéosurveillance assure une couverture continue de l'ensemble des zones de l'UHSA. Il permet non seulement la visualisation courante d'une zone mais aussi une relecture d'images enregistrées. L'enregistrement est permanent ; la durée de stockage des images est de 96 heures.

Le visionnage des images a été utilisé une seule fois depuis la mise en service de l'établissement, afin de tenter de retrouver un trousseau de clefs égaré.

Le système de vidéosurveillance permet la visualisation des circulations internes aux unités, des cours de promenade, du plateau sportif, de la cour dite « exutoire » et du plateau de soins. Les accès à chaque unité d'hébergement, le glacis, les sas véhicules et piétons, les zones du parloir et du greffe, le chemin de ronde sont également contrôlés par des moyens de vidéosurveillance. Aucune caméra n'est implantée dans les chambres et dans les bureaux.

2.3.4 La zone mixte

Celle-ci est constituée de la zone dite des parloirs.

Elle est accessible depuis la cour de distribution et depuis le couloir desservant l'espace des soins, accès contrôlés par le PCC.

Côté visiteurs, on entre dans une salle d'attente débouchant dans un couloir de circulation de 10,50 m de long qui dessert les entrées des cinq parloirs (cf. infra).

La salle d'attente de 25 m² est équipée de deux sanitaires ;; elle est meublée de dix chaises métalliques fixées au sol, d'une table ronde également fixée au sol, de six chaises pour enfants. Des jouets, des livres pour enfants et des revues sont disposés sur la table ronde. Deux fenêtres barreaudées de 2 m de long assurent l'éclairage naturel.

Le couloir de distribution dessert successivement le parloir famille, le parloir individuel n° 1, le parloir individuel n° 2, le parloir individuel avec hygiaphone, le parloir thérapeutique.

Le parloir famille a une superficie de 10 m² ; il est meublé d'une table rectangulaire avec quatre chaises métalliques et de deux chauffeuses.

Les parloirs individuels n° 2 et 3 ont chacun une superficie de 6 m² et sont équipés d'une table rectangulaire fixée au sol et de trois chaises métalliques.

Le parloir individuel n° 3 avec hygiaphone a une superficie de 6 m². Il est équipé d'un plan de travail fixé au sol sur toute sa largeur avec une séparation verticale dont la partie supérieure est vitrée et munie d'un hygiaphone. Une chaise métallique côté patient et deux chaises métalliques côté visiteurs complètent son équipement.

Le parloir thérapeutique a une superficie de 16 m² et est équipé d'un sanitaire complet (douche, wc, lavabo) de 4 m². Une fenêtre barreaudée de 1,40 m de long assure un éclairage naturel. Ce parloir est meublé de deux chauffeuses, d'un canapé convertible de quatre places, d'une table basse et d'une table ronde avec quatre chaises métalliques. Un placard de 1,60 m de long installé près de la fenêtre contient un ensemble kitchenette complet (évier avec égouttoir, plaque de cuisson électrique deux feux, réfrigérateur et micro-ondes). La présence d'un personnel soignant pour « faire du lien entre le visiteur et le visité » y est indispensable.

Situé entre le parloir n° 3 et le parloir thérapeutique, un sas dont les ouvertures sont commandées par le PCC, permet un passage direct entre le couloir de circulation des visiteurs et celui des patients.

Côté patients, on accède aux parloirs via la « rue centrale » par un sas de 6 m² qui dessert lui-même un local d'attente de 4 m², une seconde pièce d'attente dite isolée de 2,80 m² et le couloir de circulation de 6 m de long.

Ce couloir ouvre sur les parloirs et le sas mentionné supra mais également sur un espace qui dessert à son tour : une pièce d'attente avant la fouille de 6 m², un local de fouille de 5 m² et une salle d'attente après la fouille de 6 m². Toutes les pièces d'attente (avant ou après le parloir) et le local de fouille sont équipés d'un banc maçonné de 0,30 m de profondeur.

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

2.3.5 La zone de soins et d'hébergement

L'UHSA est constituée, outre une unité administrative, de trois unités de soins dont l'une est située en rez-de-chaussée et deux à l'étage. Chaque unité de soins comporte vingt lits en chambres individuelles en tout point semblables, à l'exception d'une chambre pour personnes à mobilité réduite :

- l'unité C (Louis Waldman) est une unité d'accueil et d'observation pour les personnes en décompensation aiguë ;

- l'unité B (Marcel Colin) est une unité de soins individualisés qui accueille en priorité les femmes et les mineurs ;

Ces deux unités sont situées à l'étage.

L'unité A (Solange Troisier), située au rez-de-chaussée, est centrée sur un projet de vie quotidien et à moyen terme avec un traitement du patient axé sur l'amélioration des capacités relationnelles et sociales dans le but d'une préparation à la sortie, soit par retour à la vie pénitentiaire, soit en milieu libre.

Passée la zone pénitentiaire, l'accès à la zone de soins et d'hébergement est commandé par une grille qui ne peut être ouverte que par un surveillant depuis un poste isolé ayant une vue sur le long couloir (42,50 m sur 4,10 m), dénommé « rue centrale », qui dessert les bureaux, la

zone des parloirs, des patios et cours de promenade, des salles d'activités et qui mène aux unités de soins (l'unité A au rez-de-chaussée, les unités B et C à l'étage).

Au rez-de-chaussée, les bâtiments comportent deux parties :

- **une première partie**, de forme carrée, comprend : sur la droite, la zone « parloirs » ; un patio de 73 m², les bureaux des médecins.

Le bureau du médecin-chef d'une superficie de 18,66 m² comprend, outre un bureau avec fauteuil, une lampe de bureau et un ordinateur, une table ronde pliante avec quatre sièges, une armoire bibliothèque, deux chaises visiteurs, un placard avec des rayonnages, une table basse, deux chauffeuses et un éclairage halogène.

Les bureaux des deux autres médecins responsables, chacun, d'une unité de soins, ayant une surface respective de 12,60 m² et 11,85 m² et étant équipés chacun d'un bureau avec lampe, ordinateur et fauteuil, de deux fauteuils visiteurs, d'un siège pour électroencéphalogramme, d'un lavabo, d'un placard avec rayonnages et d'une poubelle.

Les bureaux du secrétariat (21,30 m²), du cadre supérieur (15,88 m²) et du cadre administratif (13,16 m²).

Un second patio de même superficie que le précédent sur la gauche, une cour-jardin de 294 m² ; des locaux techniques ; trois bureaux de, respectivement, 10,85 m², 11,16 m² et 10,87 m² (ce dernier pourvu d'un divan) ; des locaux d'activités ; la bibliothèque multimédia de 30,20 m² ; une salle d'ergothérapie de 21 m² avec quatre tables modulaires rectangulaires pliantes et seize chaises métalliques pliantes, un chariot à séchage poterie, un lavabo, une poubelle et un tableau Velléda®. Cette pièce est complétée par un dégagement de 10 m² équipé d'un évier à un bac avec des meubles bas, des paillasse et des étagères pour le matériel de peinture ainsi qu'une armoire avec des rayonnages de rangement ; une salle d'activités psychomotrices de 40,86 m² avec une barre et un tapis de gymnastique, deux fauteuils ergonomiques, quatre baffles de chaîne hi-fi encastrés au plafond, des ballons en mousse, deux barres de danse, un miroir plain-pied, un rideau, un meuble informatique sécurisé et une chaise dactylo.

Un local buanderie de 19,23 m² avec deux machines à laver de ménage, une machine à laver et un sèche-linge semi-industriels, deux planches à repasser, un évier à deux bacs avec des placards haut et bas et des paniers à linge plastiques ; un local de rangement du matériel de 9,64 m² ; un local sanitaire de 2,67 m² pour les patients, avec cuvette wc et lavabo ; une salle de réunions polyvalente de 38,62 m² avec une table centrale et vingt sièges .

L'accès à un plateau sportif de 303 m² conçu pour la pratique du football, du volley-ball, du badminton, du basket-ball (un panier) et du ping-pong (table en béton). Ce plateau est fermé par une clôture grillagée doublée d'une haie. Il est équipé d'un abri avec deux bancs de béton à quatre places, d'un urinoir et d'un brumisateur. A l'extrémité du plateau on trouve un espace avec trois arbres.

- **une seconde partie**, dans le prolongement, de forme rectangulaire, constitue les locaux de l'unité de soins A avec, en leur centre, une cour-jardin de 232 m² bordée d'un trottoir en béton entourant un espace avec des plantations (graminées et rosiers). Cet espace est entouré, d'une part, par des locaux techniques, des sanitaires (pour les patients et les personnels), un bureau

polyvalent de 12 m², une salle de bains thérapeutique de 17,41 m² (avec une baignoire pour hydrothérapie, un lavabo, une douche, un fauteuil pour la pédicurie, un sèche-cheveux mural, une armoire fermant à clé, un plan de travail et un siège), un atelier cuisine de 16,85 m² (avec une table de préparation et six chaises pliantes métalliques, un lavabo, un évier double vasque, deux plaques électriques, un four à micro-ondes, un réfrigérateur-conservateur, un plan de travail, des meubles bas, un placard avec des rayonnages, un tableau Veléda® posé sur un bahut bas) et, séparée par des portes coulissantes, une salle d'activités de 20,36 m² (avec deux tables modulables rectangulaires pliantes et huit chaises pliantes métalliques, une pailasse humide sur un meuble bas, un placard avec des rayonnages, un meuble bas surmonté d'un tableau Veléda®), et d'autre part, un ensemble, en forme de U, de **dix-neuf chambres individuelles** de 13 m² (avec un lit de 2,20 m sur 0,90 m fixé au sol, une tablette, un bureau surmonté d'un poste de télévision et complété par une chaise monobloc, une penderie et une salle d'eau de 3,22 m² comportant un lavabo, une cuvette de wc et une douche « à l'italienne »), **une chambre pour personnes à mobilité réduite** (13 m²) pourvue d'une salle d'eau de 4 m² dotée des mêmes éléments que les chambres « ordinaires », les portes de communication extérieure et intérieure (0,90 m de large) permettant le passage d'un fauteuil roulant, et, précédée d'un sas de 3,63 m², **une chambre « de soins intensifs »** de 17,72 m² avec un lit fixé au sol, face au lit, une banquette surmontée d'une télévision, et pourvue d'une salle d'eau avec lavabo et cuvette de wc.

Les trois unités de soins sont conçues selon le même schéma structurel et l'on y retrouve, selon la même disposition, superposée, des pièces de même nature et de mêmes dimensions pour remplir les mêmes fonctions.

Chaque unité comprend, outre les chambres des patients : un bureau infirmier de 15,53 m², un bureau de cadre de santé de 11,71 m², un box patients de 12,01 m² (avec un lavabo, un tabouret à hauteur variable, un négatoscope deux plages, une toise, une balance, un meuble à tiroirs sur roulettes, un plan de travail, une table d'examen), une salle de bains thérapeutique de 17,18 m², une salle de désinfection de 10,02 m² et une salle de préparation de 9,73 m².

Dans l'unité B, on trouve un bureau polyvalent de 13,18 m², une salle d'activités de 17,72 m² communiquant avec un atelier cuisine de 21 m².

L'unité C est dotée d'une salle de musculation de 15,87 m² à la disposition des trois unités avec, encastrée dans le plafond, une chaîne hi-fi et quatre baffles –un à chaque coin de la pièce –, des barres en espalier, un miroir plain-pied, des tatamis, un sac de frappe, une barre fixée au mur, un vélo d'entraînement fixe, un rameur, une barre de danse, un placard avec des rayonnages.



La zone mixte



2.4 LES EFFECTIFS DE L'UHSA

2.4.1 Les effectifs paramédicaux

Le tableau suivant indique la situation des effectifs au 1^{er} février 2016.

catégorie	ETP budgétés	ETP pourvus	différence
Cadre supérieur	0,5	0,5	0
Cadre santé	3	3	0
IDE jour	34	33	1 poste pourvu le 8/2
IDE nuit	19	19	0
Aide-soignant jour	19	19	0
Aide-soignant nuit	12	12	0
Ergothérapeute/ Art-thérapeute	1	0,7	

Psychologue	2,2	2,1	0,1
psychomotricien	1	0,86	Absente mercredis
Kinésithérapeute	0	0	0
Educateur sportif	1	0,6	0,4
Assistante sociale	2	2	0
ASH ³	13	13	0
Assistant médico-administratif	2	1,69	10 % secrétariat pôle

Selon les informations recueillies, il n'existe aucune difficulté pour recruter le personnel soignant. Plusieurs éléments expliquent cette situation favorable :

- les horaires en 12 heures⁴ (à l'exception des agents des services hospitaliers qui exercent leur activité de 6h30 à 14h30 et de 12h30 à 20h30) ;
- la spécificité du travail ;
- la mobilité offerte sur l'ensemble des structures du pôle (SMPR de la MA de Corbas, unité sanitaire de Saint-Quentin-Fallavier, EPM de Meyzieu, CMP, CSAPA de Corbas, centre ressources pour les auteurs d'agressions sexuelles ;
- la prime de risque qui n'apparaît pas cependant comme prédominante.

Les soignants qui intègrent l'UHSA bénéficient de formations spécifiques en criminologie et en psychiatrie incluant la visite de la maison d'arrêt de Corbas. Il existe également une formation d'une journée au sein de l'administration pénitentiaire.⁵ Le matin le dispositif est présenté par le capitaine responsable des personnels pénitentiaires de l'UHSA avec un surveillant ; l'après-midi, des exercices de sécurité sont proposés ainsi que l'utilisation du *Motorola*[®], la connaissance du travail de l'administration pénitentiaire, du PCC, le mode de déclenchement de l'alarme, les prêts de main forte...

