



---

**Rapport de visite : :**  
**Unité hospitalière**  
**spécialement**  
**aménagée de Seclin**  
**(Nord)**

Du 7 au 10 mars 2016 – 2ème visite

## SYNTHESE

En application de la loi du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite inopinée de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Seclin (Nord) du 7 au 10 mars 2016. Cette mission a fait l'objet d'un rapport de constat qui a été adressé au directeur du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille le 29 mars 2017. Ce dernier a présenté des observations le 12 mai 2017, qui ont été prises en compte dans le présent rapport. Cette visite succédait à une première, effectuée du 12 au 15 mai 2014.

Située sur le site hospitalier de Seclin (17 km de Lille), l'UHSA de Seclin est une unité du CHRU de Lille qui dispense des soins psychiatriques aux personnes détenues du ressort de la direction interrégionale des services pénitentiaires du Grand Nord. Ouverte en 2013, elle est composée de trois unités de soins pour une capacité théorique de soixante places.

La visite de 2014 avait fait l'objet d'un rapport pointant des difficultés d'accès aux locaux communs (cours-jardins, installations sportives, bibliothèque), un défaut de traçabilité (en matière d'isolement et de contention, d'activités, de désignation de personnes de confiance), et des relations insuffisantes, tant entre le personnel soignant des différentes unités, qu'entre personnel médical et personnel pénitentiaire.

La mission était justifiée en partie par certains signalements adressés au CGLPL : il était fait état de possibles maltraitances exercées sur des patients (enfermements injustifiés en chambre, isolements abusifs, en particulier). Au terme de leur visite, les contrôleurs n'ont constaté, entendu ou lu aucune situation relevant directement d'une maltraitance délibérée à l'encontre des patients. Aucun ne s'est plaint de ses conditions de vie au sein de la structure. Par ailleurs, les relations entre personnels soignants et personnels pénitentiaires et judiciaires se sont un peu institutionnalisées depuis la première visite : en attestent la réunion trimestrielle de fonctionnement en présence de la juge de l'application des peines, faisant l'objet d'un compte-rendu diffusé à l'ensemble des agents et le protocole entre l'assistante sociale de l'UHSA et le service pénitentiaire d'insertion et de probation. Pour autant, elles restent insuffisantes au regard des objectifs de prise en charge partagée des patients détenus d'une UHSA.

Une partie des recommandations issues de la visite de 2014 n'a pas été suivie d'effets. Des problématiques demeurent en matière de locaux (absence de dispositif permettant la confidentialité des conversations téléphoniques ; pas de salle d'audience ; maintenance curative des chambres à améliorer), d'écrits institutionnels (réactualisation du projet médical, rédaction du protocole de fonctionnement, formalisation des relations entre personnels pénitentiaires et médicaux, mise à jour du livret d'accueil), et d'information des patients (notification claire et intelligible de la décision préfectorale d'admission ; droit de désigner une personne de confiance).

**Des procédures irrégulières ont par ailleurs été constatées** : admission en soins psychiatriques contraints de patients séjournant en soins libres ; recours aux soins sans consentement lorsque le patient refuse un traitement à ses yeux excessif ou inadapté. Si la première a cessé deux mois après la visite des contrôleurs, la seconde perdure. **En tout état de cause, la direction de l'hôpital doit être garante de la légalité des procédures.**

Enfin, le pilotage de la structure est à repenser : l'UHSA souffre d'un manque de coordination. Des tensions liées à la conception même du soin d'une part, et une certaine forme de dilution des responsabilités d'autre part, conduisent à des pesanteurs dans une structure dont les principes de gouvernance sont déjà complexes. L'arrivée récente d'un cadre supérieur de santé

à temps plein pourrait être salubre ; par ailleurs, le renforcement de l'autonomie du médecin coordonnateur pourrait être envisagé. Un management solide aiderait le personnel, parfois en difficulté lorsqu'il s'agit de prendre en charge le patient indépendamment des motifs de sa condamnation.

## OBSERVATIONS

A l'issue de cette seconde visite, du 7 au 10 mars 2016, les observations suivantes peuvent être formulées :

### LES BONNES PRATIQUES SUIVANTES POURRAIENT ETRE DIFFUSEES

#### 1. BONNE PRATIQUE ..... 17

Les comptes rendus des réunions de fonctionnement, auxquelles la JAP est conviée, sont accessibles à tout le personnel.

### LES MESURES SUIVANTES DEVRAIENT ETRE MISES EN ŒUVRE

#### 1. RECOMMANDATION ..... 13

Il convient d'assurer la confidentialité des communications téléphoniques des patients, par l'installation d'une bulle d'intimité autour du point-phone.

#### 2. RECOMMANDATION ..... 13

Les fiches d'autorisation des communications téléphoniques émanant de l'établissement pénitentiaire d'origine doivent être obtenues dès l'arrivée du patient détenu à l'UHSA.

#### 3. RECOMMANDATION ..... 13

Les patients doivent avoir accès aux cours-jardins, y compris s'il est nécessaire de réexaminer l'agencement de locaux.

#### 4. RECOMMANDATION ..... 14

Le projet médical de l'UHSA doit être réactualisé.

#### 5. RECOMMANDATION ..... 14

Il convient d'instaurer une transversalité des échanges entre les unités de soins et de renforcer la gouvernance locale afin de réduire les tensions internes entre les professionnels.

#### 6. RECOMMANDATION ..... 15

Il convient de prendre les mesures nécessaires pour que les patients bénéficient de la présence d'un médecin généraliste, ainsi que de soins dentaires et de l'ensemble du plateau technique de l'hôpital de Seclin, très voisin de l'UHSA.

#### 7. RECOMMANDATION ..... 16

Le taux de fréquentation des patients aux différentes activités qui leur sont proposées doit être connu et constituer un élément à prendre en compte lors de l'élaboration du programme d'activités.

#### 8. RECOMMANDATION ..... 16

Il n'est pas admissible qu'autant de chambres soient inutilisables depuis si longtemps. Le contrat signé depuis la visite doit permettre une maintenance corrective et curative efficace.

#### 9. RECOMMANDATION ..... 17

Les autorités de tutelle doivent faire en sorte que le protocole de fonctionnement entre les deux administrations (pénitentiaire et hospitalière) soit conclu sans délai. Si les difficultés se prolongeaient une inspection devrait être diligentée.

---

**10. RECOMMANDATION ..... 19**

Les relations entre l'équipe soignante et le SPIP doivent se développer et devenir formalisées.

---

**11. RECOMMANDATION ..... 20**

Le préfet et la direction de l'hôpital doivent être les garants de la légalité des admissions sur décision du représentant de l'Etat en soins psychiatriques contraints, de patients séjournant en soins libres.

---

**12. RECOMMANDATION ..... 21**

Le recours aux soins sans consentement doit être strictement limité aux situations prévues par la loi.

---

**13. RECOMMANDATION ..... 21**

Les droits des patients doivent leur être notifiés de manière claire et intelligible et toute mesure utile doit être prise pour s'assurer qu'ils ont effectivement été compris.

---

**14. RECOMMANDATION ..... 22**

Il est nécessaire que le projet de création d'une salle d'audience au sein de l'UHSA soit finalisé dans les meilleurs délais.

---

**15. RECOMMANDATION ..... 22**

Le livret d'accueil doit être complété et mis à jour de manière simple et pédagogique ; on doit le remettre aux patients dès leur arrivée.

---

**16. RECOMMANDATION ..... 22**

Les patients doivent être informés de leur droit de désigner une personne de confiance et d'accéder à leur dossier médical.

---

**17. RECOMMANDATION ..... 23**

Les mesures de formations ou de protection nécessaires pour que le personnel paramédical soit en mesure d'exercer une prise en charge neutre et strictement professionnelle, indépendante des motifs de condamnation, doivent être prises.