A titre d'exemple, l'infirmière arrivée le 8 février (en provenance de l'unité pour malades difficiles de Bron) bénéficiera d'une telle formation d'ici avril 2016.

Il a été observé un turn-over des infirmières depuis l'ouverture de la structure. On observe une durée de service de trois ans au sein de l'UHSA. La cadre supérieure de santé qui exerce à mi-temps à l'UHSA et à mi-temps sur le reste du pôle a pris ses fonctions en 2011.

³ ASH : agent des services hospitaliers

⁴ Les infirmiers exercent leur activité de 7h à 19h ou de 8h à 20h, les aides-soignants de 7h30 à 19h36. L'équipe de nuit travaille de 19h30 à 7h30, ce qui dégage un temps de relève pour les transmissions de 30 minutes.

⁵ Cinq formations ont eu lieu en 2015.

L'absentéisme touche essentiellement, selon les informations recueillies, les ASH6 qui œuvrent dans la zone logistique située avant la grille menant aux unités d'hébergement, soit de manière excentrée par rapport à celles-ci.

La cadre de santé de l'unité C est en arrêt de maladie au moment de la visite. La cadre supérieure de santé est, de ce fait, présente dans l'unité C.

Il est à noter que les soignantes en congé maternité bénéficient d'un congé d'une durée supérieure à la normale quasiment systématiquement comme si les médecins considéraient qu'il fallait les « protéger » du fait de leur représentation du milieu où elles travaillent et d'un risque de passage à l'acte des patients dont elles s'occupent.

La cadre supérieure de santé a la possibilité de recourir à des infirmières intérimaires pour pallier les congés de maternité.

En 2015, à l'unité B la même infirmière intérimaire a ainsi été recrutée durant douze jours en février et dix jours en mars. A l'unité C, trois infirmières ont été en arrêt maladie. Trois jours d'intérim en novembre, puis six jours en décembre ainsi qu'un contrat de trois mois (non renouvelé) ont été nécessaires pour pallier ces absences.

Pour faire fonctionner les unités, les effectifs suivants sont nécessaires :

- à l'unité A : trois infirmiers et deux aides-soignants ;
- à l'unité B : deux infirmiers et deux aides-soignants ;
- à l'unité C : deux infirmiers et deux aides-soignants.

Durant la nuit, neuf à dix soignants sont présents pour l'ensemble de l'UHSA : deux infirmiers et un aide-soignant à l'unité A et à l'unité B ; au moins deux infirmiers et un aide-soignant à l'unité C.

Un cadre de santé de nuit est présent au bureau de coordination.

Il existe une grande solidarité entre toutes les catégories de personnels (médecins, soignants, administratifs) dans tous les aspects de la prise en charge des patients et de la vie quotidienne au sein de l'UHSA. La forte présence et la disponibilité des médecins contribuent, selon les informations recueillies, à la bonne ambiance du service.

Un document intitulé « les incontournables – petit guide pour accompagner vos premiers pas à l'UHSA Simone Veil » est remis aux personnels soignants. Il comprend :

- un chapitre sur le fonctionnement quotidien et les règles de sécurité spécifiques prenant leurs fonctions dans la structure :
 - o *Motorola*® et trousseau de clés ;
 - o sortie des patients et gestion des cours ;
 - o service de nuit (19h/22h30) ;
 - o surveillance des couverts ;
 - o gestion des mouvements de patients entre l'UHSA et l'extérieur (admission, sortie, consultation, extraction judiciaire, comparution au JLD ;

⁶ Les ASH se répartissent ainsi : quatre à l'unité A, quatre à l'unité B et cinq à l'unité C.

- un chapitre sur les spécificités du milieu pénitentiaire :
 - o vocabulaire avec la définition de trente-quatre mots ou acronymes en annexe ;
 - o la régie financière : cantine arrivant, hebdomadaire, exceptionnelle.

2.4.2 Les effectifs médicaux

Au 1er février 2016, la situation est la suivante :

- la responsable de l'UHSA (praticien hospitalier) n'assure qu'un mi-temps dans son service : elle est chargée (par intérim) de la création des urgences de Lyon Métropole jusqu'au 15 juin 2016 ;
- le praticien hospitalier responsable de l'unité A est présent à l'UHSA à 0,7 ETP ; le reste de son temps est réalisé à la MA de Corbas ;
- le praticien hospitalier responsable de l'unité B est présent à l'UHSA à 0,7 ETP ; le reste de son temps est réalisé à la MA de Corbas (0,2 ETP) et il dispose d'une demi-journée d'intérêt général ;
- le praticien hospitalier responsable de l'unité C est présent à l'UHSA à temps plein ;
- un praticien hospitalier exerce à 0,6 ETP à l'unité C ; elle effectue le reste de son activité à la MA de Corbas ;
- le médecin somaticien, praticien hospitalier assure quatre demi-journées au sein de l'UHSA ; elle réalise le reste de son activité au sein d'un service de psychiatrie et à la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) ;
- un praticien à temps plein effectue une demi-journée à l'UHSA dans le cadre de l'atelier médicaments avec le médecin somaticien (cf. § 4.1.2) ;
- une assistante en psychiatrie est affectée à temps plein à l'unité B ; elle vient de réussir le concours de praticien hospitalier ;
- un poste d'interne est affecté à l'UHSA.

Les médecins sont présents de 9h à 19h du lundi au vendredi et l'un d'eux assure une présence le samedi de 9h à 13h. Aucun n'est présent à l'UHSA le dimanche. Dans le cas où il ya deux jours fériés consécutifs, il est organisé un passage sur l'un des deux jours.

La **permanence des soins** comprend :

- un interne de garde en psychiatrie du centre hospitalier Le Vinatier (CHV) ;
- une astreinte à domicile pour les soins somatiques ;
- un psychiatre senior d'astreinte à domicile pour le pôle ; onze psychiatres sont concernés par cette astreinte qui est organisée en deux parties sur la semaine : un praticien est d'astreinte du lundi au jeudi et un second pour le vendredi, samedi et dimanche. Ce psychiatre est chargé des admissions après 19h, des urgences des MA de Corbas et de Saint-Quentin-Fallavier, de la prescription de la méthadone et des demandes d'admission en urgence à l'UHSA.

Des réunions sont organisées régulièrement à l'UHSA :

- réunion médico-cadres le premier mardi de chaque mois de 11h30 à 12h30 ;
- réunion psychiatres et médecin généraliste le troisième mardi de chaque mois de 11h30 à 12h30 ;

- réunion médecins-cadres-intervenants (psychomotricienne-éducateur sportif, assistantes sociales, psychologues) le quatrième mardi de chaque mois de 11h30 à 12h30 ;
- réunion médecins-psychologues le deuxième mardi de chaque mois de 9h à 10h30 au PC du pôle ;
- réunion médecins-cadres-secrétariat le lundi, mercredi, vendredi de 12h à 12h30 pour les indications ;
- réunion cadres-secrétariat-administration pénitentiaire tous les jours de 13h à 14h pour l'organisation des mouvements.
- synthèses cliniques :
 - o un vendredi sur deux de 14h à 16h à l'unité A ;
 - o un vendredi sur deux de 9h30 à 10h30 à l'unité B ;
 - o lundi tous les 15 jours de 13h30 à 15h à l'unité C ;
- réunions institutionnelles :
 - o vendredi toutes les six semaines à l'unité A de 14h à 16h ;
 - o un vendredi sur deux de 10h30 à 12h à l'unité B ;
 - o lundi toutes les six semaines à l'unité C de 14h à 15h30 ;
- visite de tous les patients :
 - o lundi 10h-12h à l'unité A ;
 - o mardi 16h-17h30 à l'unité B ;
 - o lundi 11h-12h à l'unité C ;
- grande relève avec intervenants :
 - o mardi 14h-15h30, mercredi avec les assistantes sociales de 14h à 15h30 à l'unité A ;
 - o jeudi 10h30-11h30 à l'unité B ;
 - o lundi 9h30-11h à l'unité C ;
- relève de nuit :
 - o deuxième mardi de chaque mois 19h30 à 21h à l'unité A ;
 - o troisième mardi de chaque mois 19h30 à 21h à l'unité B ;
 - o premier lundi de chaque mois de 19h30 à 21h à l'unité C ;
- transmissions : trente minutes tous les jours dans les trois unités de 7h à 7h30 et de 19h30 à 20h.

2.4.3 Le personnel pénitentiaire

Tous les fonctionnaires pénitentiaires ont été recrutés sur la base du volontariat ; tous étaient en poste à la maison d'arrêt de Lyon-Corbas. Un jury de recrutement a été constitué, exclusivement composé de responsables de l'administration pénitentiaire. Il convenait de s'assurer en priorité de leur aptitude à travailler en milieu hospitalier et à porter une arme sur la voie publique. Les postulants ont été reçus en entretien par une psychologue.

Le jour du contrôle, trente-cinq fonctionnaires pénitentiaires étaient en poste à l'UHSA. Ils sont tous placés sous l'autorité du directeur de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas. Plus précisément, le capitaine pénitentiaire, responsable de l'UHSA et ses subordonnés, sont directement placés sous l'autorité de la « directrice des quartiers spécifiques » de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas.

La répartition du personnel est la suivante :

- un officier, au grade de capitaine responsable pénitentiaire de l'UHSA ;
- cinq premiers surveillants ;
- vingt-neuf surveillants dont deux surveillantes.

Deux d'entre eux ont été mutés et non remplacés, ramenant l'effectif réel à vingt-sept surveillants à partir du mois d'octobre.

Il a été rapporté aux contrôleurs que l'absence d'un personnel féminin dans chaque équipe était « inconfortable » dans la prise en charge des patientes détenues.

Ces agents sont encadrés de jour comme de nuit par un premier surveillant.

Ils assurent les missions suivantes :

- contrôle des entrées et des sorties des personnes et des véhicules ;
- surveillance de la périmétrie en vue d'éviter les évasions et les intrusions ;
- prêt de main forte en cas d'incident et sur réquisition écrite du directeur de l'hôpital ;
- réservation et surveillance des parloirs ;
- contrôle des moyens de communication avec l'extérieur (téléphonie – courrier) ;
- escorte des convois sanitaires en cas d'hospitalisation ou d'extraction médicale ;
- réalisation des transferts entre l'UHSA et les établissements pénitentiaires lorsqu'un transport sanitaire n'est pas prescrit ;
- présentation des patients détenus devant le juge des libertés et de la détention ;
- transport des patients à la MA Lyon-Corbas pour l'organisation des visioconférences.

Six agents sont affectés sur les postes suivants, du lundi au vendredi, en journée :

- porte d'entrée principale ;
- sas d'entrée des piétons et des véhicules ;
- poste de circulation et de communication (PCC) ;
- vagemestre - parloirs.

Deux agents sont en charge de la sécurité périmétrique et des interventions en cas de demande de prêt de main forte.

Deux agents sont affectés sur des postes dits « d'escorte », de 8h à 19h.

Le samedi et le dimanche, l'organisation est identique.

Une formation validante a été dispensée aux agents retenus par l'équipe régionale d'intervention et de sécurité (ERIS) de Lyon ; il s'agissait notamment de former les fonctionnaires concernés aux techniques d'intervention, au maniement des armes, à la conduite de personnes détenues sous escorte avec des mises en situation.

Outre ces formations validantes, les agents sélectionnés ont bénéficié de stages d'adaptation à la tenue d'un poste protégé (PEP et PCC), aux conduites à tenir en cas d'alarme, à des formations d'adaptation mixtes agents pénitentiaires/personnel soignant. Des stages de plein exercice réciproques, « agents pénitentiaires et soignants prenant la place des uns et des autres pendant

une semaine », avaient été programmés. Ils n'ont pu se dérouler en raison d'un manque d'effectifs disponibles pour y participer. Ces stages de plein exercice ont été remplacés par des discussions autour de tables rondes.

Chaque agent de l'UHSA bénéficie d'une session annuelle obligatoire de formation continue de quatre jours. A cette occasion, l'agent renouvelle notamment ses habilitations au port de l'arme et au port du bâton de protection télescopique (BPT). Ce recyclage est dispensé par l'ERIS de Lyon qui aborde les modules relatifs au tir, aux techniques d'intervention, au maniement du BPT et aux techniques d'escorte.

En outre, et en dehors de ces sessions annuelles, les agents participent régulièrement, à l'UHSA, à des entraînements à l'occasion desquels ils sont confrontés à des mises en situation pratiques ; une pièce a d'ailleurs été spécialement aménagée afin de reconstituer la chambre d'un patient détenu.

Des séances de tir trimestrielles sont organisées pour les agents pénitentiaires. Le stand de tir se situe dans la caserne de l'escadron de gendarmerie mobile de Bron.

Le personnel soignant de l'UHSA participe aux modules « escortes » dispensés par l'ERIS. Il en va de même de tous les chauffeurs de l'hôpital du Vinatier.

Le taux d'absentéisme est peu élevé. En 2015, il s'élevait à 13 %. L'absence pour raison médicale ne représentait que 2 %. Aucun accident du travail n'a été déclaré depuis la mise en service de l'établissement.

Recommandation

Il conviendrait de revoir l'organigramme de référence afin de prévoir la présence de personnel féminin dans chaque équipe.

2.5 L'ACTIVITE DE L'UHSA

Le tableau suivant met en évidence l'activité globale de l'UHSA depuis 2012 :

	2012	2013	2014	2015
Nombre de lits	60	60	60	60
File active	345	273	277	277
Nombre Journées hospitalisation	NR	20 186	19 537	19 343
Taux d'occupation	87 %	92,22 %	89,26 %	88,19 %

Le tableau suivant indique l'activité en 2015 selon le mode d'hospitalisation :

Activité par statut d'admission	Nombre de mesures	Nombre de patients	Nombre de journées	DMS en jours	DMH en jours
SDRE	181	181	7 592	34,7	41,9

Dont urgence	22				
Soins libres	247	96	11 703	39,7	47,4
Total soins séjour de patients présents en 2015 étant entrés en 2013, 2014 et 2015	343	277	19 343	56,7	69,8

Le tableau suivant indique les changements de mode d'admission intervenus en 2015 :

	jan	fev	mar	avr	mai	jui	juil	aou	sep	Oct	nov	déc	total	%
SPDRE à SL	4	16	13	15	12	11	16	6	10	6	13	11	133	47 %
De SL à SPDRE	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	1 %
Sans chgt	7	3	9	9	4	8	13	17	14	18	10	21	133	47 %
Avec levée d'écrou sous contrainte	1	0	1	0	0	0	0	2	1	1	2	2	10	4 %

En 2015, les données par unité sont les suivantes :

	Unité A	Unité B	Unité C	UHSA
entrées	99	143	140	382 ⁷
journées	6 618	6 401	6 324	19 343
DMH ⁸ en jours	66,8	47,9	47,1	

Un autre document indique les données suivantes pour la même année :

	Unité A	Unité B	Unité C	UHSA
entrées	NR	NR	NR	281

⁷ Le document indiquant le nombre d'entrées par unité annonce un total de 367 patients pour 2015 avec 292 entrées alors que les autres documents indiquent 343 séjours avec une file active de 277 patients.

⁸ DMH : nombre annuel de journées d'hospitalisation par mode légal/nombre de patients concerné par ce mode légal

journées	6 603	6 305	6 395	19 303
Taux d'occupation	90,45 %	86,37 %	87,60 %	88,14 %
DMS en jours	131,94	56,43	65,88	71,74

Le tableau suivant indique l'origine des patients admis à l'UHSA en 2012, 2013 et 2014 ainsi que l'effectif de l'établissement pénitentiaire d'origine :

	2015	2014	2013	2012	%2015	%2014	%2013	%2012	Effectif 2014	Effectif 2013	Effectif 2012
MA Corbas	41+1CSL	62	51	60	15%	22%	19%	17%	855	872	815
ST Quentin Fallavier	11	5	12	13	4%	2%	4%	4%	471	454	502
EPM Meyzieu	3	5	5	7	1%	2%	2%	2%	38	35	33
UHSI Lyon	7	8	4	3	2%	3%	1%	1%			
CP Aiton	11	7	9	10	4%	3%	3%	3%	459	580	585
MA Aurillac	0	1	1	4	0%	0%	1%	1%	38	40	49
MA Bonneville	12	10	11	14	4%	4%	4%	4%	234	229	220
CP Bourg	25	30	30	55	9%	11%	11%	16%	553	739	732
MA Chambéry	3	1	5	3	1%	0%	2%	1%	115	105	100
MA Clermont	0	3	2	4	0%	1%	1%	1%	70	80	89
MA Montluçon	1	0	2	3	0%	0%	1%	1%	32	32	38
CP Moulins	15	15	4	15	5%	5%	1%	4%	241	454	490
MA Privas	2	1	3	4	1%	0%	1%	1%	69	73	62
MA Le Puy	1	3	7	5	0%	1%	3%	1%	43	56	50
CD Riom	10	7	12	10	4%	3%	4%	3%	258	154	166
CD Roanne	23	28	18	25	8%	10%	7%	7%	539	537	540
MA St Etienne	15	15	17	12	5%	5%	6%	3%	337	359	370
MA Valence	2	6	6	5	1%	2%	2	1%	191	161	167
MA Varcès	8	13	10	7	3%	5%	4%	2%	326	335	402
MA Villefranche	19	17	20	21	7%	6%	7%	6%	641	635	680

SMPR Corbas	18	192	184	238	6%	69%	67%	63%			
SMPR Varcès	NR	37	41	39	NR						
DI LYON	228	229	225	277		83%	82%	80%			
MA Lons	0	0	4	2	0%	0%	1%	1%	45	48	32
MA Montbéliard	4	1	3	2	0%	0%	1%	1%	32	30	29
MA Dijon	24	20	17	31	9%	7%	6%	9%	258	265	233
CP Varennes	21	17	16	21	7%	6%	6%	6%	450	465	647
DI DIJON	53	48	48	68		17%	18%	20%			

Par ailleurs, selon les informations du pôle, en 2015, 73 patients ont été accueillis à l'UHSA à la suite d'une hospitalisation selon les termes de l'article D398 du code de procédure pénale, soit 26 % des admissions.

Pour l'année 2015, la répartition par sexe et par âge est indiquée dans le tableau suivant :

	jan	fév	mars	avr	mai	juin	juil	août	sept	oct	nov	déc	2015	%
femmes	1	1	5	1	3	2	5	5	2	2	3	3	33	12%
hommes	17	16	18	25	14	18	24	18	23	22	20	29	244	87%
Femmes mineurs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Hommes mineurs	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	4	1%
total	18	19	23	26	17	20	29	24	26	24	23	32	281	

Pour l'année 2015, les diagnostics de la file active de 277 patients se répartissent ainsi :

	Nombre de patients	Nombre de journées d'hospitalisation
Trouble mental organique	3	793
Trouble lié à l'addiction	9	416
trouble psychotique	115	10 286
Trouble de l'humeur	41	2 267

Trouble de la personnalité	49	2143
----------------------------	----	------

Il est à noter un taux de ré hospitalisation de 20,2 %

Par ailleurs, 63 % des patients (178) sont concernées par des procédures correctionnelles et 37 % (103) par des procédures criminelles.

Le tableau suivant indique pour 2015 les demandes d'hospitalisations à l'UHSA n'ayant pas eu de suite :

	Jan	fev	mar	avr	mai	juin	juil	août	sept	oct	nov	déc	total	%
Du fait de l'EP demandeur	3	1	4	4	3	2	4	5	4	6	0	0	36	15%
Autres	1	0	3	1	2	2	2	4	1	4	1	1	22	9%
D 398 CPP Sans entrée dans l'UHSA dans le mois	13	14	14	12	6	16	19	11	15	17	6	12	155	66%
Pas indication UHSA =indication SMPR	0	0	1	3	0	0	1	2	0	1	2	2	12	5%
Refus patient en SL	0	1	0	0	3	0	1	1	2	0	1	1	9	4%
Pas indication UHSA car hosp somatique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Pas de place dans l'unité visée A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Pas de place dans l'unité visée B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Pas de place dans l'unité visée C	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	
Total pas de place	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1%
	17	16	22	21	14	20	27	23	22	28	11	15	236	
Demande d'hospitalisation reçue le week-end	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Le tableau suivant indique le nombre de sortie des patients de l'UHSA en 2015 :

	jan	fev	mar	avr	mai	jui	juil	août	sept	oct	nov	déc	Total	%
Retour EP d'origine	18	8	14	18	18	19	19	20	19	31	22	20	226	78%
Retour vers autre EP	1	2	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	8	3%
Sortie vers un autre établissement éducatif	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Sortie vers établissement soins somatiques	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	3	1%
Sortie vers établissement soins psychiatriques	2	2	3	2	2	1	2	0	3	0	4	5	26	9%
Sortie fin de peine et fin de soins	4	2	1	5	1	0	2	3	1	1	3	4	27	9%
TOTAL	25	14	19	26	21	22	23	25	23	34	29	29	290	

	jan	fev	mar	avr	mai	jui	juil	août	sept	oct	nov	déc	Total	%
Levée d'écrou avec hosp en SDRE/SPDT	1	3	2	1	1	1	22	0	2	2	4	4	23	8%
Levée d'écrou avec hosp en SL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Levée d'écrou avec hosp dans autre département que 69	1	2	1	0	1	0	2	0	1	1	2	0	11	4%
Levée d'écrou avec hosp ds 69	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	3	9	3%

Levée d'écrou avec hosp ds 69 pour patient d'un autre département ou SDF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Levée par JLD avec retour sur EP d'origine	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	3	1%
Décès (y compris suicides)	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	3	1%

2.6 LES EQUIPES SANITAIRE ET PENITENTIAIRE

Une réunion mensuelle animée par la direction de l'hôpital rassemble des représentants des directions de la maison d'arrêt de Corbas et de l'UHSA ainsi que les chefs des équipes des agents pénitentiaires et des unités médicales. Elle permet de traiter de sujets transverses qui nécessitent une réflexion et une action communes.

Les contrôleurs ont assisté à cette réunion, présidée par la secrétaire générale de l'hôpital. Les sujets suivants ont été traités :

- les conséquences de la diminution du nombre de conducteurs des véhicules pénitentiaires ;
- la lourdeur de fonctionnement de la cantine ;
- le cas des patients libérés qui, faisant l'objet d'une interdiction juridique de paraître, ne peuvent poursuivre d'éventuels soins en milieu ouvert dans l'hôpital de leur secteur ;
- la répartition des responsabilités entre les services pénitentiaire et sanitaire à propos de la mise en œuvre et l'entretien des équipements de vidéosurveillance ;
- un projet de « commission de coordination pénito-médicale » destinée à pallier l'absence de conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP) à l'UHSA.

3. L'ADMISSION ET L'ACCUEIL

3.1 L'ADMISSION

3.1.1 La procédure sanitaire d'admission

La demande initiale d'admission provient d'un médecin (généraliste ou psychiatre) exerçant dans l'unité sanitaire de l'établissement dans lequel est incarcérée la personne concernée.

Ce praticien doit remplir « l'avis médico-administratif préalable à l'admission à l'UHSA Simone Veil du centre hospitalier du Vinatier et adresser un courrier décrivant l'état clinique du patient.

Le document médico-administratif précise le nom du praticien son lieu d'exercice, le mode d'hospitalisation du patient : soins libres (SL) ou soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE), la nécessité d'un transport sanitaire, le caractère d'urgence éventuelle de la demande. Tous les numéros de téléphone, de télécopie et les adresses mail sont demandés.

La seconde partie du document est réservée à l'UHSA. Elle comporte le nom du psychiatre praticien hospitalier qui accepte ou refuse l'indication de l'hospitalisation, la date de celle-ci, l'accord du directeur du CHV ou de son représentant, la nécessité (ou non) d'assurer le transport sanitaire).

Bonne pratique

Pour améliorer le circuit d'admission, dix personnes sont en mesure de représenter le directeur du centre hospitalier le Vinatier..

Une réunion pour traiter des indications des admissions a lieu les lundis, mercredis et vendredis de 12h à 12h30. Lors de cette réunion, si une indication paraît litigieuse sur le courrier, il est décidé par le médecin responsable d'obtenir des éclaircissements par un contact téléphonique avec l'établissement demandeur.

Si tous les éléments apparaissent satisfaisants aux membres de la réunion, un accord est donné et une date sera planifiée lors de la réunion quotidienne des mouvements qui a lieu à 13h30.

Si le patient est en soins libres, l'hospitalisation pourra avoir lieu dès qu'une date sera précisée en fonction des véhicules et que l'ordre de transfèrement de la direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) sera donné. Si le patient est prévenu, il faut obtenir également l'accord du juge d'instruction.

S'il s'agit d'une admission sur décision du représentant de l'Etat, deux cas sont à distinguer :

- si le patient est incarcéré dans un autre département que le Rhône, le premier arrêté du préfet permettra l'admission rapide du patient dans le service de psychiatrie de l'hôpital de rattachement selon les termes de l'article D 398 du code de procédure pénale (CPP) ; en effet il a été rapporté aux contrôleurs, qu'il serait trop long d'attendre l'arrêté de transfert dans le département du Rhône puis l'arrêté préfectoral de ce département permettant d'admettre le patient à l'UHSA. Ce n'est qu'ensuite que cet hôpital demande l'admission à l'UHSA.

Il est cependant à noter que dans un cas (en Isère) le préfet a refusé l'admission du patient en D 398 dans l'hôpital de rattachement et, de ce fait, les arrêtés ont été pris rapidement et le malade a été transféré à l'UHSA ;

- si le patient est incarcéré à la MA de Lyon-Corbas, le médecin téléphone à l'UHSA pour demander une admission le matin à 10h. Le document médico-administratif va pouvoir être signé par le directeur du Vinatier et ce document ainsi que le certificat du médecin généraliste de l'unité sanitaire vont parvenir rapidement à la direction territoriale de l'agence régionale de santé et l'arrêté préfectoral pourra être signé. L'ordre de transfert émanant de la direction interrégionale des services pénitentiaires de Lyon (DISP) permettra d'effectuer le transfèrement du patient. L'ensemble des opérations pourra être réalisé vers 19h.

L'admission des patients mineurs nécessite une autorisation des parents ou de leur représentant légal. C'est le médecin de l'unité sanitaire de l'établissement pénitentiaire d'origine qui se charge de l'obtenir. A défaut l'admission se fera en SPDRE.

Les éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) sont décrits comme « intrusifs » dans la prise en charge psychiatrique des mineurs. Ils souhaiteraient davantage savoir ce qui se passe pour les mineurs. En pratique les psychiatres de l'UHSA organisent avec la PJJ une réunion à l'admission du jeune patient et une autre à sa sortie.

En 2015, trois mineurs ont été accueillis à l'UHSA (cf. § 2.5).

Il a été précisé aux contrôleurs que depuis la précédente visite, tous les patients sont transférés en pyjamas alors que précédemment seuls ceux admis en SPDRE quittaient leurs vêtements civils.

Recommandation

Il est souhaitable de laisser les patients admis en soins libres porter leurs vêtements personnels durant leur transport vers l'UHSA, comme c'était le cas antérieurement.

Les contrôleurs ont assisté à la réunion sur les admissions du mercredi 10 février 2016.