---

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>2</b>
<b>OBSERVATIONS .....</b>	<b>4</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>6</b>
<b>RAPPORT .....</b>	<b>7</b>
<b>1. LES CONDITIONS DE LA VISITE .....</b>	<b>8</b>
<b>2. LES DONNEES QUANTITATIVES AU JOUR DE LA VISITE .....</b>	<b>11</b>
<b>3. L'ACTUALISATION DES CONSTATS.....</b>	<b>13</b>
3.1 LA VIE QUOTIDIENNE DES PATIENTS DETENUS DOIT FAIRE L'OBJET D'AMELIORATION SUR LE TELEPHONE ET L'ACCES AUX COURS-JARDINS .....	13
3.2 L'ADMINISTRATION HOSPITALIERE DOIT SE MOBILISER SUR LE PROJET MEDICAL ET LA GOUVERNANCE DE LA STRUCTURE AFIN D'EN AMELIORER DE MANIERE SIGNIFICATIVE LE FONCTIONNEMENT.....	14
3.2.1 Le projet médical.....	14
3.2.2 La gouvernance médicale de l'unité.....	14
3.2.3 L'offre de soin somatique (soins et urgences) et dentaire .....	14
3.2.4 Les activités .....	15
3.2.5 La sécurité .....	16
3.2.6 La maintenance des installations .....	16
3.3 LES RELATIONS ENTRE LES ADMINISTRATIONS PENITENTIAIRE ET HOSPITALIERE DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UN PROTOCOLE DE FONCTIONNEMENT .....	17
3.4 LES DROITS DES PATIENTS NE SONT PAS RESPECTES ET DES PRATIQUES ILLEGALES SONT CONSTATEES .	19
3.4.1 La procédure d'admission .....	19
3.4.2 La notification de la décision s'effectue sans s'assurer de sa compréhension par la personne intéressée .....	21
<b>4. LES PROBLEMATIQUES NOUVELLES .....</b>	<b>23</b>
4.1 LA MALTRAITANCE DES PATIENTS N'EST PAS CONSTATEE MAIS CERTAINES ATTITUDES DU PERSONNEL NE SONT PAS PROFESSIONNELLES.....	23
4.2 L'IMPACT DU CHANGEMENT DE PRISE EN CHARGE MEDICALE PEUT PESER SUR LES PATIENTS.....	24
4.3 L'AMBIANCE GENERALE DE TRAVAIL AU SEIN DE LA STRUCTURE EST EN VOIE D'AMELIORATION MAIS DES TENSIONS DEMEURENT .....	24
<b>5. CONCLUSION.....</b>	<b>25</b>

---

# Rapport

Contrôleurs :

- Gilles Capello, chef de mission ;
- Chantal Baysse ;
- Marie-Agnès Credoiz ;
- François Moreau.

En application de la loi du 30 octobre 2007 instituant le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite inopinée de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Seclin (Nord) du 7 au 10 mars 2016.

Cette visite succédait à une première, effectuée du 12 au 15 mai 2014, pour laquelle le rapport de constat transmis au directeur du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille n'avait fait l'objet d'aucune réponse.

## 1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés le 7 mars 2016 à 14h et ont été accueillis par le praticien hospitalier de l'une des trois unités de soins et une gradée de l'administration pénitentiaire.

Après une visite des lieux, les contrôleurs ont été installés dans une salle de réunion, située dans le couloir de l'administration hospitalière.

Tous les documents réclamés leur ont été fournis.

Les autorités administratives et judiciaires avisées, un long entretien téléphonique a été organisé avec la référente de l'Agence régionale de santé du Nord.

Compte tenu de leur récent déplacement *in situ*, les contrôleurs se sont attachés à cerner et approfondir quelques problématiques ciblées.

Trois raisons expliquent en vérité cette seconde visite, proche dans le temps de la première (vingt-deux mois plus tôt) :

- la vérification de la prise en compte des observations formulées par le CGLPL dans le premier rapport ;
- des dénonciations de maltraitances sur des patients reçues par les services du CGLPL ;
- des informations reçues par le CGLPL concernant un changement de prise en charge faisant désormais primer le traitement médicamenteux sur la psychothérapie institutionnelle qui aurait un impact sur les patients et les équipes médicales et soignantes.

A l'occasion du rapport de visite réalisé début 2015, les principales observations dressées revêtaient la teneur suivante :

- observation n°1 : il est inadmissible que des fouilles intégrales soient pratiquées systématiquement à l'issue de chaque parloir, sans notification individuelle. La pratique de ces fouilles apparaît très importante notamment lors des extractions ;
- observation n°2 : il serait nécessaire d'assurer la confidentialité des communications téléphoniques ;
- observation n°3 : il est indispensable que l'établissement d'origine adresse systématiquement les fiches de téléphone de la personne détenue avec le reste de son dossier afin d'éviter des délais inacceptables de reprise de contact téléphonique avec les proches ;
- observation n°4 : il n'existe pas de cantine « arrivants », ce qui pose des problèmes, en particulier pour le tabac ;
- observation n°5 : contrairement aux autres UHSA visitées, l'usage des cours-jardins est apparu extrêmement limité, du fait de préoccupations sécuritaires ;
- observation n°6 : il serait utile de mettre en place une bibliothèque au sein de l'UHSA ;
- observation n°7 : il est regrettable que les patients ne profitent pas davantage des superbes installations sportives et que les soignants ne puissent les animer ;
- observation n°8 : il serait nécessaire de recruter un ergothérapeute et un art-thérapeute pour animer des activités ;
- observation n°9 : il serait nécessaire de remettre en état la salle de balnéothérapie ;
- observation n°10 : il serait indispensable d'établir un planning des activités et d'enregistrer les activités réalisées (et leurs participants) ;

- observation n°11 : tant que la conception du soin ne sera pas harmonisée entre les psychiatres et les soignants, il sera difficile de recruter. Le soin doit s'imposer sur la sécurité ;
- observation n°12 : le projet médical de l'unité Garance devrait être compris par les soignants de l'unité ; la mésentente entre médecins et infirmiers est préjudiciable à l'intérêt des patients. De même, la question de la sexualité devrait être traitée par les équipes dans une problématique thérapeutique et non disciplinaire ;
- observation n°13 : s'agissant de l'isolement, il serait indispensable de rédiger une procédure de mise en chambre d'isolement et de mettre en place un registre assurant la traçabilité de ces mesures. Il en va de même pour un registre retraçant les mesures de contention ;
- observation n°14 : il est inadmissible que des patients admis en soins libres soient durablement placés dans des chambres d'isolement ;
- observation n°15 : le CHRU de Lille doit doter l'UHSA d'un temps de médecin généraliste ;
- observation n°16 : le CHRU doit mettre en place un dispositif permettant de prodiguer des soins dentaires aux patients de l'UHSA ;
- observation n°17 : les liens institutionnels entre les deux administrations (santé et justice) ne sont guère développés : il n'existe pas de convention locale relative à la création et au fonctionnement de l'UHSA et le comité de coordination santé-justice ne s'est pas réuni depuis l'ouverture de la structure ;
- observation n°18 : pour faciliter le fonctionnement de la structure et harmoniser les pratiques, il serait indispensable de mettre en place des réunions régulières, d'en prévoir un ordre du jour et d'en rédiger un compte-rendu disponible pour tout le personnel ;
- observation n°19 : il serait indispensable d'instaurer des réunions régulières entre le SPIP et l'équipe soignante de l'UHSA ;
- observation n°20 : même si les difficultés du quotidien sont résolues par les soignants avec les surveillants, une absence de relations entre le personnel médical et le personnel pénitentiaire n'est pas envisageable dans une structure telle qu'une UHSA ;
- observation n°21 : la direction interrégionale devrait mettre en place une procédure permettant de raccourcir les délais d'admission des patients ;
- observation n°22 : l'établissement devrait mettre en œuvre une procédure pour désigner la personne de confiance ;
- observation n°23 : la prise en charge des adolescents devrait faire l'objet d'un protocole spécifique ;
- observation n°24 : il serait indispensable que les patients de l'UHSA aient accès aux droits : affichage du tableau des avocats, présence d'un point d'accès au droit, droit de vote, etc.

**Ainsi qu'on le constatera dans le tableau présenté en annexe, la plupart de ces recommandations sont restées sans suite.** La direction du CHRU s'en défend et estime avoir été attentive à ces recommandations (cf. annexe 2) ; certaines actions ont été mises en œuvre entre la visite des contrôleurs et la production du rapport de visite.

Les contrôleurs se sont attachés par ailleurs à déterminer si d'autres problématiques, nouvelles, s'étaient fait jour depuis ce constat.

**Enfin, trois événements récents et d'une gravité certaine, sont venus inviter au présent déplacement :**

- la prise d'otage furtive et en chambre d'une jeune interne par un patient, à l'été 2015, avec menace d'un manche à balai aiguisé sous le cou, nécessitant l'intervention immédiate du personnel soignant masculin présent ;
- le suicide d'un patient en chambre, le 26 janvier 2016 ;
- la violente agression d'un soignant par un patient, le 11 février 2016, à l'aide d'une lame de rasoir, lors d'une intervention de l'équipe sur trois patients.