Une demande d'admission avait été reçue le jour même en provenance du CP de Bourg-en-Bresse (Ain). Elle concernait un jeune homme de 21 ans, prévenu, ne présentant pas d'antécédents psychiatriques. Même si cette demande ne présentait pas un caractère d'urgence, les symptômes évoqués ont alerté l'équipe soignante de l'UHSA qui a proposé une admission.

La réunion des mouvements qui a eu lieu le même jour a programmé cette admission pour le mardi 16 février en soins libres. La date sera donnée à l'unité sanitaire par les cadres de santé. Le document médico-administratif devra être signé par le directeur du CHV, puis renvoyé à Bourg-en-Bresse et à la DISP afin qu'elle puisse émettre un ordre de transfert.

Le 10 février 2016, trois personnes figuraient sur la liste d'attente pour une admission à l'UHSA. Toutes étaient destinées à être hébergées à l'unité B :

- une demande provenait de la MA de Villefranche-sur-Saône (Rhône) en date du 25 janvier 2016 pour une admission en SL ;
- la deuxième, en SPDRE, en date du 3 février, en provenance de Bourg-en-Bresse ;
- la troisième, en SL, de Varenne-le-Grand (Saône-et-Loire), en date du 8 février.

Pour ces trois patients, l'équipe soignante a considéré qu'il ne s'agissait pas d'urgences. Les patients devaient attendre que des lits se libèrent au sein de l'unité B.

3.1.2 La procédure pénitentiaire d'admission

Toute admission au sein de l'UHSA nécessite en amont une décision d'affectation et un ordre de transfert établis par la DISP de Lyon, avec en sus l'accord de l'autorité judiciaire si le patient détenu est prévenu.

C'est l'équipe d'escorte de l'UHSA qui procède au transfert, à l'aller et au retour, soit directement en véhicule léger ou en fourgon pénitentiaire, soit en véhicule sanitaire si l'hospitalisation repose sur une décision du représentant de l'Etat, avec les moyens de transport du centre hospitalier du Vinatier et une escorte pénitentiaire, dans un véhicule suiveur.

Il convient de relever que depuis le 1er janvier 2016, il n'y a plus qu'un chauffeur du cocontractant privé de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas pour assurer cette mission au sein de l'UHSA ; s'il est indisponible ou absent, c'est un surveillant pénitentiaire qui devra assurer la conduite du véhicule.

Préalablement à son départ de son établissement d'origine, la personne détenue sera fouillée à corps et un mini-paquetage contenant l'essentiel des produits d'hygiène et des effets vestimentaires l'accompagnera.

Le trousseau autorisé distingue les vêtements (pantalon, survêtement, pull ou sweat, veste ou blouson, short, pantoufles, chaussures) du linge de corps (sous-vêtements, tee-shirt, chaussettes, pyjama), des produits d'hygiène (savon, gel douche, shampoing, dentifrice, brosse à dents, peigne ou brosse, mousse à raser, rasoirs jetables, coton tiges, serviette et gant, mouchoir en papier et serviettes hygiéniques pour les femmes) et des éléments divers (livre de culte, livre ou magazine, photos).

Le document consignait les divers effets du paquetage ne requiert pas la signature de la personne.

Il convient de préciser que pendant l'hospitalisation à l'UHSA, les produits d'hygiène et le linge de toilette seront fournis par l'unité de soins.

Le patient détenu est écroué à la maison d'arrêt de Lyon-Corbas mais l'écrou matériel (prise d'empreinte de l'index gauche) est réalisé rapidement au sein même de l'UHSA, dans une antenne du greffe, sur un petit guichet.

Une fois les formalités d'écrou effectuées, un transfert inter-établissement (TIE) est entrepris par la voie informatique, permettant au gradé de l'UHSA d'avertir le greffe de la maison d'arrêt de l'effectivité de la présence du patient détenu au sein de cette unité hospitalière.

La personne est alors remise au personnel soignant pour un accompagnement vers l'unité de soins et le personnel pénitentiaire se retire.

Exceptionnellement, il peut être procédé auparavant à une fouille intégrale de « lever de doute », réalisée par les surveillants ayant assuré l'escorte, dans un local annexe et aveugle de 10 m².

3.2 L'ACCUEIL

3.2.1 L'accueil par les services pénitentiaires

Les contrôleurs ont pu assister à l'arrivée d'une personne détenue en provenance du centre hospitalier de Roanne(Loire) et écroué au centre de détention de Roanne, le 10 février à 16h45, sur la base d'une décision du représentant de l'Etat.

Une fois le sas véhicules franchi, l'ambulance se gare dans la cour, suivie du véhicule pénitentiaire.

Ce patient, allongé et sanglé sur un brancard est accueilli dans les locaux du vestiaire-greffe par trois infirmières de l'UHSA et le surveillant du vestiaire, tandis que l'escorte pénitentiaire reste à proximité immédiate (deux surveillants).

Il demande à pouvoir se rendre aux toilettes, ce qui est autorisé après enlèvement de tous les moyens de contention.

L'inventaire de sa fouille est ensuite réalisé (seulement un tee-shirt).

Sortant de l'hôpital de Roanne, le patient ne dispose pas de tabac.

Une prise d'empreinte est alors effectuée par un gradé de l'UHSA, sans cliché photographique ni biométrie.

Un bon de cantines « arrivant » lui est donné et l'intéressé suit le personnel soignant pour se rendre vers son unité de soins, via la traversée de la rue centrale.

Au total, l'accueil pénitentiaire aura duré cinq minutes.

Aucune audience n'est réalisée par le personnel pénitentiaire lors de l'accueil mais pas non plus ultérieurement, quelques jours après son arrivée.

La connaissance qu'en auront les surveillants et gradés sera dès lors très partielle, donc lacunaire.

Recommandation

Tous les arrivants doivent être rencontrés par le responsable pénitentiaire dans les 48 heures de leur admission.

3.2.2 L'accueil médical

Le patient était admis en SPDRE en provenance du CD de Roanne. Il avait été hospitalisé selon les termes de l'article D 398 du CPP au centre hospitalier de rattachement du CD depuis le 3 février 2016.

Trois soignants de cette unité ont pris la caisse en plastique où le patient avait déposé ses vêtements pour la déposer dans la chambre 9 prévue pour le patient et accompagnent celui-ci vers sa chambre. Celui-ci, ayant déjà été hospitalisé à l'UHSA, demande sur le chemin vers l'unité, sa cantine arrivant. A la question d'une infirmière, il précise qu'il ne sait pas de combien d'argent il dispose sur son compte nominatif.

Le livret d'accueil sera remis ultérieurement. L'inventaire sera effectué le lendemain par une aide-soignante en présence du patient et avec sa signature.

A l'arrivée dans la chambre, une infirmière s'enquiert d'un éventuel régime alimentaire. Si tel avait été le cas, il aurait été mis en place dès le lendemain.

Un paquetage contenant une serviette et un gant de toilette, une brosse à dents, un savon-gel douche est remis au patient.

L'infirmière précise que le médecin va effectuer une consultation dans les minutes qui suivent.

Le psychiatre a été destinataire d'un courrier du médecin du CH de Roanne et de l'ordonnance récapitulatif l'ensemble du traitement reçu par le patient durant son séjour en chambre d'isolement à l'hôpital ainsi que des doubles des arrêtés préfectoraux (les originaux sont conservés au bureau des admissions).

Le patient est apparu très sédaté, ce qui a été confirmé par le psychiatre de l'unité C au vu de l'ordonnance.

Un dossier papier est ouvert à l'instar de tout patient du CHV. Un dossier informatique est ouvert sur le logiciel Cortexte.

Un électrocardiogramme est systématiquement pratiqué le lendemain de l'admission afin de voir si les neuroleptiques sont contre-indiqués. Il est refait même si le patient arrive d'un établissement hospitalier, comme c'est le cas ici. Le médecin généraliste ne les lit pas. Ce sont les psychiatres qui s'en chargent.

Les contrôleurs ont rencontré le patient. Celui-ci ne s'est pas plaint de ses conditions de transport même s'il a été contentonné. Il n'a pas reçu de traitement pour effectuer le voyage entre Roanne et Lyon. Par contre il s'est plaint de l'importance du traitement reçu en chambre d'isolement.

4. LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

4.1 L'ORGANISATION DES SOINS

4.1.1 Les soins psychiatriques

Selon la responsable, le projet de soins de l'UHSA prend en compte le fait que les patients sont en rupture de lien(s) :

- rupture familiale ;
- rupture sociale du fait de l'incarcération ;
- double isolement relationnel du fait du passage à l'acte et de la maladie ;

Il s'agit d'accueillir les patients, de créer un lien, d'avoir un projet de soins et de sortie.

La période d'observation dure de 48 à 72 heures. Elle peut être raccourcie lorsque les patients sont déjà connus.

Pendant cette période le patient est en pyjama (il l'était déjà durant le transfert), ce qui permettrait de « marquer son arrivée à l'hôpital », de considérer qu'il s'agit d'un nouveau départ dans un lieu de soins. En outre cela permettrait de laver l'ensemble des vêtements du patient : selon les informations recueillies, toutes les affaires méritent un passage à la machine à laver du service, reflétant un fréquent état d'incurie lié à la pathologie. Celles-ci sont triées et rangées dans le placard fermé à clé de la chambre du patient pendant les 48 premières heures de l'observation du patient.

Lors de ces deux premiers jours d'observation, l'accès à la promenade est restreint : quinze minutes trois fois par jour. Ensuite les patients de l'unité C peuvent sortir en groupe trois fois par jour durant trente minutes, ceux de l'unité B bénéficient des portes ouvertes.

A l'issue de cette période, les vêtements sont rendus aux patients et le travail de réapprentissage sur le soin du corps peut commencer.

Chaque unité peut accueillir des hommes, des femmes et des mineurs en fonction des besoins cliniques.

- unité d'accueil et d'observation (vingt lits) Solange Troisier⁹ (unité C) : elle accueille des patients :
 - . présentant des pathologies nécessitant une prise en charge intensive ;
 - . ayant une pathologie psychiatriques difficile et/ou des troubles importants du comportement ;
- unité de soins individualisés (vingt lits) Marcel Colin¹⁰ (unité B) : elle accueille les patients présentant :
 - . des épisodes aigus ;
 - . une pathologie nécessitant une protection : les femmes et les mineurs ;
- unité de soins collectifs (vingt lits) Louis Waldman¹¹ (unité A) : elle accueille les patients présentant :

⁹ Solange Troisier (1919-2008), médecin gynécologue ; médecin des prisons, inspecteur général des prisons en 1973 jusqu'en 1983.

¹⁰ Marcel Colin (1922-2001) psychiatre, expert, professeur honoraire de médecine légale psychiatrique à l'université de Lyon ; président honoraire de l'association française de criminologie.

¹¹ Louis Waldman, psychiatre et toxicologue à Lyon.

- . des pathologies de longue évolution ;
- . une pathologie nécessitant une préparation à la sortie (resocialisation/réhabilitation/réintégration milieu pénitentiaire...) ;
- . des états dépressifs sévères ;
- . des conduites suicidaires ;
- . des épisodes psychotiques aigus ;
- . des psychoses chroniques ;
- . une décompensation d'un trouble grave de personnalité ;

Elle héberge également des patients ayant des troubles de la personnalité lors de séjours séquentiels.

Les chambres sont ouvertes et fermées exclusivement en fonction des considérations thérapeutiques sans interventions directes de l'administration pénitentiaire.

Les modalités de soins offertes aux patients sont les suivantes :

- établir un projet de soins individualisé pour chaque patient ;
- rompre l'isolement relationnel dû à la maladie et aggravé par la détention ;
- lutter contre cette double exclusion et ce double enfermement en gardant à l'esprit que les patients détenus seront libres un jour ;
- mettre en place une chimiothérapie ;
- élaborer un travail psychique : abord psychothérapeutique varié : individuel/ groupes créatifs et/ou à médiation : repas thérapeutique, art thérapie, photo langage,...
- réaliser un travail sur le corps : balnéothérapie, psychomotricité, restauration de l'image, relaxation ;
- effectuer un travail de réappropriation des habiletés et de la vie sociale avec l'ergothérapie etc.

a) Les chambres d'isolement

Il existe une chambre d'isolement par unité soit au total trois chambres au sein de l'UHSA.

Chaque chambre, d'une surface de 17,72 m² est équipée d'un lit fixé au sol - muni d'un bouton d'appel -, d'un banc en béton permettant au patient de s'asseoir notamment pour prendre ses repas, d'une horloge située en face du lit.

Chaque chambre dispose d'un local sanitaire attenant avec douche, lavabo et WC.

Les chambres sont équipées de la climatisation.



Une chambre d'isolement

Dans la chambre de l'unité C, un poste de télévision est installé à côté de l'horloge avec une protection en plexiglas, ce qui n'est pas le cas de celles des unités A et B où seules existent les installations permettant d'installer celui-ci. Selon certains soignants, il n'est pas souhaitable de laisser un poste aux personnes placées en chambre d'isolement car cette mesure est faite pour protéger le patient des stimuli extérieurs.

Il a été expliqué aux contrôleurs que ce poste a été mis en service du fait de la durée supérieure à un mois du placement en chambre d'isolement d'un patient. A sa sortie, il n'a pas été retiré.

Selon les responsables de l'UHSA, le recours aux chambres d'isolement pourrait être évité si le traitement sédatif prescrit aux patients en phase aiguë était sensiblement augmenté durant le temps nécessaire. « *L'isolement et la contention ne sont pas en eux-mêmes thérapeutiques, ce ne sont pas des soins mais des mesures de sûreté pour rétablir la sécurité* ».

b) Procédures et mode de surveillance

Il a été remis aux contrôleurs un document intitulé « l'espace de soins psychiatriques intensifs » dont la date d'application est le 19 janvier 2015 et le champ d'application recouvre l'ensemble du CHV.

Ce document rappelle que « *le patient est informé des raisons de la mise en place de soins intensifs, des modalités de ceux-ci et de surveillance dès son entrée en espace de soins psychiatriques intensifs. L'isolement d'un patient, la décision de la chambre de soins intensifs psychiatriques est une mesure thérapeutique qui relève de la compétence et de la responsabilité médicale. Toutefois dans l'urgence et pour assurer la sécurité des patients, un infirmier(e) peut prendre cette initiative et doit en informer sans délai un médecin* ». Il est à noter que la durée de ce délai n'est pas précisée.

La période de validité de la prescription médicale est fixée au maximum à 24 heures.

A l'UHSA, aucun médecin n'effectue le renouvellement de la prescription le dimanche, la prescription est faite le samedi pour 48 heures.

Recommandation

Le renouvellement de la décision d'isolement doit être effectué toutes les 24 heures, y compris le dimanche.

La levée de la mesure d'isolement se fait de manière séquentielle en accord avec l'équipe soignante. Il a été rapporté aux contrôleurs qu'en cas de désaccord des infirmiers, la sortie de la chambre d'isolement se soldait souvent par un échec.

La surveillance par un médecin généraliste n'est pas évoquée dans le chapitre relatif aux soins et à la surveillance.

Selon les informations recueillies, aucune prescription de « chambre d'isolement si besoin » n'est effectuée à l'UHSA.

c) La contention

Selon les informations recueillies, la contention serait uniquement appliquée aux patients placés en chambre d'isolement.

La contention fait l'objet d'une prescription médicale tracée dans le dossier médical Contexte.

Il a été remis aux contrôleurs un document intitulé « isolement et contention » rédigé par le responsable de la qualité et de la gestion des risques, vérifié par un cadre supérieur de santé et validé par la commission qualité et sécurité des soins. Sa date d'application est le 28 octobre 2015 et son champ d'application est l'ensemble du Vinatier.

Ce document est relatif à la contention physique, « mesure thérapeutique étant un acte pouvant générer un risque vital ; la prescription médicale est requise et obligatoire ». Les indications sont décrites ainsi que l'installation des sangles ; des photos illustrent le bon positionnement. Par contre il n'est pas fait mention de la surveillance régulière par un médecin généraliste du patient placé sous contention.

Selon les informations recueillies, la contention serait dans la culture du CHV. Les infirmiers sont formés à l'institut de formation des soins infirmiers (IFSI) dans cette pratique et de ce fait, seraient demandeurs de cette mesure.

Le comité d'éthique du CHV n'a pas été saisi de cette question.

d) Le registre

Recommandation

Contrairement aux dispositions de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique¹², il n'existe pas de registre d'occupation de chacune des chambres d'isolement.

Selon les données transmises aux contrôleurs, le tableau suivant permet d'indiquer le recours aux chambres d'isolement durant l'année 2015.

	jan	fev	Mar	avr	mai	jui	juil	août	sept	oct	Nov	déc	Total
Nombre de CI	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

¹² Cet article reprend l'article 72 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 sur la modernisation de notre système de santé.

Nombre de jours théoriques	93	84	93	90	93	90	93	93	90	913	90	93	1 095
Nb de patients mis en CI	3	6	3	6	7	6	6	6	3	4	4	3	27
Nb de jours de CI (tous patients confondus)	29	51	33	56	44	38	54	35	16	17	25	20	418
Tx d'occupation CI unité A	6,4 5%	28,57 %	9,68 %	13,33 %	45,16 %	40%	74,19 %	48,39 %	0%	25,81 %	23,33 %	32,26 %	
Tx d'occupation CI unité B	35, 48%	71,43 %	32,26 %	96,67 %	22,58 %	13,33 %	58,06 %	22,58 %	26,67 %	0%	33,33 %	32,26 %	
Tx d'occupation CI unité C	51, 61 %	82,14 %	64,52 %	76,67 %	74,19 %	73,33 %	41,94 %	41,94 %	26,67 %	29,03 %	26,67 %	0%	
Tx d'occupation des 3 CI	31, 18 %	60,71 %	35,48 %	62,22 %	47,31 %	42,22 %	58,06 %	37,63 %	17,78 %	18,28 %	27,78 %	21,51 %	38,17 %

Il a été remis aux contrôleurs un document indiquant le nombre de patients ayant eu une prescription de CI et/ ou de contention par unité en 2015 :

	Nombre patients	Nombre prescriptions
Unité A Waldman	18	74
Unité B Colin	19	149
Unité C Troisier	31	168
Total UHSA	55	391

Il a été remis un autre document récapitulant par unité les patients ayant été placés en CI :

	Date naissance	Unité A		Date naissance	Unité B		Date naissance	Unité C	
M	1985	4		F	1990	40	F	1990	40
M	1986	2		M	1985	11	M	1985	11
M	1076	3		M	1984	5	M	1984	5
M	1989	3		M	1986	3	M	1986	3

M	1979	21		F	1993	2		F	1993	2
M	1957	1		M	1973	2		M	1973	2
M	1966	1		M	1996	2		M	1996	2
M	1981	1		F	1974	7		F	1974	7
M	1991	2		M	1981	4		M	1981	4
M	1975	1		M	1998	1		M	1998	1
M	1987	17		M	1994	9		M	1994	9
M	1994	1		M	1988	2		M	1988	2
M	1994	1		F	1990	2		F	1990	2
M	1983	2		M	1994	4		M	1994	4
M	1983	1		M	1985	4		M	1985	4
M	1981	3		M	1984	3		M	1984	3
M	1966	3		M	1971	3		M	1971	3
M	1976	3		M	1966	17		M	1966	17
				M	1975	28		M	1975	28

Il est à noter qu'aucun de ces tableaux n'indique la durée des placements.

4.1.2 Les soins somatiques

L'observation n°14 du rapport de visite de 2012 recommandait le recrutement d'un praticien en médecine générale au sein de l'UHSA.

Depuis 2012 un praticien hospitalier en médecine interne assure quatre demi-journées au sein de l'UHSA. Elle est présente :

- le mardi toute la journée où elle anime durant 45 minutes un « atelier médicaments » avec un psychiatre du SMPR sur les effets secondaires des psychotropes, l'observance des traitements, au bénéfice de cinq patients des trois unités ; elle passe dans les trois unités pour voir les urgences ;
- le jeudi après-midi ;
- le vendredi après-midi.

Elle n'est pas remplacée durant ses congés.

Recommandation

Le médecin généraliste doit être remplacé durant ses congés.

Depuis janvier 2016, il existe une astreinte de garde somatique à domicile pour l'ensemble du CHV.

Le médecin n'effectue aucun bilan d'entrée systématique « *car son travail relève de la prévention* ». Elle considère que les patients ont eu un bilan à leur entrée dans l'établissement pénitentiaire d'où ils proviennent et y ont eu une consultation médicale. Elle vérifie cependant que cela a bien été fait.

S'agissant des patients présentant une pathologie somatique chronique, le médecin tente de récupérer les éléments de l'histoire de la maladie tant auprès de l'unité sanitaire que par le médecin traitant du patient.

Les patients sont vus à leur demande ou à celle des équipes soignantes ou des psychiatres.

Les examens ont lieu dans le « box patient » de chaque unité où se trouve le matériel médical ou dans la chambre du patient.

Le médecin se tient dans le poste infirmier ; de ce fait elle peut être sollicitée directement par les patients ; cependant les infirmiers font un filtre face aux multiples demandes d'examen somatique.

Le médecin n'effectue pas de visite médicale pour les patients placés en chambre d'isolement ou en contention. Elle n'est pas tenue d'être informée de ces mesures. Ce n'est pas elle qui prescrit, le cas échéant, le substitut nicotinique aux patients en isolement.

Il existe un défibrillateur au sein de chaque unité.

Les prélèvements biologiques aux fins d'examen sont réalisés sur place. Il existe une convention avec l'hôpital Edouard Herriot. Ils sont acheminés à 8h, 10h et 14h en fonction des besoins. Les résultats sont directement transmis sur le logiciel Cortexte. En cas d'urgence, ils sont transmis en 20 minutes.

4.1.3 Les consultations spécialisées

Au sein du pool de spécialités situé au sein du CHV, il existe plusieurs consultations de spécialités :

- radiologie permettant d'effectuer des clichés simples du thorax et du squelette et des échographies ; une manipulatrice en radiologie y exerce à temps plein et un radiologue y est présent de 11h à 12h chaque jour ;

En cas d'urgence, il existe une convention avec l'hôpital Lyon-Sud où est implantée l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) ;

- soins dentaires ;
- cardiologie : la consultation a lieu dans un délai variant d'un à trois mois ;
- ophtalmologie : la consultation a lieu dans un délai variant d'un à deux mois.

Les scanners sont réalisés dans l'hôpital de Lyon-Sud, les IRM à Edouard Herriot à l'exception des IRM cérébrales effectuées à l'hôpital neurologique Wertheimer.

Les délais sont brefs et ces examens peuvent être obtenus en urgence, du fait des bonnes relations entretenues par les médecins de l'UHSI avec les différents services.

En 2015, on dénombre 213 sorties de patients pour des examens spécialisés dont 150 qui ont eu lieu au CHV.

Les contrôleurs ont assisté à la réunion sur les mouvements du mardi 9 février à 13h30. Ils ont noté le nombre important de consultations dentaires programmées au CHV¹³, requérant à chaque fois une ambulance, un soignant de l'unité où se trouve le patient, s'il est admis en SL et deux s'il est en SDRE et un fourgon pénitentiaire.

Une patiente doit être admise à l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de Lyon le 10 février pour un bilan somatique. Son lit est conservé à l'UHSA durant 48 heures, le temps que les médecins précisent le diagnostic et la durée du séjour. La patiente sera accompagnée par un soignant de l'unité B pour lui présenter l'UHSI et favoriser son adaptation à ces soins.

4.1.4 Les hospitalisations pour des soins somatiques

En cas de problème somatique, le patient est adressé aux urgences où une évaluation sera effectuée ; si une hospitalisation est nécessaire, elle sera réalisée à l'UHSI.

Selon les informations recueillies, il n'y aurait jamais de difficulté pour trouver un lit à l'UHSI de Lyon.

Il est à noter qu'un patient, reçu à sa demande par les contrôleurs, a déclaré avoir demandé depuis plusieurs semaines une consultation avec le médecin généraliste.

Recommandation

Le médecin généraliste doit assurer le suivi quotidien des patients placés en chambre d'isolement ou sous contention.

¹³ A titre d'exemples du 10 au 17 février: un patient en SDRE le 10 février, un patient en SL le 15 février et un patient en SL le 17 février

5. LA GESTION DE LA VIE QUOTIDIENNE

5.1 LE MAINTIEN DES LIENS FAMILIAUX

5.1.1 Les visites

L'organisation des visites rendues aux patients n'a guère évolué depuis le contrôle opéré en 2012 par le CGLPL.

Cinq boxes composent la zone des parloirs : trois boxes sans dispositif de séparation (avec une table, scellée au sol, et trois chaises), un box avec hygiaphone et un local, plus vaste, destiné aux parloirs dits thérapeutiques contenant une table ronde et un canapé.

La durée des visites familiales est fixée à quarante-cinq minutes, du mardi au dimanche inclus, et assortie de nombreuses prolongations, compte tenu des multiples disponibilités.

Un projet est à l'étude, visant à y ajouter le lundi.

Les personnes prévenues peuvent être visitées au moins trois fois par semaine et celles qui sont condamnées, au moins une fois par semaine, la réservation s'effectuant par téléphone, le matin, du mardi au vendredi inclus.

Les boxes sont réservés le matin à tous les visiteurs autres que familiaux, c'est-à-dire aux avocats, visiteurs de prison, experts, etc.

L'après-midi est réservée aux familles et aux amis, c'est-à-dire à tout détenteur d'un permis de visite, autour de quatre tours (14h, 15h, 16h, 17h) qui s'achèvent à 17h45.

Le personnel soignant accompagne les patients jusqu'à l'entrée de la zone, donnant sur la rue centrale, puis les remet au surveillant qui les prend alors en charge.

Bonne pratique

Une certaine tolérance est accordée aux familles en cas de retard, eu égard notamment à la difficulté de trouver l'UHSA au sein des 76 ha occupés par l'hôpital et au temps de déplacement important pour les visiteurs venant à pied.

Lors de la visite, les locaux apparaissent propres et bien entretenus. Le ménage est assuré chaque jour par une société prestataire de l'hôpital du Vinatier.

L'agent de surveillance effectue son contrôle dans le couloir entourant la zone.

Sauf suspicion d'introduction de produits prohibés, aucune fouille intégrale n'est opérée à l'issue du parloir au titre de l'article 57 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009.

Selon les informations recueillies, peu d'incidents ont été relevés depuis l'ouverture de la structure.

Ainsi, depuis 2010, le parloir avec hygiaphone n'a-t-il été utilisé qu'à une seule reprise, à la demande du personnel hospitalier et compte tenu d'une présomption d'entrée de produits stupéfiants.

Fin 2015, un incident a été rencontré à l'occasion d'un parloir familial entre un patient, sa compagne et leur enfant, une relation sexuelle s'étant déroulée : le parloir a alors été interrompu, sans rédaction toutefois d'un compte-rendu d'incident.

En cas de problème majeur, le commissariat de Bron serait alerté et se déplacerait in situ.

Une étude approfondie des deux derniers mois (décembre 2015 et janvier 2016) permet d'opérer un état des fréquentations comme suit :

Unité	Nombre de permis de visite	Nombre de parloirs
A	56	16
B	86	17
C	43	13
Total	185	46

Il apparaît à l'évidence que le nombre de parloirs effectifs (quarante-six en deux mois, pour un total de cinquante-cinq patients) demeure faible, confirmant ainsi le sentiment diffus ressenti et exprimé aux contrôleurs par le personnel pénitentiaire.