Cette seconde visite du CGLPL est également inhérente aux conditions et aux suites disciplinaires réservées à une intervention de deux soignants sur un patient dont furent témoins les contrôleurs lors de leur présence à l'unité Garance le 12 mai 2014, ayant occasionné, par sa brutalité, une fracture de la malléole de la cheville droite du patient et sa reconduite en chambre, sans autre forme de suivi, jusqu'au lendemain matin, où une extraction médicale fut « promptement » décidée.

Sur cette dernière affaire, une enquête administrative a été menée en interne, dont les conclusions ont été transmises à la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté par un courrier de la direction générale du CHRU de Lille en date du 23 octobre 2014, au terme duquel il est indiqué que *« l'enquête n'a pas mis en évidence une faute professionnelle de l'infirmier qui, le premier, a engagé le geste de maîtrise du patient qui agressait directement son collègue. Les méthodes employées ont été adaptées et conformes à ce qui est enseigné pour gérer les situations de violence et faire face à une agression »*.

## 2. LES DONNEES QUANTITATIVES AU JOUR DE LA VISITE

Au 7 mars 2016, quarante-quatre patients étaient hébergés au sein des trois unités de soins pour une capacité théorique de soixante places (soit vingt-quatre places à l'unité Véronèse, dix-huit à l'unité Majorelle, dix-huit à l'unité Garance).

L'unité Véronèse n'accueille que des patients masculins en soins libres, l'unité Majorelle n'héberge que des patients masculins en soins sous contrainte (sur décision du représentant de l'Etat ou SDRE) et l'unité Garance, des patients masculins, mineurs et féminins relevant de soins consentis ou non.

La répartition des quarante-quatre patients présents au premier jour de la visite s'opérait comme suit :

- dix-neuf au sein de l'unité Véronèse ;
- onze au sein de l'unité Majorelle ;
- quatorze au sein de l'unité Garance (dont cinq femmes et aucun mineur).

Le bilan compendieux de l'activité de l'UHSA pour l'année 2015 s'établit par ailleurs comme suit :

Unité	Véronèse		Majorelle		Garance	
	2015	2014	2015	2014	2015	2014
Année	2015	2014	2015	2014	2015	2014
Nombre de patients traités	204	171	171	174	211	196
Age moyen	36	34	34	32	34	34
Nombre de lits installés	24	24	18	18	18	18
Nombre de lits exploitables	24	23,62	16	17	17	18
Taux d'occupation des lits	89 %	82 %	73 %	84 %	84 %	86%
Entrées	272	228	223	282	282	266
Durée moyenne de séjour	29 jours	31 jours	19 jours	18 jours	18 jours	21 jours

Il convient en outre de préciser que 150 patients ont été hospitalisés dans des unités différentes au sein de l'UHSA (transferts inter-unités) et qu'à ce titre, 15 patients en soins libres sont passés en soins sur décision du représentant de l'Etat (14 vers Majorelle, 1 vers Garance).

Par ailleurs, 128 demandes d'admission ont été refusées (46 à Véronèse, 39 à Majorelle, 43 à Garance), majoritairement (aux deux tiers) pour des raisons liées à l'indisponibilité de places.

638 sorties définitives de la structure ont été prononcées en 2015, dont 579 retours vers l'établissement pénitentiaire d'origine.

Parmi ceux-ci, le centre pénitentiaire (CP) de Lille-Loos-Sequedin est le plus représenté (127 patients détenus admis) devant le CP d'Annœullin, proche de Lille également (80 admissions).

Enfin, 169 extractions ont été organisées vers l'un des plateaux techniques du CHRU de Lille (156) ou l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de Lille (13), sur un total général de 475 transports sanitaires (dont 222 entrées à l'UHSA, en provenance d'un établissement pénitentiaire ou d'un centre hospitalier).

Le CGLPL a été par ailleurs informé d'une réticence de l'UHSA à accueillir des patients en provenance du centre pénitentiaire de Vendin-le-Vieil (Pas-de-Calais) au motif que « *leur dangerosité serait incompatible avec une prise en charge en, UHSA* ». Les éléments constatés au cours de la visite, qui correspond à la période de montée en puissance du CP de Vendin-le-Vieil ne permettent pas de confirmer cette information, mais on doit souligner qu'une telle réticence serait contraire à la vocation de l'institution.

### 3. L'ACTUALISATION DES CONSTATS

#### 3.1 LA VIE QUOTIDIENNE DES PATIENTS DETENUS DOIT FAIRE L'OBJET D'AMELIORATION SUR LE TELEPHONE ET L'ACCES AUX COURS-JARDINS

Les observations opérées en 2014 par le CGLPL font l'objet, à l'issue de la visite de mars 2016, des constats suivants :

- observation n°2, concernant la nécessaire confidentialité des communications téléphoniques, aucune mesure n'a été entreprise depuis le précédent contrôle, une bulle d'intimité n'ayant pas été installée autour du *point-phone* de chaque unité. Il a été indiqué à la mission que les travaux étaient prévus pour le second semestre 2017.

##### **Recommandation**

*Il convient d'assurer la confidentialité des communications téléphoniques des patients, par l'installation d'une bulle d'intimité autour du point-phone.*

- observation n°3, visant au suivi des fiches (et autorisations) de téléphone de l'établissement d'origine à l'UHSA, rien n'a non plus été réalisé.

##### **Recommandation**

*Les fiches d'autorisation des communications téléphoniques émanant de l'établissement pénitentiaire d'origine doivent être obtenues dès l'arrivée du patient détenu à l'UHSA.*

- observation n°4, touchant au service des cantines, une amélioration louable a été apportée pour les arrivants, « oubliés » en 2014 et qui peuvent à présent être livrés en 48h pour les produits de première nécessité (correspondance, hygiène, articles hôteliers). De même devrait être sous peu mise en place, avec le concours du prestataire privé du CP de Lille-Loos-Sequedin, une dotation de vêtements à l'attention des personnes démunies (tee-shirts, slips, claquettes, chaussettes, jeans, chaussures, pull-overs, survêtements, baskets). En outre, un catalogue de *La Redoute* circule déjà au sein des unités pour des commandes particulières ;
- observation n°5, relative à l'utilisation très parcimonieuse des cours-jardins pour les patients, rien n'a évolué, la nécessité imposée par le trio de pôle d'un soignant présent pour deux patients limitant toujours fortement les sorties à l'air libre. L'accès à la cour n'est autorisé que sur prescription médicale, l'autorisation étant donnée dans le cadre d'activités à but thérapeutique, justifiant ainsi la présence systématique d'un soignant.

##### **Recommandation**

*Les patients doivent avoir accès aux cours-jardins, y compris s'il est nécessaire de réexaminer l'agencement de locaux.*

### 3.2 L'ADMINISTRATION HOSPITALIERE DOIT SE MOBILISER SUR LE PROJET MEDICAL ET LA GOUVERNANCE DE LA STRUCTURE AFIN D'EN AMELIORER DE MANIERE SIGNIFICATIVE LE FONCTIONNEMENT

#### 3.2.1 Le projet médical

Le projet médical de l'UHSA, dont les contrôleurs n'ont pu avoir communication que le dernier jour par le directeur administratif de pôle n'a pas été réactualisé depuis l'ouverture en mai 2014. Le contexte particulier de l'hôpital à la date de la visite (cf. § 4.1. ci-dessous) rend son actualisation particulièrement nécessaire.

#### **Recommandation**

*Le projet médical de l'UHSA doit être réactualisé.*

Aux dires des personnels médicaux et soignants rencontrés, la période écoulée depuis l'ouverture ayant été une période de découverte des soins en UHSA et de calage des équipes, il est désormais nécessaire et urgent de réécrire ce projet médical. Il a été précisé à la mission que ce projet a été finalisé en 2017.

Au jour de la visite, il n'existait pas de procédure de mise en chambre d'isolement ni de registre, conformément aux dispositions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique. **Ce registre de suivi a été mis en place en mai 2016.**

#### 3.2.2 La gouvernance médicale de l'unité

Malgré l'existence d'un médecin coordonnateur disposant d'une autorité fonctionnelle sur la communauté médicale exerçant sur l'ensemble de l'UHSA, les contrôleurs ont observé que chaque unité de soins semble fonctionner de façon indépendante et sans transversalité. Il manque une autorité de gouvernance sur place pour coordonner le fonctionnement de l'ensemble de l'UHSA au quotidien et notamment pour piloter, en lien avec le cadre de santé, le projet de soin de l'unité.

Il a été indiqué aux contrôleurs que de fortes tensions entre les différents acteurs du soin ont été à déplorer ces derniers mois. Si toutes les difficultés ne sont pas encore aplanies, l'intervention de la psychologue du travail, à l'initiative du chef de pôle, semble permettre une évolution favorable, de même que l'arrivée récente d'un cadre supérieur de santé. Lors d'entretiens avec les soignants, les contrôleurs ont pu cependant constater des divergences fortes, entre infirmiers et médecins au regard du délicat partage entre soin et sécurité, du parcours judiciaire des patients ou des projets de mixité.

#### **Recommandation**

*Il convient d'instaurer une transversalité des échanges entre les unités de soins et de renforcer la gouvernance locale afin de réduire les tensions internes entre les professionnels.*

#### 3.2.3 L'offre de soin somatique (soins et urgences) et dentaire

Il n'y a pas sur place de prise en charge somatique structurée pour les patients de l'UHSA, faute d'un temps plein de médecin généraliste, comme en 2014. Celui-ci devrait notamment assurer le suivi des patients placés en chambre d'isolement ou en contention. La présence d'un interne en formation ne permet pas d'assurer une surveillance et une prévention somatique suffisante.

Les urgences somatiques sont soit prises en charge par le SMUR de Lille, soit dirigées sur le CHRU de Lille distant de douze kilomètres.

Tous les interlocuteurs rencontrés ont déploré la quasi-absence de prise en charge des soins dentaires, y compris pour les urgences. Il en est de même pour l'accès aux IRM qui sont réalisées au CHRU de Lille, cumulant la difficulté d'obtenir un rendez-vous et celle d'obtenir une escorte pénitentiaire ; il a été indiqué aux contrôleurs que les délais d'attente sont au mieux d'un mois.

Un partenariat entre l'UHSA et le centre hospitalier de Seclin, qui jouxte l'établissement permettrait de résoudre aisément toutes les difficultés de prise en charge somatique. On ne peut que déplorer qu'un tel partenariat n'ait pas été conclu. Il a été porté à la connaissance des contrôleurs qu'une demande a été adressée en ce sens au CH de Seclin en mars 2017.

#### **Recommandation**

*Il convient de prendre les mesures nécessaires pour que les patients bénéficient de la présence d'un médecin généraliste, ainsi que de soins dentaires et de l'ensemble du plateau technique de l'hôpital de Seclin, très voisin de l'UHSA.*

#### 3.2.4 Les activités

Les observations opérées en 2014 par le CGLPL font l'objet, à l'issue de la visite de mars 2016, des constats suivants :

- observation n°6, une bibliothèque a été créée et est alimentée par le fonds documentaire du CHRU de Lille, dont le responsable passe chaque semaine au sein de l'UHSA pour renouveler le stock ;
- observation n°7, un accès plus aisé et plus fréquent aux installations sportives semble s'être fait jour, en attestent les activités de football et de basket-ball dont ont été témoins les contrôleurs sur le terrain extérieur, activités animées par des soignants. Au jour de la visite, les contrôleurs déploraient l'absence d'un moniteur de sport diplômé mais il était précisé qu'un contrat était en attente de signature pour trois journées et demie de prestation hebdomadaire. Le moniteur a effectivement pris ses fonctions le 1<sup>er</sup> avril 2016.
- observation n°8, si le recrutement d'un art-thérapeute a bien été opéré (0,8 ETP), celui d'un ergothérapeute n'a pas été concrétisé et ne paraît pas à l'ordre du jour. Par ailleurs, une socio-esthéticienne intervient désormais, à raison de deux jours et demi par semaine ;
- observation n°9, concernant la remise en état de la salle de balnéothérapie, il y a été procédé en 2015 mais celle-ci demeure peu avenante et n'est toujours pas utilisée, faute de personnel formé à cette tâche ;
- observation n°10, touchant à l'absence de planning d'activités et de taux de fréquentation des patients présents : faute de traçabilité, les contrôleurs n'ont pu vérifier le niveau d'utilisation des divers espaces dévolus à cette fin. Il a ultérieurement été indiqué à la mission qu'un registre des activités était tenu mais n'était pas ouvert à la lecture de tous. Il est soumis au secret médical.

### **Recommandation**

*Le taux de fréquentation des patients aux différentes activités qui leur sont proposées doit être connu et constituer un élément à prendre en compte lors de l'élaboration du programme d'activités.*

Indépendamment de ces constats opérés lors de la première visite de 2014, il convient de noter qu'une activité de jeux vidéo a été montée sur grand écran dans la salle commune aux patients et que les cour-jardins, bien qu'insuffisamment occupées, sont désormais fleuries et entretenues avec soin.

#### 3.2.5 La sécurité

Les observations opérées en 2014 par le CGLPL font l'objet, à l'issue de la visite de mars 2016, des constats suivants :

- observation n°1, relative à la systématisme des fouilles à corps après chaque parloir, la situation a sensiblement évolué, pour mieux respecter les dispositions de l'article 57 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009. En effet, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, seules treize décisions de fouille individuelle ont été rendues qui ne s'appliquent d'ailleurs qu'après un seul parloir familial et non sur une durée à temps. Les motifs invoqués à la base de ces treize décisions reposent sur des troubles du comportement (à six reprises), « *pour éviter les pressions des codétenus* » (sic) à quatre reprises, pour comportement agressif ou souhait d'attenter à sa vie, à une reprise et enfin, sur la base d'un motif non indiqué à une reprise. C'est l'officier ou le premier surveillant qui signe la décision et le surveillant qui y procède émerge également le document. Le patient détenu n'est avisé qu'oralement et ne contresigne rien. L'année 2015, examinée par les contrôleurs, apparaît moins scrupuleuse, 164 décisions ayant été rendues (dont certaines pour une simple palpation) et les motifs n'en étant pas toujours indiqués. Les contrôleurs prennent acte d'une évolution récente, mais satisfaisante.

#### 3.2.6 La maintenance des installations

Six, voire sept chambres (soit 12 % des capacités d'hébergement), sont actuellement condamnées dont certaines depuis plusieurs mois, dans l'attente de réparations ou de travaux malgré de nombreuses demandes effectuées par l'UHSA au CHRU.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les services techniques du CHRU s'en occupaient et qu'une convention venait d'être signée avec un prestataire extérieur (société AXIMA) depuis le 1<sup>er</sup> février dernier. Un certain nombre de réparations, qui relèvent de malfaçons de construction, nécessite encore cependant le passage d'experts des assurances avant leur réparation effective. Il a été précisé à la mission qu'un contrat de maintenance avait été signé depuis la visite.

### **Recommandation**

*Il n'est pas admissible qu'autant de chambres soient inutilisables depuis si longtemps. Le contrat signé depuis la visite doit permettre une maintenance corrective et curative efficace.*

### 3.3 LES RELATIONS ENTRE LES ADMINISTRATIONS PENITENTIAIRE ET HOSPITALIERE DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UN PROTOCOLE DE FONCTIONNEMENT

Lors de la première visite de l'établissement, les contrôleurs avaient noté l'absence de convention relative à la création et au fonctionnement de l'UHSA, ce qui avait fait l'objet d'une observation.

A la date de la deuxième visite, la situation n'a guère évolué. En effet, si un protocole de fonctionnement est bien en cours de rédaction, il a fait l'objet de modifications successives et n'est à ce jour signé par aucune des parties. Sa signature n'était prévue qu'au début de l'automne 2017.

#### **Recommandation**

*Les autorités de tutelle doivent faire en sorte que le protocole de fonctionnement entre les deux administrations (pénitentiaire et hospitalière) soit conclu sans délai. Si les difficultés se prolongeaient une inspection devrait être diligentée.*

Cependant, la commission santé-justice du Nord-Pas-de-Calais regroupant les représentants de l'agence régionale de santé (ARS), du préfet, du président et du procureur de la cour d'appel de Douai, du directeur interrégional de l'administration pénitentiaire et du directeur interrégional de la protection judiciaire de la jeunesse, a bien intégré l'UHSA dans ses réflexions et ce dès le projet de création. Cette commission se réunit régulièrement en mars et en octobre de chaque année ainsi qu'en attestent les comptes rendus fournis aux contrôleurs.

« *Même si les difficultés du quotidien sont résolues par les soignants avec les surveillants, une absence de relations entre le personnel médical et le personnel pénitentiaire n'est pas envisageable dans une structure telle qu'une UHSA* », notaient les contrôleurs lors de la visite de mai 2014.