5.1.2 Le téléphone

Une cabine téléphonique est installée dans le couloir de chaque unité (A, B, C).

Sauf contre-indication médicale, les conditions d'accès sont identiques à celles appliquées en établissement pénitentiaire.

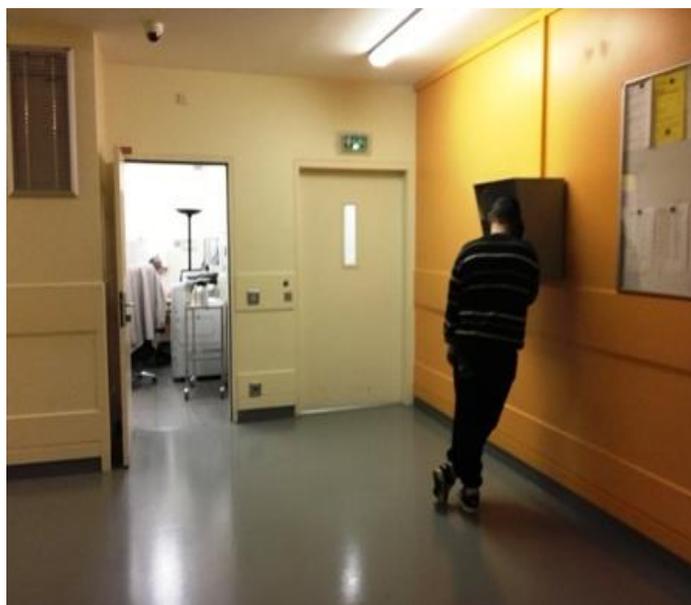
L'accès à la cabine reste donc théoriquement libre, dès lors que le compte du patient (géré par la maison d'arrêt de Lyon-Corbas) est crédité.

Il convient toutefois de relever que contrairement aux permis de visite, qui suivent le patient détenu de son établissement d'origine à l'UHSA, les numéros de téléphone autorisés doivent être réinitialisés à leur arrivée dans la structure, ce qui allonge de quelques jours la période d'accès au téléphone.

Recommandation

La procédure de transmission de la liste des numéros de téléphone par les établissements pénitentiaires doit être revue afin d'éviter une trop longue attente et permettre aux patients de téléphoner dès leur arrivée.

Les point phones installés ne sont par ailleurs pas garants d'une parfaite intimité, les conversations pouvant être entendues de patients déambulant à proximité.



Patient au téléphone devant le bureau infirmier dans le couloir

Les conversations à caractère familial sont enregistrées et parfois, écoutées le lendemain par un surveillant.

Pour les arrivants, le crédit d'un euro mis en œuvre dans les établissements pénitentiaires afin de permettre un appel immédiat aux proches, ne se pratique pas au sein de l'UHSA, aucun lien informatique n'existant entre cette dernière structure et la maison d'arrêt de Lyon-Corbas ; ainsi, en pratique, c'est l'équipe médicale qui opère ce lien et appelle la famille.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'exceptionnellement, le combiné téléphonique pouvait être prêté au patient, si son état mental l'y autorisait.

5.1.3 Le courrier

Un surveillant vaguemestre assure la relève et la distribution du courrier des patients, en lien direct avec son homologue de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas, qui se rend à l'UHSA tous les matins.

Les courriers « départ » lui sont remis sous pli ouvert, conformément aux dispositions applicables aux personnes sous écrou, tandis que partent (et arrivent) sous pli fermé les courriers à destination des avocats et des autorités judiciaires ou administratives telles que listées par une note de service du directeur de la maison d'arrêt en date du 14 mai 2010, en application des dispositions du code de procédure pénale.

Cette liste exhaustive figure en page 1 du registre du vaguemestre, ouvert le 7 mai 2012 et consulté par les contrôleurs.

Compte tenu de son faible volume, l'ensemble du courrier sous pli ouvert est lu par le vaguemestre de l'UHSA.

Le courrier sous pli fermé est recensé dans le registre idoine, par lettre alphabétique de chaque nom de patient ; les colonnes « envoyé le », « reçu le », ainsi que l'identité du destinataire ou de l'expéditeur figurent dans ce registre.

Un examen de cinquante envois sous pli fermé permet d'opérer la synthèse indicative suivante :

Vers l'autorité judiciaire	Vers une autorité administrative	Vers un avocat
19	8	23

Il convient de relever que le registre n'est pas émarginé par le patient.

Le vaguemestre de l'UHSA effectue en outre les ouvertures de ligne téléphonique auprès du prestataire *Sagi* ; par contre, pour l'envoi ou la réception de mandats, c'est son collègue de Lyon-Corbas qui reste compétent pour procéder aux démarches.

5.2 LES REGLES DE VIE

5.2.1 La cantine

La cantine est gérée par le prestataire privé Eurest, qui intervient à la maison d'arrêt de Lyon-Corbas.

Eurest n'intervient jamais sur le site de l'UHSA ; cet éloignement géographique et logistique est source de litiges peu aisément solubles, faute d'interlocuteurs, en particulier lorsque le patient conteste la livraison des produits cantinés.

En outre, la procédure double (bon de blocage puis bon de commande) est peu compréhensible pour des personnes atteintes de pathologies mentales.

Deux types de bons sont aujourd'hui proposés aux patients : le bon « arrivants » et le bon de cantine classique.

Le bon « arrivant » contient une quinzaine d'articles autour de trois thèmes : le tabac, l'hygiène, la correspondance.

Le bon de commande normal contient, lui, une cinquantaine de produits généralement non alimentaires dans la mesure où les patients ne disposent pas d'une plaque chauffante dans leur chambre.

On y trouve ainsi, outre le tabac, la presse, les produits d'hygiène et la correspondance, de l'eau minérale et des confiseries (biscuits, bonbons, chips, barres chocolatées).

Ce dernier bon gagnerait sans doute à être un peu étoffé.

La problématique de la cantine, en dehors de l'absence (décrite ci-dessus) d'interlocuteur adapté, résulte de la longueur du délai nécessaire avant livraison.

Théoriquement et *a fortiori* depuis un courriel du chef d'établissement de la maison d'arrêt, le 25 janvier 2016, consécutif à une réunion « public-privé », le prestataire devrait livrer les produits cantinés le lendemain même de la réception du bon de commande : en réalité, au jour du 11 février 2016, il n'en était toujours rien...

Les contrôleurs, vérifiant le dernier bon de livraison, ont ainsi pu constater qu'un délai de huit jours, tant pour les cantines des arrivants que pour celles des patients de longue date, restait appliqué.

Cette situation, qui existe, selon les éléments recueillis, depuis l'ouverture de l'UHSA et que d'aucuns, à tort, considèrent comme insoluble, demeure une source de tension certaine au sein des unités de soins locales, surtout pour le tabac.

Recommandation

La procédure des cantines et notamment son cheminement vers l'UHSA doit être simplifiée afin de réduire considérablement le délai de livraison. La présence a minima hebdomadaire du sous-traitant privé est nécessaire pour régler les éventuels litiges.

5.2.2 L'interdiction de fumer- L'accès au tabac

L'UHSA étant une structure sanitaire, il y est interdit de fumer dans l'ensemble des locaux fermés. L'interdiction de fumer est stipulée dans le livret d'accueil.

Des « sorties cigarettes » sont organisées durant la phase d'observation durant quinze minutes trois fois par jour. Ensuite dans l'unité fermée C, des sorties sont possibles en groupe durant trente minutes trois fois par jour. Les unités A et B sont ouvertes, permettant aux patients de se rendre dans les cours.

Les patients ne peuvent pas conserver leur briquet. Il existe des allume-cigarettte dans les cours.

Le tabac est donné par les soignants avant chaque sortie dans la cour.

Au-delà de la question des sorties se pose la question de l'accès au tabac :

Si le patient n'arrive pas à l'UHSA avec du tabac, il faut (cf. § 5.2.1) beaucoup de temps pour qu'il récupère sa cantine arrivant, encore faut-il qu'il dispose d'argent sur son compte nominatif.

Les soignants ont tenté de constituer une réserve de tabac dans le poste infirmier de l'unité d'admission pour pallier cette difficulté. Ils y ont renoncé car « cela créait encore davantage de problèmes ».

Selon les informations recueillies, le problème se règle dans la cour par la solidarité entre patients « qui ont connu la même galère ».

Les contrôleurs ont assisté à l'arrivée d'un patient à l'UHSA – déjà tendu du fait de sa pathologie mentale – qui a réclamé du tabac en arguant du fait qu'il était un gros fumeur. Il n'a pas supporté le « rappel au cadre de fonctionnement de l'UHSA ». Il a dû être maîtrisé et placé en chambre d'isolement. Pour les soignants, le tabac n'a pas été le seul élément déclencheur. Il a été proposé au patient un substitut nicotinique sous forme de patch.

5.2.3 La restauration

L'alimentation des patients est assurée par la cuisine centrale du CHV.

Il n'y a donc pas de menus spécifiques à l'UHSA.

La nourriture est amenée en liaison froide de la cuisine centrale de l'hôpital vers la cuisine de l'UHSA, où les plats sont remis en chauffe.

La zone, visitée par les contrôleurs, apparaît dans un état de parfaite propreté.

Un examen des divers types de repas distribués, le 9 février 2016, apporte l'éclairage suivant :

- repas normal : 25
- repas sans viande : 10
- repas sans porc : 17
- repas pour diabétique : 2
- repas avec viande moulinée : 1

Contrairement à l'observation émise en 2012 lors de la première visite du CGLPL, la mise en chauffe des chariots ne s'opèrent plus à côté des sacs de linge sale des patients.

De même, une correction a été apportée à l'absence d'enquêtes de satisfaction auprès des patients ; ainsi, désormais, de telles enquêtes se déroulent-elles, auxquelles d'ailleurs ont pu avoir accès les contrôleurs et desquelles, au terme de l'année 2015, il ressort que :

- la note moyenne de satisfaction est de 8,4/10 ;
- trois rubriques sont renseignées (qualité globale du repas, température des plats servis, qualité du service) ;
- peu de remarques et/ou de suggestions sont émises ;
- le commentaire-type relevé est : « *dans l'ensemble, je trouve que l'on mange bien ; tous les légumes sont bons et les repas sont équilibrés* » (patient masculin, 45 ans, juin 2015).

Toutefois, pénalisée architecturalement car première UHSA ouverte (en 2010), celle de Lyon souffre encore d'une absence de réfectoire autorisant les repas en commun, moment d'échanges, de partage, de convivialité et de socialisation.

5.2.4 Le nettoyage des locaux

Le nettoyage des locaux de l'ensemble de l'unité est concédé par le centre hospitalier à un prestataire privé qui intervient chaque jour.

5.3 LES ACTIVITES

5.3.1 Les promenades

Les promenades se déroulent sur deux lieux : la cour principale, qui jouxte la rue centrale sur toute sa longueur, et la cour particulière de l'unité A.

Un autre espace, appelé « cour exutoire » et installé au premier étage, est entouré et recouvert de grillages lui conférant un caractère austère et brutal ; il sert de fumeur extérieur.



La « cour exutoire »

La cour principale impose une présence soignante au-delà de six patients présents, en journée (7h/19h) et ne tolère que dix patients au maximum (avec au moins deux soignants), en service nocturne (19h/22h30).

La cour de l'unité A n'impose une présence soignante, de 7h à 22h30, qu'au-delà de dix patients. Enfin la cour dite « exutoire » n'admet qu'une simultanéité maximale de six patients.

Un projet d'embellissement pictural des murs en béton gris est à l'étude, pour une réalisation courant 2016.

L'occupation des cours de promenade, en tout état de cause, repose sur une présence soignante adaptée, en nombre et en qualification professionnelle, notamment en cas de mixité.

5.3.2 Le sport

Les activités sportives se déroulent trois jours par semaine, sous la conduite d'un moniteur.

Les équipements principaux se concentrent dans une petite salle (12 m²) de la rue centrale et sur une aire extérieure de 250 m².

L'espace intérieur est équipé d'un sac de frappe, d'un vélo d'appartement et de divers équipements destinés au renforcement musculaire.

L'espace extérieur, recouvert pour moitié par du gazon synthétique, permet diverses activités telles que volley-ball, basket-ball, badminton, football et course à pied.

Un point d'eau (avec urinoir) et un préau occupent la ligne médiane de la zone.



Le terrain de sport

Le moniteur a en outre fait la récente acquisition de clubs de golf (en plastique rigide) et d'éléments constitutifs d'une sorte de practice.

Chacune des six demi-journées de sport hebdomadaires permet d'accueillir, à hauteur de deux fois par semaine, les patients des trois unités de soins, toujours sur recommandation médicale.

Les séances sont individuelles ou collectives ; les âges et les sexes peuvent s'y mélanger.

Le plateau accueille un maximum de six patients, avec une présence soignante obligatoire.

Il demeure fermé en service de nuit (19h/22h30).

Le moniteur de sport, rencontré par les contrôleurs, adapte chaque séance selon le profil du patient.

Il considère en particulier que les matches de tennis, par la visualisation de l'espace et la nécessaire réactivité du joueur qu'ils impliquent, sont particulièrement bénéfiques aux personnes hébergées au sein de la structure.

Parmi les projets en instance pour l'année, des sorties extra-muros sont évoquées (vélo, course à pied, tir à l'arc, etc.), voire des rencontres avec d'autres établissements psychiatriques partenaires d'un réseau d'échanges interinstitutionnels.

5.3.3 La bibliothèque

La bibliothèque-médiathèque est installée dans la zone d'activités donnant sur la rue centrale.