Il existe, au jour de la deuxième visite, selon un rythme trimestriel, des réunions régulières ayant trait au fonctionnement de la structure et à l'harmonisation des pratiques. Elles regroupent, outre les représentants de la direction du CHRU de Lille, le médecin coordonnateur de l'UHSA, les praticiens hospitaliers, le cadre supérieur de santé, les cadres de santé des trois unités, des représentants des personnels de l'équipe soignante, l'assistante sociale de la structure ainsi que la directrice de la maison d'arrêt de Sequedin ou son adjointe, la directrice pénitentiaire d'insertion et de probation de la maison arrêt de Sequedin, un conseiller pénitentiaire d'insertion de probation, le capitaine pénitentiaire qui dirige les personnels de surveillance, son adjointe ainsi qu'un surveillant représentant le personnel. Le juge de l'application des peines (JAP) y est également convié. Ces réunions font l'objet d'un compte rendu disponible pour tout le personnel.

#### **Bonne pratique**

*Les comptes rendus des réunions de fonctionnement, auxquelles la JAP est conviée, sont accessibles à tout le personnel.*

Les contrôleurs ont assisté à l'une d'elles. L'ordre du jour proposé par la direction de l'établissement pénitentiaire avait été adressé à l'ensemble des participants leur proposant de le compléter. Il portait sur des points d'actualité :

- les permissions de sortir ;
- la gestion déléguée avec le changement de marché de fonctionnement ;
- la téléphonie ;
- un point d'actualité médicale ;
- la récente agression d'un membre du personnel médical.

En réponse, le médecin coordonnateur de la structure a adressé à la direction un courrier demandant de le compléter par :

- un point *intra-muros* relatif aux alarmes, aux fouilles, aux problèmes soulevés par le retard dans l'arrivée des pécules, des vêtements manquants et des listes de numéros téléphoniques autorisés ;
- un point *extra-muros* s'agissant des transferts, des véhicules, de l'arrivée prochaine de patients détenus de la maison centrale de Vendin-le-Vieil ainsi que du problème récurrent d'accès aux soins dentaires ;
- une interrogation sur l'aménagement des peines à destination du juge de l'application des peines ;
- l'utilisation de la visioconférence ;
- une demande au SPIP d'un budget « culture » ;
- enfin, un projet de colloque.

La date de la réunion suivante a été fixée au mois de juin 2016.

Toutefois, malgré l'institutionnalisation de ces réunions d'échanges et de concertation, il est apparu aux contrôleurs que le personnel relevant des deux administrations peinait encore à trouver sens et objectifs communs ainsi que des méthodes de travail partagées.

De son côté, le personnel hospitalier participe à dix catégories de réunions permettant des échanges réguliers :

- la réunion des dispositifs de soins psychiatriques de la région Nord-Pas-de-Calais ;
- le conseil de pôle (réunissant les médecins des trois entités qui sont la psychiatrie, la médecine légale et la médecine pénitentiaire) ;
- le conseil d'expression des personnels qui, dans chacune des trois unités tour à tour, est animé par le professeur agrégé, chef de pôle ;
- les réunions des cadres de santé et du directeur du pôle ;
- les réunions transversales qui regroupent les soignants des trois unités de l'UHSA ;
- les réunions soignants-soignants qui, bimensuelles, réunissent, par unité, les médecins et les équipes d'infirmiers et d'aides-soignants ;
- les réunions d'encadrement mensuelles des praticiens hospitaliers et des cadres de santé ;
- les réunions des cadres de santé entre eux ;
- les réunions avec le secrétariat de l'UHSA.

A défaut de réunions institutionnelles notées lors de la première visite de l'UHSA, l'assistante sociale et le conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP) de permanence se rencontrent tous les quinze jours, selon un horaire fixe, pour échanger sur les situations des

patients détenus. Leurs interventions sont complémentaires et les échanges facilités par le secret professionnel de chacun de ces travailleurs sociaux.

Les contrôleurs ont rencontré l'assistante sociale de l'UHSA, la directrice pénitentiaire d'insertion et de probation du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) de la maison d'arrêt de Sequedin ainsi qu'un CPIP dont les propos convergent vers la nécessité d'une prise en charge adaptée pour une population doublement fragilisée par le statut de patient et celui de détenu.

L'assistante sociale gère l'ouverture et le suivi des droits sociaux (caisse d'allocations familiales, sécurité sociale, maison départementale des personnes handicapées, etc.) et accomplit un important travail de liaison avec les établissements de provenance des patients. Elle entre en contact avec les unités sanitaires, les intervenants en addictologie, les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et les SPIP. De leur côté, les deux CPIP de la maison d'arrêt de Sequedin, qui interviennent tour à tour un jeudi tous les quinze jours, traitent les demandes d'informations juridiques ainsi que les dossiers d'aménagement de peine ou de permissions de sortir.

L'assistante sociale et les CPIP accompagnent, si nécessaire, les patients lors de permissions de sortir à visée de réinsertion (foyers d'hébergement, institutions médico-sociales etc.). Seules les relations entre l'assistante sociale de l'UHSA et le SPIP sont formalisées. En revanche, il n'existe pas de réunions régulières entre le SPIP et l'équipe soignante de l'UHSA ; les relations sont décrites comme étant de bonne qualité mais informelles.

Les représentants du SPIP, à l'occasion de la rencontre avec les contrôleurs, ont proposé de recevoir en stage, dans leur service de la maison d'arrêt de Sequedin, des membres du personnel soignant qui le souhaiteraient afin de leur expliquer à la fois le circuit des demandes d'aménagement de peine, leurs modalités d'octroi ainsi que celles du suivi à l'extérieur durant les différentes catégories de mesures.

### **Recommandation**

*Les relations entre l'équipe soignante et le SPIP doivent se développer et devenir formalisées.*

## **3.4 LES DROITS DES PATIENTS NE SONT PAS RESPECTES ET DES PRATIQUES ILLEGALES SONT CONSTATEES**

### **3.4.1 La procédure d'admission**

**Les modalités d'admission n'ont pas été modifiées depuis le précédent rapport du CGLPL, que l'hospitalisation s'effectue en soins libres ou en soins contraints.** Ainsi les admissions des patients en soins libres sont programmées à l'avance, sauf urgence gravissime (risque suicidaire ou décompensation paroxystique).

Pendant le temps du contrôle, le 9 mars, les contrôleurs, présents au bureau des admissions, ont constaté que la première date utile proposée était le 16 mars.

Les admissions sur décision du représentant de l'Etat sont accueillies 24h sur 24 ; le transport est assuré par le personnel médical à bord d'une ambulance escortée par un équipage pénitentiaire. Il n'est donc pas exclu qu'une telle admission soit reportée en cas d'impossibilité de composer l'escorte.

Les règles procédurales d'une telle admission, qui ont été formalisées dans des fiches pédagogiques lors de l'ouverture de l'UHSA, sont intégrées par le personnel en charge des formalités administratives. C'est ainsi que, conformément à l'article L 3213-1 du code de la santé

publique, le préfet prend un arrêté d'admission en soins psychiatriques à l'UHSA, motivé par le certificat médical d'un médecin extérieur à l'établissement et l'accord du médecin coordonnateur de l'UHSA.

Les contrôleurs, en examinant les registres de la loi, tenus avec soin et rigueur, ont constaté que, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015 jusqu'au jour du contrôle, quinze patients hospitalisés à leur demande et affectés aux unités Garance ou Véronèse avaient fait l'objet, durant leur séjour, d'une décision d'hospitalisation par le représentant de l'Etat et ont été réaffectés au sein de l'unité Majorelle.

Les contrôleurs ont relevé que dans onze cas sur quinze en 2015, les certificats médicaux nécessaires à la modification du régime d'admission des patients en soins libres en soins sur décision du représentant de l'Etat **n'ont pas été rédigés par un médecin extérieur à l'établissement en contradiction avec les termes de la loi du 5 juillet 2011 ; ces mesures de soins sous contrainte sont donc illégales**. Par ailleurs le praticien n'a pas rencontré les patients pour rédiger ces certificats. Cette pratique est susceptible d'entraîner des poursuites pénales et disciplinaires à l'encontre de ce praticien.

L'explication apportée par l'établissement à cet usage est d'ordre purement pratique : dans l'hypothèse d'une décompensation d'un patient en soins libres, il est difficile, sinon impossible de faire intervenir à l'établissement un médecin urgentiste. C'est une conséquence du défaut de convention avec l'établissement hospitalier voisin (cf. § 3.2.3 ci-dessus).

Les contrôleurs, ont exprimé leur étonnement aux médecins et cadres de santé présents à la réunion finale et préconisé un retour immédiat à des pratiques respectueuses de la loi. Le préfet du Nord et le directeur de l'établissement ont été informés de cette pratique illégale dès le retour de mission<sup>1</sup>. Le directeur a pris l'engagement de la faire cesser<sup>2</sup>. Il a été indiqué au CGLPL, par courrier du 18 mai 2016, qu'il avait été mis fin à ces pratiques.

### **Recommandation**

*Le préfet et la direction de l'hôpital doivent être les garants de la légalité des admissions sur décision du représentant de l'Etat en soins psychiatriques contraints, de patients séjournant en soins libres.*

Par ailleurs, lorsque le patient détenu soigné en régime de soins libres refuse un traitement à ses yeux excessif ou inadapté, le choix est fait, nonobstant son accord pour poursuivre un traitement plus supportable, de le placer sous le régime juridique des soins sans consentement, malgré l'absence de risque pour l'ordre public ou la sécurité des personnes. Pourtant, la discussion entre un médecin et son patient sur l'adaptation des traitements est une pratique quotidienne des services de soins. **Le recours à l'hospitalisation sans consentement pour un tel motif contrevient à la loi et porte atteinte aux droits du patient**. La direction du CH estime que de son point de vue il n'y a aucun recours aux soins sans consentement qui ne soit pas respectueux des situations prévues par la loi (sauf dans l'hypothèse d'un détenu devant retourner dans son établissement d'origine, qui est forcé d'attendre à l'UHSA faute d'escorte pénitentiaire).

---

<sup>1</sup> Lettre du 7 avril 2016

<sup>2</sup> Lettre du 18 mai 2016

### **Recommandation**

*Le recours aux soins sans consentement doit être strictement limité aux situations prévues par la loi.*

#### 3.4.2 La notification de la décision s'effectue sans s'assurer de sa compréhension par la personne intéressée

La décision préfectorale qui mentionne de façon détaillée les voies de recours, est accompagnée d'un récépissé attestant que le patient a été informé de ses droits selon une formule aussi vague qu'imprécise : « je soussigné ... certifie avoir eu connaissance de mes droits prévus au livre II du code de la santé publique, Titre 1 modalités de soins psychiatriques, Chapitre 1 droit des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques ». Cette notification est opérée par le cadre de santé qui est chargé de faire signer l'accusé de réception avant de retourner l'original à l'agence régionale de santé (ARS). Bien que des affiches soient apposées dans les unités, les patients rencontrés par les contrôleurs n'avaient pas conservé le souvenir des explications supposées leur avoir été fournies notamment quant à leurs possibilités de voies de recours et à leurs droits, selon l'article 3211-3 du code de la santé publique.

### **Recommandation**

*Les droits des patients doivent leur être notifiés de manière claire et intelligible et toute mesure utile doit être prise pour s'assurer qu'ils ont effectivement été compris.*

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

Les contrôleurs ont accompagné un patient détenu lors de sa comparution devant le JLD au tribunal. Cette personne savait qu'elle allait rencontrer un juge et connaissait les enjeux de l'audience.

Durant le transfert, allongée et sanglée, elle n'a pas échangé de paroles avec les infirmiers accompagnateurs. Elle a traversé les couloirs du tribunal menant à la salle d'audience menottée ; les entraves ont été retirées à la demande du juge.

Pendant l'audience, le magistrat, soucieux de la mise en œuvre du contradictoire, a évoqué les éléments du dossier et notamment les certificats médicaux avant de donner la parole au patient qui n'était pas assisté d'un avocat, bien qu'informé de cette possibilité. Après avoir quitté la salle pour délibérer, le JLD a repris l'audience et expliqué oralement sa décision à l'intéressé (maintien de l'hospitalisation) en lui indiquant la possibilité de voies de recours. Il a ajouté que l'ordonnance judiciaire serait transmise à l'UHSA dans la journée et notifiée à la personne détenue avec accusé de réception.

Le JLD a confirmé combien les magistrats en charge de ce contentieux étaient attentifs à la compréhension de leur décision par le patient détenu et ainsi motivaient pédagogiquement leur décision (les recours sont rarissimes).

La logistique des contentieux des hospitalisations sous contrainte est organisée conformément aux exigences légales à l'exception du lieu de l'audience qui, en méconnaissance de la loi du 27 septembre 2013, continue de se tenir au TGI de Lille, le projet d'aménagement d'une salle à proximité immédiate de l'UHSA n'ayant toujours pas abouti, malgré l'existence d'un projet qui pourrait être étendu aux autres patients de l'arrondissement de Lille.

Les services pénitentiaires disent regretter cet état de fait qui, en 2015, les a contraints à organiser quatre-vingt-une extractions pour la comparution des patients détenus devant le JLD.

**Recommandation**

*Il est nécessaire que le projet de création d'une salle d'audience au sein de l'UHSA soit finalisé dans les meilleurs délais.*

*b) Information des patients sur leurs droits*

Outre que le livret d'accueil n'est pas délivré lors de l'arrivée du patient (livret qui ne mentionne pas les droits conférés par l'article L 3211-3 du code de la santé publique), il est apparu, au vu d'échanges avec les soignants, qu'il n'est donné aucune information quant aux droits pour le patient détenu, notamment :

- de communiquer avec les autorités indiquées à l'article L 3224-4 ;
- de saisir la commission départementale des soins psychiatriques ;
- d'écrire au Contrôle général des lieux de privation de liberté ;
- de recevoir du courrier ;
- de prendre conseil d'un avocat ;
- d'exercer son droit de vote ;
- de se livrer à des activités religieuses ou philosophiques.

**Recommandation**

*Le livret d'accueil doit être complété et mis à jour de manière simple et pédagogique ; on doit le remettre aux patients dès leur arrivée.*

Il a d'ailleurs été constaté qu'aucun membre du personnel rencontré – cadres et soignants – n'était au fait du contenu de l'article L 3211-3 du code de la santé publique.

Enfin, et malgré les observations formulées dans le précédent rapport du CGLPL, les patients détenus ne reçoivent aucune explication sur la possibilité qui leur est légalement offerte :

- d'avoir accès au dossier médical ;
- de désigner une personne de confiance.

**Recommandation**

*Les patients doivent être informés de leur droit de désigner une personne de confiance et d'accéder à leur dossier médical.*

## 4. LES PROBLEMATIQUES NOUVELLES

### 4.1 LA MALTRAITANCE DES PATIENTS N'EST PAS CONSTATEE MAIS CERTAINES ATTITUDES DU PERSONNEL NE SONT PAS PROFESSIONNELLES

Certains signalements adressés au CGLPL, qui justifiaient en partie cette seconde visite, mentionnaient de possibles maltraitements exercés sur des patients (enfermements injustifiés en chambre, isolements abusifs, soignants ou médecins peu empathiques, internes trop autonomes, etc.). Au demeurant, les événements graves survenus dans les semaines précédant la visite (le suicide d'un patient en chambre, le 26 janvier 2016 et l'agression d'un soignant par un patient, le 11 février 2016) attestaient d'une situation de tension anormale.

Au terme de leur visite, les contrôleurs n'ont constaté, entendu ou lu aucune situation relevant directement d'une maltraitance délibérée exercée à l'encontre des patients. En particulier, nombre de ceux-ci ont été interrogés et aucun ne s'est plaint de ses conditions de vie au sein de la structure.

Cette impression d'ensemble doit cependant être quelque peu tempérée. En effet, selon les éléments oraux collectés au gré de leurs rencontres avec les professionnels, il s'avère que les motifs d'incarcération (infractions violentes ou à caractère sexuel) peuvent, en raison de craintes ou de préjugés, exercer une influence défavorable sur la qualité de la prise en charge par certains membres du personnel paramédical, ce qui atteste une attitude peu professionnelle à l'évidence. En outre, certains soignants restent dans une posture de « punition-récompense » subjective et peu compréhensible vis-à-vis des patients. La direction du CHRU s'en défend et estime que le cadre de santé est le garant du professionnalisme de ses équipes dans toutes ses dimensions soignantes. Elle souligne que des formations adaptées, de type *Oméga*, sont proposées à l'ensemble des personnels.