La pièce de 30 m² est agréable et lumineuse, composée en son centre d'une dizaine de fauteuils colorés et confortables placés en arc de cercle, avec à droite, un vaste écran pour les retransmissions et à gauche, des rayonnages d'ouvrages d'occasion, récupérés sur la base de dons.



La bibliothèque

Il apparaît d'une part que bon nombre de ceux-ci sont peu adaptés au public localement hébergé (par exemple, les ouvrages à caractère juridique) et d'autre part, que les livres en langue étrangère sont inexistantes.

Quelques bandes dessinées agrémentent l'ensemble.

A l'évidence, un renouvellement du fonds documentaire pourrait être utilement envisagé pour contrecarrer son aspect actuel un peu poussiéreux.

Les patients peuvent emprunter les ouvrages ou bien les lire sur place.

Les mouvements sont toujours accompagnés par un soignant.

Par ailleurs, selon les éléments oraux recueillis, le personnel soignant procède à l'acquisition régulière de DVD et assure des projections.

Le stock des DVD n'a toutefois pas pu être consulté par les contrôleurs.

Selon les informations collectées, certains films seraient commentés et débattus, après leur projection, en séances collectives.

Recommandation

Les ouvrages de la bibliothèque doivent être renouvelés et des livres en langues étrangères doivent être acquis.

5.3.4 Les autres activités proposées

Pléthore d'autres activités, à visée exclusivement thérapeutique, sont organisées au sein de l'UHSA, étoffant encore l'offre déjà proposée en 2012.

Parmi elles, il convient notamment de citer celles relevant de la psychomotricité (danse, conscience corporelle, expression corporelle, sophrologie, etc.), de l'art-thérapie (arts plastiques, relaxation, expression créative), de la neuropsychologie (stimulation cognitive, groupe PACT (psychose, aider, comprendre, traiter), jeux vidéo, cognition sociale, groupes de parole libre, etc.), mais également l'atelier de médicament (pour les patients stabilisés), le groupe photo-

langage (échanges spontanés à partir d'une thématique) ou encore le groupe « qu'en dit-on » (support d'expression collective interrogeant le rapport à autrui et le rapport à la loi, dans une optique de prévention de la violence).

D'autres activités viennent en complément (cuisine, balnéothérapie, origami, jardinage, etc.) pour offrir aux patients un large éventail de choix.

Deux activités ont retenu en particulier l'attention des contrôleurs :

- le groupe « art et sens », animé par le médecin psychiatre de l'unité A : à raison de quatre séances d'une heure, un groupe de six patients (deux par unité) travaille autour d'odeurs, qui sont dessinées, décrites et discutées. Le public, mixte (hommes, femmes, mineurs, toutes unités confondues), et stabilisé participe à des séances de plus en plus ludiques jusqu'à la dernière, toujours libre ;
- les arts plastiques, dispensés par l'art-thérapeute : autour de divers supports (pâte à modeler, papier à dessin, carton), les patients, accueillis individuellement ou collectivement, sur la base du volontariat et d'une prescription médicale, s'expriment à travers la création, le but n'étant pas de créer quelque chose de beau. L'intervenante, présente trois jours par semaine et huit heures par jour, intervient même parfois en chambre d'isolement. Elle considère que cette créativité exprimée est source de libération pour les patients, qui discutent d'ailleurs ensuite autour de leur production, avec le groupe. L'activité est thématique ou non, l'essentiel étant de ne jamais mettre le patient en difficulté. Parfois, des instruments de musique sont également utilisés. Les œuvres sont affichées dans la salle, avec l'accord des patients et peuvent être remises à la famille lors d'un parloir.

Cependant, comme en 2012, il n'a pas été possible d'obtenir de statistiques quantitatives quant à l'état de fréquentation des patients aux diverses activités, y compris sportives.

6. LES DROITS DU PATIENT DETENU

6.1 L'INFORMATION DU PATIENT

Le livret d'accueil de l'hôpital, de soixante-quinze pages, présente les différents types de soins psychiatriques sans consentement : « à la demande d'un tiers », « pour péril imminent », « sur décision du représentant de l'Etat » et « l'hospitalisation des mineurs » ; le cas des personnes détenues n'est pas évoqué. Deux pages du livret développent les droits des personnes placées en soins psychiatrique sans leur consentement ; il est notamment indiqué le droit « porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence », sans plus de précisions et notamment sans mention des coordonnées du CGLPL.

Un livret spécifique de cinq pages apporte quelques indications supplémentaires concernant l'UHSA. Ce livret additionnel présente essentiellement les règles de vie de l'unité. Il ne donne pas d'informations complémentaires sur les droits des patients. Il évoque un règlement intérieur, qui serait à la disposition des patients ; les contrôleurs n'ont pas eu connaissance de l'existence d'un tel document. Il n'a pas été remis à jour depuis l'ouverture de l'UHSA ; on y trouve encore l'expression « hospitalisation d'office », qui n'est plus en vigueur depuis 2011.

Les contrôleurs ont rencontré des représentants de deux associations des familles et amis des patients psychiatriques membres de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), qui se réunit quatre fois par an pour examiner les réclamations et plaintes formulées par l'ensemble des patients de l'hôpital. Apparemment, ces associations n'ont pas de contact avec les patients de l'UHSA ni avec leurs familles.

Les contrôleurs n'ont pas vu, dans les unités de l'UHSA, d'affiche sur ces associations, qui ne sont pas présentées dans le livret d'accueil. Il leur a cependant été indiqué que la CRUQPC recevait des plaintes de patients de l'UHSA ; ainsi, sur l'ensemble de l'année 2015, la CRUQPC a traité 160 réclamations dont 11, soit 6,9 %, émanaient de patients de l'UHSA.

Recommandation

Le livret d'accueil doit être remis à jour et comporter des informations complètes et compréhensibles concernant la situation juridique des personnes détenues et l'ensemble des droits y afférents, mais également leurs droits au regard des règles pénitentiaires et du code de santé publique.

6.2 LA PERSONNE DE CONFIANCE

Selon les déclarations faites aux contrôleurs, la désignation d'une personne de confiance est rarement demandée au patient, qui n'en désigne jamais.

Recommandation

Tout patient doit être invité, dans les premiers jours de son placement à l'UHSA, à désigner une personne de confiance et à se voir expliquer l'intérêt d'une telle désignation et les droits y afférents.

6.3 LE RECUEIL DES OBSERVATIONS DU PATIENT

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

Cette disposition n'est pas indiquée dans le livret d'accueil et ne fait pas l'objet d'une procédure particulière permettant de la systématiser et de la tracer.

Il a cependant été indiqué aux contrôleurs que, si un patient faisait une observation au cours d'un entretien, elle était transcrite dans son dossier médical.

Recommandation

Une procédure permettant de formaliser l'information du patient sur sa possibilité de faire valoir ses observations doit être mise en place conformément aux termes de l'article L3211-3 du code de la santé publique, et le recueil desdites observations.

6.4 LE CONTROLE PAR LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION

La tenue des audiences est inchangée par rapport aux indications mentionnées dans le rapport de la visite précédente :

Les juges de la liberté et de la détention (JLD) compétents pour les dossiers de l'hôpital du Vinatier (et non pour la seule UHSA) sont au nombre de deux, chacun assurant une audience par semaine au sein même de l'hôpital. Les contrôleurs ont assisté à une partie de l'audience du JLD dont le rôle comportait dix-sept dossiers et qui, commencée à 9h45, pouvait durer jusqu'à 17h. Les personnes convoquées étaient accompagnées jusqu'à la salle d'audience.

Les patients détenus sont rarement accompagnés des soignants et sont amenés par une escorte pénitentiaire. Ils sont présentés menottés et parfois entravés à la salle d'audience. Au moment de l'audience les menottes et entraves sont toujours retirées. Les recours des patients hospitalisés à l'UHSA sont exceptionnels.

Le juge leur demandait d'expliquer leur demande et les laissait développer très librement leurs arguments de manière très complète (mais souvent très confuse) et faisait preuve d'une grande patience et de beaucoup de pédagogie pour faire comprendre aux patients les éléments de leur situation, de la procédure (notamment de son propre rôle) et le raisonnement qui le guidait dans sa prise de décision. Celle-ci était communiquée immédiatement à l'intéressé qui était invité à signer alors les pièces de la procédure et de la décision, le juge précisant bien que le patient pouvait ne pas le faire. Une personne a refusé de signer pour marquer sa désapprobation concernant la décision prise, pensant visiblement, malgré les explications détaillées qui lui étaient fournies, que cela jouerait en sa faveur. Certains patients étaient assistés par des avocats le plus souvent commis d'office ayant pris connaissance du dossier en arrivant à l'audience. Leur intervention a paru peu contributive au débat.

La salle d'audience, bien conçue, est installée au sous-sol d'un bâtiment situé à l'entrée de l'hôpital. Elle est signalée à l'extérieur par un panneau difficilement repérable par une personne ne connaissant pas les lieux.

Les contrôleurs ont rencontré le JLD et assisté à une audience.

Il leur a été déclaré que les patients étaient toujours assistés par un avocat, et qu'un temps était toujours accordé pour permettre à celui-ci de rencontrer son client avant l'audience ; de plus, en cas de présence de public, le JLD demandait toujours au patient si cela le dérangeait et, dans l'affirmative, demandait au public de quitter la salle. Le JLD et les avocats ne portent jamais leurs robes et le JLD se présente comme « juge des libertés ».

Deux patients en soins psychiatriques sans consentement y ont été convoqués. Dès leur arrivée, ils ont rencontré un avocat commis d'office puis sont passés en priorité devant le JLD. Ils étaient accompagnés par des agents pénitentiaires, qui sont restés dans la salle d'audience. L'un des patients était en pyjama ; interrogé par les contrôleurs, il leur a déclaré que « *ses vêtements personnels étaient trop chauds et le pyjama était plus confortable* ».

A chacune de ces deux audiences, le JLD s'est présenté au patient en lui expliquant que son rôle était de « *s'assurer de la légalité du placement en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat et savoir si l'état de santé du patient justifiait ou non qu'il reste à l'UHSA* ». Après avoir fait connaître sa décision, il a indiqué au patient que celui-ci était en droit de faire appel et lui en a précisé les modalités.

Recommandation

Le panneau de signalisation de la salle d'audience doit être aisément repérable par un visiteur inaccoutumé à l'hôpital.

6.5 LES REGISTRES DE LA LOI

Les contrôleurs ont consulté les registres de la loi.

Ceux-ci sont correctement tenus. Les certificats et avis sont placés dans des dossiers individuels qui sont rangés dans une armoire du bureau chargé de la tenue des registres.

Parmi les seize derniers patients admis à l'UHSA, cinq avaient fait l'objet d'une demande d'hospitalisation en urgence : pourtant, leurs transports vers l'hôpital n'ont été réalisés qu'au bout de 3, 10, 13, 16 et 23 jours.

6.6 L'ACTION DU JUGE DE L'APPLICATION DES PEINES

Durant leur séjour à l'UHSA, tous les patients sont suivis par le greffe de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas, y compris ceux qui proviennent d'un autre établissement pénitentiaire. Ce sont donc les CPIP de cet établissement qui en ont la charge alors qu'ils n'ont pas une connaissance complète de leurs dossiers et qu'ils ne les rencontrent jamais.

En principe, une personne détenue arrivant d'un établissement d'un autre département doit voir son affiliation à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) modifiée par le greffe de la maison d'arrêt de Corbas ; cela n'est pas réalisé faute d'entretien avec un CPIP.

Aucune permanence n'est assurée par le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) au sein de l'UHSA. Les deux assistantes sociales hospitalières de l'établissement – qui dépendent du directeur de l'hôpital et non de l'administration pénitentiaire – assurent la fonction de référent des patients pour préparer leurs dossiers en prévision des commissions d'application des peines (CAP), en prenant éventuellement un contact téléphonique avec les CPIP référents des patients concernés, dans les établissements pénitentiaires d'origine.

Par exemple, en prévision d'une CAP sur les libérations sous contrainte, le patient concerné reçoit directement un courrier du SPIP contenant une fiche d'information et un recueil de l'accord. Il

doit retourner directement au SPIP le recueil de l'accord s'il souhaite consentir à la libération sous contrainte. Les assistantes sociales sont alors sollicitées par le patient qui ne comprend pas la teneur du courrier, et elles doivent lui apporter des explications sur un domaine ne correspondant pas à leurs responsabilités hospitalières.

En moyenne depuis mai 2015, sur trois à quatre patients éligibles à la libération sous contrainte chaque mois, trois ont pu bénéficier de cette mesure : deux dans le cadre d'un placement sous surveillance électronique et un dans le cadre d'une libération conditionnelle. Concernant les réductions de peine supplémentaires, en moyenne, cinq patients sont concernés chaque mois dans le cadre de la CAP. Les assistantes sociales sont conviées à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) d'indigence une fois par mois à Corbas ; sur soixante patients une vingtaine d'entre eux sont concernés chaque mois par ce dispositif. A cette occasion, elles signalent que certains patients nécessiteraient une aide matérielle (vêtements, chaussures de type « kit arrivant ») et n'ont pas pu bénéficier de ces avantages habituels d'une personne incarcérée nécessiteuse.

Les contrôleurs ayant souhaité prendre contact avec la chef d'antenne SPIP de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas, le DSPIP a préféré leur téléphoner lui-même, considérant qu'il connaissait mieux le dossier. Il leur a déclaré que la désignation d'un référent SPIP pour l'UHSA n'était pas envisageable en raison de la faible durée de séjour des patients, de leur situation spécifique qui nécessitait un suivi essentiellement médical et d'un manque d'effectifs en CPIP.

Les juges de l'application des peines ont fait savoir que l'absence d'implication du SPIP avait des conséquences néfastes sur le contenu, incomplet, des dossiers de préparation des CAP, lesquelles se tiennent à la maison d'arrêt de Lyon-Corbas. Ils ont participé à une réunion de travail, qui s'est tenue début février 2016 à l'UHSA ; le DSPIP s'y est fait représenter par la responsable de l'antenne SPIP de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas. Il y aurait été envisagé la mise en place d'une « commission de coordination pénito-médicale » qui se réunirait tous les mois à Lyon-Corbas en vue de préparer les CAP, sans désignation d'un CPIP référent ni permanence d'un CPIP à l'UHSA.

Recommandation

Une permanence du SPIP doit être mise en place au sein de l'UHSA afin de permettre aux patients qui y sont placés de bénéficier de tous les types d'aménagement de peine auxquels ils peuvent prétendre, au même titre et dans les mêmes conditions que les personnes détenues placées en établissement pénitentiaire.

6.7 L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Il a été indiqué aux contrôleurs que les demandes d'accès au dossier médical étaient extrêmement rares – aucune demande n'a été formulée en 2015 – et qu'elles étaient traitées conformément à la réglementation en la matière. En principe, les photocopies sont à la charge du patient mais, en cas d'indigence, elles lui sont remises gratuitement.

6.8 L'ACCES AU CULTE

Une aumônerie catholique est tenue par deux personnes salariées de l'hôpital. Celles-ci se déplacent à l'UHSA environ une fois par mois et rencontrent les patients, à leur demande, au parloir.

Aucun autre culte n'est représenté. L'aumônerie catholique a remis au personnel les coordonnées d'aumôniers musulmans, israélites et protestants ; ceux-ci ne répondant pas aux appels, ce sont les aumôniers catholiques qui rencontrent les demandeurs, au parloir.

La majorité des patients étant de religion musulmane, il est organisé une ou deux fois par an un temps de partage spirituel interculturel, auquel participent une quinzaine de personnes.

7. LA DISCIPLINE

7.1 LES INCIDENTS

7.1.1 Les demandes de prêt de main forte

Dans le cas où une extraction doit être réalisée, un niveau d'escorte est déterminé par l'établissement pénitentiaire d'origine sur une échelle de 1 (risque faible) à 4 (risque majeur), niveau pouvant être révisé, au gré des circonstances, par l'officier responsable de l'UHSA.

Pour les escortes de niveau 3 et 4, un prêt de main forte, c'est-à-dire un accompagnement complémentaire par les forces de police, peut être sollicité auprès de la préfecture du Rhône.

Cette procédure est systématique dans le cas des détenus particulièrement signalés (DPS).

En outre, un pôle de regroupement des extractions judiciaires (PREJ) est en cours de constitution sur le territoire de la DISP de Lyon, dont le rôle précis n'est pas encore clairement défini.

Localement, nul ne sait dès lors si les surveillants composant ce pôle pourraient ou non renforcer les agents locaux d'escorte.

Il existe par ailleurs un autre type de prêt de main forte, celui que sollicitent les soignants lors du déclenchement d'une alarme.

Dans ce cas, la procédure apparaît claire et formalisée :

- si l'alarme (portative ou coup de poing) retentit, les soignants se rendent sur son lieu de déclenchement pour la traiter ; simultanément, cette alarme retentit également dans les bureaux pénitentiaires ;
- si le problème ne peut être résolu par les seuls soignants, il est fait appel aux surveillants pénitentiaires, qui s'équipent de tenues pare-coups et interviennent (sans arme) sur le lieu de l'incident ;
- l'intervention pénitentiaire est précédée d'un briefing avec le cadre de santé ou le médecin de l'unité, notamment pour savoir ce qu'il adviendra du patient maîtrisé (le plus souvent, une mise en chambre d'isolement, avec ou sans contention) ;
- aucun compte-rendu d'incident (CRI) n'est rédigé à l'issue d'une intervention (« *la manifestation des troubles de la pathologie mentale l'emporte sur le côté disciplinaire* ») mais un compte-rendu professionnel (CRP) est réclamé par l'officier à ses agents.

Au total, pour l'année 2015, 31 demandes de prêt de main forte (soit entre deux et trois par mois seulement) ont été sollicitées, contre 113 entre mai 2010 et avril 2012, à l'occasion de la précédente visite des contrôleurs, soit près de cinq par mois.

Ces données, en baisse sensible, attestent une certaine forme de stabilisation de la structure.

7.2 LES FOUILLES

Quatre types de fouille sont à considérer :

- les fouilles intégrales des patients : elles seraient, selon les informations recueillies, très rares mais aucun registre n'assure leur traçabilité, conséquence de la dématérialisation des actes, et le nouveau logiciel mis en place depuis peu (Genesis) ne permet pas d'en dresser un état exhaustif et compendieux. La seule certitude est que le patient est fouillé au départ de son établissement d'origine par les surveillants de l'UHSA composant l'escorte. Par ailleurs, une fouille intégrale peut être décidée par un gradé de l'UHSA consécutivement à une fouille de chambre. Enfin, après les parloirs familiaux, il peut en être de même ponctuellement, en particulier dans les cas de suspicion d'entrée de

substances interdites mais en tout état de cause, il n'existe pas au sein de l'UHSA de fouilles intégrales programmées pour une durée fixe bi- ou trimestrielle, comme rencontré en établissement pénitentiaire ;

- les fouilles de chambre : elles sont organisées soit selon le hasard, soit à la demande du personnel soignant, le seul impératif fixé par le responsable pénitentiaire résidant dans une fouille semestrielle de chaque chambre, *a minima* ;
- les fouilles sectorielles : elles visent un secteur particulier de l'unité hospitalière et nécessitent le concours d'une partie importante de l'effectif des agents. Il y en a donc eu très peu depuis l'ouverture de la structure, en 2010. Les contrôleurs, après un examen complet de la situation, peuvent chronologiquement en recenser trois, l'une le 1^{er} novembre 2010 (unité C), la deuxième le 27 novembre 2010 (unité A) et la troisième enfin, le 29 mars 2012 (unité B), entreprise après la disparition d'un couteau aux cuisines ;
- la fouille générale : une fouille générale de l'UHSA, qui mobilise des moyens humains considérables (avec des surveillants en provenance d'autres établissements régionaux) n'a jamais été réalisée à ce jour.

Suite à une réunion bipartite (pénitentiaire/hospitalière) du 14 septembre 2012, il a en outre été décidé de distinguer les fouilles programmées, à caractère préventif, des fouilles inopinées, dont l'objectif est de lever tout doute, en cas de suspicion.

7.3 LES MOYENS DE CONTRAINTE

Les moyens de contrainte internes excluent tout menottage, tandis que ceux utilisés en cas d'extraction hors les murs dépendent du niveau d'escorte du patient accompagné (cf. § 7.1.1).

Aucune fiche d'extraction les recensant n'est consultable, empêchant ainsi toute traçabilité.

Les niveaux d'escorte restent d'ailleurs révisables au gré des circonstances locales, du comportement du patient, etc.

Au 2 février 2016, l'état des niveaux d'escorte se présente comme suit :

Unité	Nombre de patients	Escorte 1	Escorte 2	Escorte 3	Escorte 4
A	19	14	4	1	0
B	20	16	4	4	0
C	16	7	6	3	0
Total	55	37	14	8	0

Un examen de l'ensemble des moyens de contrainte utilisés dans le mois précédent la visite du CGLPL, soit du 4 janvier au 9 février 2016 et pour les quatorze extractions médicales réalisées, laisse apparaître les résultats suivants :

- escorte 1 (aucun moyen de contrainte) : 10 ;
- escorte 2 (menottes) : 1 ;
- escorte 3 (menottes et entraves) : 2 ;
- escorte 4 (menottes et entraves ; escorte renforcée) : 1 ;

8. LE RETOUR VERS L'ÉTABLISSEMENT D'ORIGINE.

8.1 L'ASPECT MEDICAL

Les sorties sont évoquées lors de la réunion sur les indications qui a lieu trois fois par semaine les lundis, mercredis et vendredis.

A titre d'exemple, lors de la réunion du 10 février à laquelle ont assisté les contrôleurs, une sortie a été programmée à l'unité C : un patient devait retourner au SMPR de la MA de Lyon-Corbas. Le patient est prévenu la veille au soir de sa sortie.

La décision de sortie est prise par un médecin, sauf en cas de levée d'écrou. Celle-ci peut intervenir dans plusieurs cas :

- à la barre ;
- en cas de prononcé d'une irresponsabilité pénale (article 122-1 1^{er} alinéa du code pénal) ; en 2015, trois irresponsabilités pénales ont été décidées ;
- en fin de peine, notamment du fait de l'octroi de réductions de peine supplémentaires.

En 2015, 283 personnes sont sorties en fin de peine de l'UHSA pour retourner à la vie civile.

Lorsque la levée d'écrou intervient de manière inopinée, il existe une convention avec le Vinatier permettant au patient libéré, qui ne peut donc plus rester à l'UHSA, de passer une nuit dans le cadre d'une « hospitalisation compassionnelle » soit à l'unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP), soit aux urgences, soit dans un service de secteur. Il est conduit dans ce lieu par une infirmière de l'UHSA.

En 2015, selon les statistiques fournies aux contrôleurs, vingt-deux patients ont quitté l'UHSA en fin de peine pour un établissement de soins sans précision du lieu (CHV ou autre).

La majorité des sorties s'effectue par un retour vers l'établissement pénitentiaire d'origine.

Même si un patient dit avoir des problèmes dans l'établissement pénitentiaire d'où il provient, il y est cependant transféré, charge à lui de « se débrouiller » pour demander son changement d'établissement à son retour. L'équipe soignante donne des informations à l'administration pénitentiaire sur ces difficultés évoquées par le patient à propos de l'établissement d'origine. L'administration pénitentiaire a la responsabilité d'en effectuer les vérifications.

Il existe des exceptions à cette règle de fonctionnement : à titre d'exemple, un patient dont le frère s'était pendu dans un établissement a bénéficié d'un certificat médical, envoyé à la DISP contre-indiquant le retour dans celui-ci.

- 20 % des sorties ont lieu vers la maison d'arrêt de Lyon Corbas et son SMPR ;
- 51 % des sorties ont lieu vers des établissements pénitentiaires de Rhône-Alpes ;
- 29 % des sorties ont lieu vers des établissements pénitentiaires hors Rhône-Alpes.

Bonne pratique

Depuis la première visite des contrôleurs, il est à noter qu'il n'est plus nécessaire de renvoyer un patient en détention lorsqu'une le SDRE est transformé en SL.

Il est à noter que seize patients – soit un quart de l'effectif total – sont considérés comme des chroniques : ils ne peuvent pas retourner en détention du fait de leur état clinique et doivent continuer à séjourner à l'UHSA.

8.2 L'ASPECT PENITENTIAIRE

Le retour vers l'établissement pénitentiaire d'origine s'opère avec délivrance d'un exéat médical et d'un ordre de transfert établi par le département sécurité et détention (DSD) de la DISP de Lyon.

La levée d'écrou s'effectue au sein de l'UHSA, à travers l'écrou déporté décrit supra.

Ce sont toujours les surveillants de l'UHSA qui ramènent le patient vers son établissement et jamais ceux de ce dernier, pour des raisons liées à la nécessaire libération rapide de lits.

L'ordre de transfert est systématiquement réclamé avant l'effectivité du transfert ; il n'y a jamais de régularisation a posteriori.

L'établissement pénitentiaire est parallèlement avisé par téléphone de l'heure de départ de la structure.

9. CONCLUSION

Si dans un premier temps « l'ambiance générale » a paru semblable à la première visite, les contrôleurs ont, par la suite, détecté quelques points qui ont suscité leurs interrogations.

Au titre des bonnes pratiques, ils ont souligné une très bonne coordination et cohabitation entre le secteur pénitentiaire et le secteur santé, ainsi qu'une grande implication de tous les personnels.

Le régime « porte ouverte » sur deux des trois unités, ainsi que la diminution significative des demandes de prêt de main forte méritent aussi d'être souligné comme une avancée dans la prise en charge des patients.

Concernant les points qui posent problèmes, les contrôleurs ont relevé que les délais d'attente étaient importants pour les admissions et trop longs pour les retours. Il semblerait que ces délais soient provoqués par quelques lourdeurs administratives rencontrées dans les ARS, qui parfois obligent au recours au D-398.

Le nouveau marché entre l'administration pénitentiaire et son partenaire privé vient réduire l'utilisation des chauffeurs, ce qui affecte la prise en charge des transferts et qui oblige l'administration pénitentiaire à fournir ses propres agents pour assurer la conduite des véhicules de transport et qui a pour conséquence de dégarnir les équipes.

Concernant la prise en charge des patients, le port du pyjama est obligatoire dès la prise en charge en établissement, pour ceux relevant d'un SDRE. Ceux en SL rejoignent ceux en SDRE pendant la phase d'observation qui peut durer plus de 48 heures.

La cantine et le téléphone font aussi parties des points qui posent problèmes. Les délais entre la commande et la livraison sont considérables, et le transfert de la liste des numéros autorisés n'accompagne pratiquement jamais le patient, qui est obligé de recommencer toutes les formalités d'inscription.

Les contrôleurs se sont interrogés sur la dérive du sens de l'UHSA, qui a tendance à devenir une institution de long séjour qui viendrait se substituer à une détention « plus confortable » mais qui rendrait très difficiles les aménagements de peine ainsi que la préparation à la sortie.

L'absence totale des services pénitentiaires d'insertion et de probation est un réel problème, beaucoup de patients sont dans une interrogation constante sur l'avancement de leurs dossiers, ce qui ne les aide pas dans l'amélioration de leurs états de santé.

Le recours à l'isolement et à la contention reste banalisé et la mise en place du registre sur sa traçabilité n'est toujours pas en place.