#### **Recommandation**

*Les mesures de formations ou de protection nécessaires pour que le personnel paramédical soit en mesure d'exercer une prise en charge neutre et strictement professionnelle, indépendante des motifs de condamnation, doivent être prises.*

Par ailleurs, il a été indiqué qu'une psychologue du travail intervenait exceptionnellement depuis l'automne 2015 pour « coacher » les équipes et remettre du lien entre elles, en particulier au sein de l'unité Garance, qui a connu une situation de tension, décrite comme « explosive » par l'un des interlocuteurs entendus et portant sur les modalités de prise en charge des patients.

Selon le cadre supérieur de santé de l'unité, cette intervention, qui n'a jamais été observée par le CGLPL dans un autre établissement hospitalier, a été bénéfique pour tous et pour l'équilibre du service. Elle révèle toutefois une tension d'une exceptionnelle gravité.

Au final, la prise en charge actuelle des patients de l'UHSA de Seclin pâtit encore de faiblesses qui nécessiteront une attention soutenue et constante du médecin coordonnateur et du trio de pôle. L'absence de projet médical n'a pas pu faciliter l'appropriation collective de méthodes thérapeutiques, ce qui a pu contribuer à dégrader la relation de travail entre les intervenants et les a, à tout le moins, privés d'un outil indispensable à une prise en charge cohérente (cf. § 3.2.1, ci-dessus).

#### **4.2 L'IMPACT DU CHANGEMENT DE PRISE EN CHARGE MEDICALE PEUT PESER SUR LES PATIENTS**

Plusieurs interlocuteurs du CGLPL ont indiqué qu'au gré des mutations et remplacements de professionnels opérés depuis leur précédente visite, la prise en charge purement médicale semblait avoir évolué, pour passer d'une psychothérapie institutionnelle, faite d'activités et d'écoute, vers la pratique de neurosciences reposant (trop) souvent sur des traitements médicamenteux. Selon eux, « la psychiatrie (de l'UHSA de Seclin) s'est médicalisée, délaissant et faisant l'impasse sur la dimension relationnelle en laissant place à des thérapies autoritaires ».

Il n'appartient pas aux contrôleurs d'entrer dans ces débats relevant purement de la psychiatrie. Ils doivent en revanche à la vérité de constater d'une part que les patients rencontrés ne leur ont pas paru excessivement sédatisés, que des activités nouvelles ont vu le jour en 2015 et que les patients entendus n'ont pas émis de doléances particulières quant aux conditions de leur prise en charge.

#### **4.3 L'AMBIANCE GENERALE DE TRAVAIL AU SEIN DE LA STRUCTURE EST EN VOIE D'AMELIORATION MAIS DES TENSIONS DEMEURENT**

Ainsi que relevé *supra*, les tensions passées semblent en voie d'atténuation sinon de résolution entre les équipes et les diverses catégories de personnel, grâce à des mutations et à l'action tempérante de la psychologue du travail et du cadre supérieur de santé.

Egalement favorable semble l'évolution des relations entre les administrations pénitentiaire et hospitalière, rompant avec l'étanchéité, la froideur et le mutisme ressentis par les contrôleurs en 2014.

En bref, les contrôleurs peuvent objectivement considérer que l'atmosphère de travail est depuis peu en voie d'amélioration, au bénéfice immédiat des patients hébergés. Il n'en reste pas moins que des tensions demeurent, nécessitant un coaching encore étroit et durable des différents professionnels intervenant.

## 5. CONCLUSION

L'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Seclin a déjà fait l'objet d'une visite du contrôle général des lieux de privation de liberté, du 12 au 15 mai 2014.

Cette seconde visite, du 7 au 10 mars 2016 met en lumière une carence majeure en matière d'écrits notamment le projet médical, la convention santé-justice, le protocole « adolescents » restent toujours dans l'attente de signature ou sont en cours de révision. La traçabilité (isolement, contention, activités, etc.) et les statistiques (par exemple, celles relatives au taux de fréquentation des activités proposées) font défaut. La rigueur de l'équipe et de l'encadrement sont insuffisantes comme en témoignent le défaut d'information des patients et surtout le caractère illégal de certains certificats d'admission en soins sans consentement ou une prise en charge intégrant des éléments de subjectivité.

Les activités *lato sensu*, depuis le précédent rapport de 2014, sont certes en progrès mais doivent encore être enrichies. Il est anormal que 10 % des chambres soient hors service, certaines depuis de longs mois.

Le médecin coordonnateur de la structure fait preuve d'une discrétion peu en rapport avec les besoins de management observés, mais l'arrivée récente d'un cadre supérieur de santé à temps plein pourrait lui être salutaire. Une certaine forme d'opacité, de pesanteur et de dilution des responsabilités dans le pilotage managérial et budgétaire de la structure, entre le trio de pôle, la direction générale du CHRU, le médecin coordonnateur et le cadre supérieur de santé doit être corrigée. A cet égard, une marge d'autonomie plus vaste confiée au médecin coordonnateur pourrait utilement lui permettre de mener une véritable politique d'établissement.

Nonobstant le coaching d'équipe, les contrôleurs ont encore ressenti des tensions liées à la conception même du soin, à la nature de la prise en charge et à l'approche de ce public particulier que sont les patients détenus, dont peuvent pâtir au quotidien les personnes privées de liberté : le volet de la formation et les échanges avec l'administration pénitentiaire devraient dès lors être entrepris à bref délai.

Enfin il faut noter, ainsi que le tableau présenté en annexe le met en évidence, que nombre de points recommandés lors de la visite de 2014 n'avaient toujours pas été mis en œuvre en 2016.

## ANNEXE 1

Constats 2014	Situation 2016
Il est inadmissible que des fouilles intégrales soient pratiquées systématiquement à l'issue de chaque parloir, sans notification individuelle. La pratique de ces fouilles apparaît très importante notamment lors des extractions	Fait
Il serait nécessaire d'assurer la confidentialité des communications téléphoniques	Non fait
Il est indispensable que l'établissement d'origine adresse systématiquement les fiches de téléphone de la personne détenue avec le reste de son dossier afin d'éviter des délais inacceptables de reprise de contact téléphonique avec les proches	Non fait
Il n'existe pas de cantine « arrivants », ce qui pose des problèmes, en particulier pour le tabac	Fait
Contrairement aux autres UHSA visitées, l'usage des cours-jardins est apparu extrêmement limité du fait de préoccupations sécuritaires	Non fait
il serait utile de mettre en place une bibliothèque au sein de l'UHSA	Fait
Il est regrettable que les patients ne profitent pas davantage des superbes installations sportives et que les soignants ne puissent les animer	Non fait
Il serait nécessaire de recruter un ergothérapeute et un art-thérapeute pour animer des activités	Fait pour l'art-thérapeute ; non fait pour l'ergothérapeute
Il serait nécessaire de remettre en état la salle de balnéothérapie	Fait mais pas d'intervenant
Il serait indispensable d'établir un planning des activités et d'enregistrer les activités réalisées (et leurs participants)	Non fait
Tant que la conception du soin ne sera pas harmonisée entre les psychiatres et les	En voie d'être fait. Discrète évolution dans le sens de l'amélioration. Intervention d'une psychologue du travail. Mise en place de

soignants, il sera difficile de recruter. Le soin doit s'imposer sur la sécurité	réunions internes avec CR, mais persistance d'une tension entre acteurs du soin et médecins. Toujours pas de projet médical à jour.
Le projet médical de l'unité Garance devrait être compris par les soignants de l'unité ; la mésentente entre médecins et infirmiers est préjudiciable à l'intérêt des patients. De même, la question de la sexualité devrait être traitée par les équipes dans une problématique thérapeutique et non disciplinaire	Fait.
S'agissant de l'isolement, il serait indispensable de rédiger une procédure de mise en chambre d'isolement et de mettre en place un registre assurant la traçabilité de ces mesures. Il en va de même pour un registre retraçant les mesures de contention	Fait en partie. Il n'existe toujours pas de procédure ou protocole de recours à l'isolement ou la contention spécifique à l'UHSA. Lors de la visite des contrôleurs étaient utilisées des « recommandations de bonne pratique de contention » et un « protocole de contention physique passive », propres aux services du CHU et datant du 13 mars 2008. L'unité Véronèse dispose d'un « protocole de soins, conditions de recours à l'isolement ou à la contention » extrêmement succinct (14 lignes). Aucun registre n'a été mis en place.
Il est inadmissible que des patients admis en soins libres soient durablement placés dans des chambres d'isolement	Fait
Le CHRU de Lille doit doter l'UHSA d'un temps de médecin généraliste	Non fait (mais un interne y pourvoit en tant que de besoin)
Le CHRU doit mettre en place un dispositif permettant de prodiguer des soins dentaires aux patients de l'UHSA	Non fait
Les liens institutionnels entre les deux administrations (santé et justice) ne sont guère développés : il n'existe pas de convention locale relative à la création et au fonctionnement de l'UHSA et le comité de Coordination santé-justice ne s'est pas réuni depuis l'ouverture de la structure	Fait en partie (protocole toujours en cours de signature et réunions du comité de coordination santé-justice)
Pour faciliter le fonctionnement de la structure et harmoniser les pratiques, il serait	Fait

indispensable de mettre en place des réunions régulières, d'en prévoir un ordre du jour et d'en rédiger un compte-rendu disponible pour tout le personnel	
Il serait indispensable d'instaurer des réunions régulières entre le SPIP et l'équipe soignante de l'UHSA	Fait en partie, avec l'assistante sociale. Pas de réunions avec l'équipe soignante mais des échanges informels lors des visites dans les unités.  Proposition de stages au SPIP
Même si les difficultés du quotidien sont résolues par les soignants avec les surveillants, une absence de relations entre le personnel médical et le personnel pénitentiaire n'est pas envisageable dans une structure telle qu'une UHSA	Fait
La direction interrégionale devrait mettre en place une procédure permettant de raccourcir les délais d'admission des patients	Non fait
L'établissement devrait mettre en œuvre une procédure pour désigner la personne de confiance	Non fait
La prise en charge des adolescents devrait faire l'objet d'un protocole spécifique	Non fait
Il serait indispensable que les patients de l'UHSA aient accès aux droits : affichage du tableau des avocats, présence d'un point d'accès au droit, droit de vote, etc.	Fait en partie (pas de point d'accès au droit)

ANNEXE 2

ANNEXE

CONSTATS 2014	SITUATION 2016	Situation 2017
Il est inadmissible que des feuilles intégrales soient pratiquées systématiquement -à l'issue de chaque perf-, sans notification individuelle. La pratique de ces feuilles apparaît notamment lors des extractions	Fait	Fait
Il serait nécessaire d'assurer la confidentialité des communications téléphoniques	Non fait	Travaux programmés pour le second semestre 2017
Il est indispensable que l'établissement adresse systématiquement les fiches de téléphone de la personne détenue avec le reste de son dossier afin d'éviter des délais inacceptables de reprise de contact téléphonique avec les proches	Non fait	Il s'agit là de transmissions qui dépendent exclusivement de la volonté et des démarches de l'administration pénitentiaire, l'établissement hospitalier n'ayant aucun pouvoir pour obtenir ces fiches de droit.
Il n'existe pas de cantine « amivants », ce qui pose des problèmes, en particulier pour le tabac	Fait	Fait
Contrairement aux autres UHSA visitées, l'usage des cours-jardins est apparu extrêmement limité du fait de préoccupations sécuritaires	Non fait	Les accès aux cours-jardin comme au terrain de sport, situés en dehors des unités, sont, comme dans toute structure hospitalière, autorisés pour les patients que sur prescription médicale avec un accompagnement soignant puisque l'autorisation est donnée dans le cadre d'activités à but thérapeutique.
Il serait utile de mettre en place une bibliothèque au sein de l'UHSA	Fait	Fait
Il est regrettable que les patients ne profitent pas davantage de superbes installations sportives et que les agents ne puissent les animer	Non fait	Les activités sportives à but thérapeutiques continuent à être mises en place et encadrées, par l'équipe soignante comme cela se fait depuis l'ouverture de l'UHSA.
Il serait nécessaire de recruter un ergothérapeute et un art thérapeute pour animer les activités	Fait pour l'Art-thérapeute ; non fait pour l'ergothérapeute	Fait pour l'Art-thérapeute. Il n'est pas nécessaire de recruter un ergothérapeute. A noter que le recrutement se ferait par transformation de poste, en l'occurrence il s'agirait d'un poste IDE.

<p>Il serait nécessaire de remettre en état la salle de balnéothérapie</p>	<p>Fait mais pas d'intervenant</p>	<p>Fait</p>
<p>Il serait indispensable d'établir un planning des activités et d'enregistrer les activités réalisées (et leurs participants)</p>	<p>Non fait</p>	<p>Un registre des activités est tenu dans chaque unité. Il est complété du nom des participants. Ce registre n'est cependant pas ouvert à la lecture de tous au sein des unités. En effet ces activités sont prescrites donc soumises au secret médical.</p>
<p>Tant que la conception du soin ne sera pas harmonisée entre les psychiatres et les soignants, il sera difficile de recruter. Le soin doit s'imposer sur la sécurité</p>	<p>En voie d'être fait. Discrète évolution dans le sens de l'amélioration. Intervention d'une psychologue du travail. Mise en place de réunions internes avec CR, mais persistance d'une tension entre acteurs du soin et médecins. Toujours pas de projet médical à jour.</p>	<p>Fait</p>
<p>Le projet médical de l'unité Garantie devrait être compris par les soignants de l'unité : la mise en relation entre médecins et infirmiers est préjudiciable à l'intérêt des patients. De même, la question de la sexualité devrait être traitée par les équipes dans une problématique thérapeutique et non disciplinaire</p>	<p>Fait</p>	<p>Fait</p>
<p>S'agissant de l'isolement, il serait indispensable de rédiger une procédure de mise en chambre d'isolement et de mettre en place un registre retraçant les mesures de contention</p>	<p>Fait en partie Il n'existe toujours pas de procédure ou protocole de recours à l'isolement ou la contention spécifique à l'UHSA. Lors de la visite des contrôleurs étaient utilisées les « recommandations de bonne pratique de contention » et un « protocole de contention physique passive », propres aux services du CHU et datant de mars 2008. L'Unité Véronèse dispose d'un « protocole de soins, conditions de recours à l'isolement », extrêmement succinct (14 lignes) Aucun registre n'a été mis en place</p>	<p>La procédure et le registre de suivi existent depuis mai 2016, soit dans des délais raisonnables pour mettre en application une loi publiée quatre mois avant.</p>
<p>Il est inadmissible que les patients admis en soins libres soient durablement placés dans des chambres d'isolement</p>	<p>Fait</p>	<p>Fait</p>

<p>Le CHRU de Lille doit doter l'UHSA d'un temps de médecin généraliste</p>	<p>Non fait (mais un interne y pourvoit en tant que de besoin)</p>	<p>Les soins somatiques et dentaires sont prodigués au CHRU de Lille</p>
<p>Le CHRU de Lille doit mettre en place un dispositif permettant de prodiguer des soins dentaires aux patients de l'UHSA</p>	<p>Non fait</p>	<p>Les soins somatiques et dentaires sont prodigués au CHRU de Lille</p>
<p>Les liens institutionnels entre les deux administrations (santé et justice) ne sont guère développés : il n'existe pas de convention locale relative à la création et au fonctionnement de l'UHSA et le comité de Coordination santé justice ne s'est pas réuni depuis l'ouverture de la structure</p>	<p>Fait en partie (protocole en cours de signature et réunions du comité de coordination santé justice)</p>	<p>Fait</p>
<p>Pour faciliter le fonctionnement de la structure et harmoniser les pratiques, il serait indispensable de mettre en place des réunions régulières, d'en prévoir un ordre du jour et d'en rédiger un compte rendu disponible pour tout le personnel</p>	<p>Fait</p>	<p>Fait</p>
<p>Il serait indispensable d'instaurer des réunions régulières entre le SPIP et l'équipe soignante de l'UHSA</p>	<p>Fait en partie, avec l'assistante sociale Pas de réunion avec l'équipe soignante mais des échanges informels lors de visites dans les unités Proposition de stages au SPIP</p>	<p>Fait</p>
<p>Même si les difficultés du quotidien sont résolues par les soignants avec les surveillants, une absence de relations entre le personnel médical et le personnel pénitentiaire n'est pas envisageable dans une structure telle que l'UHSA</p>	<p>Fait</p>	<p>Fait</p>
<p>La Direction interrégionale devrait mettre en place une procédure permettant de raccourcir les délais d'admission des patients</p>	<p>Non fait</p>	<p>Non fait</p>
<p>L'établissement devrait mettre en œuvre une procédure pour désigner la personne de confiance</p>	<p>Non fait</p>	<p>En cours</p>