



Chambre sécurisée

Centre hospitalier de Pontoise (Val d'Oise)

9-10 Février 2011

Contrôleurs :

- Betty Brahmy, chef de mission ;
- Isabelle Le Bourgeois.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, deux contrôleurs ont effectué une visite des installations spécifiques à l'accueil et à la prise en charge des détenus au centre hospitalier de pontoise (Val-d'Oise) les 9 et 10 février 2011.

1 LES CONDITIONS DE LA VISITE.

Les contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier René Dubos le mercredi 9 février à 9h30 afin de visiter la chambre sécurisée. La visite a duré jusqu'à 12h30. Ils s'y sont rendus le lendemain 10 février afin d'y rencontrer une personne détenue dont l'hospitalisation était programmée. La visite a duré de 14h à 16h.

Ils ont été reçus par le médecin chef des urgences responsable de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et un praticien hospitalier temps plein au sein de laquelle se trouve la chambre sécurisée.

Au cours de la journée, ils ont rencontré le directeur du centre hospitalier.

Le directeur territorial du Val-d'Oise de l'agence régionale de santé (ARS) a été informé de leur visite ainsi que le commissaire divisionnaire de Cergy-Pontoise auxquels sont rattachés les fonctionnaires assurant la surveillance des personnes hospitalisées.

Ils ont échangé par téléphone avec le médecin allant prendre la responsabilité de l'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) de la maison d'arrêt d'Osny le 10 février 2011.

Ils ont rencontré un cadre de santé ayant été en charge de la chambre sécurisée pendant plusieurs années.

Ils ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, avec un patient placé en chambre d'isolement le jour de leur visite ainsi qu'avec les personnels de garde et de santé exerçant sur le site.

Ils ont pu visiter l'ensemble de la chambre sécurisée et des urgences où se trouvait une personne détenue en attente d'hospitalisation.

L'ensemble des documents demandés ont été mis à la disposition de l'équipe.

Un rapport de constat a été adressé au chef d'établissement le 9 septembre 2011. Celui-ci a fait valoir ses observations par un courrier en date du 22 novembre 2011. Elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

2 PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT.

2.1 Implantation.

L'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) comprend dix-neuf lits et une chambre sécurisée pour les personnes détenues. Elle se situe au-dessus du bâtiment où se trouvent les urgences.

Quatorze lits sont disposés autour du poste de soins infirmiers. Puis à partir d'un couloir on trouve une chambre individuelle, la chambre sécurisée et deux chambres doubles.

En 2003 la création imposée par les directives de la circulaire interministérielle du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou la création de chambres sécurisées dans les établissements de santé a modifié les plans initiaux du service : il a fallu installer deux chambres doubles pour maintenir la capacité en lits. En effet la surface nécessaire pour la chambre sécurisée correspond à deux chambres individuelles.

Une convention en date du 11 décembre 2006 « pour l'accès des détenus aux soins médicaux et chirurgicaux programmés en hospitalisation de jour ou en hospitalisation continue au centre hospitalier René Dubos (hors psychiatrie) » a été signée par le directeur de l'établissement hospitalier et celui de la maison d'arrêt.

Elle « a pour objet de fixer les modalités d'organisation au Centre Hospitalier René Dubos, des soins médicaux et chirurgicaux programmés en hospitalisation de jour ou en hospitalisation continue, concernant les détenus. »

2.2 Description.

La chambre comprend un sas pour le personnel en charge de la surveillance et la chambre proprement dite avec un local sanitaire.

2.2.1 Le sas.

Le sas mesure 4,8m sur 2m soit une surface de 9,6m². Il est équipé de mobilier de jardin comprenant une table carrée de 0,79m de côté, de trois fauteuils de jardin et de deux chaises. Les personnels disposent d'un téléphone, de deux boutons d'appel d'urgence et d'un interphone relié à la chambre et aux personnes se présentant dans le couloir. Le long de la paroi du côté de la chambre, une fenêtre de 1m sur 0,30m, dotée d'un rideau, permet de visualiser la totalité de la chambre. Un cabinet de toilette avec WC et lavabo avec eau chaude et froide, essuie mains en papier, savon liquide, poubelle, balayette, papier hygiénique, est attenant au local de surveillance. Une fenêtre de 1m sur 0,30m, dotée d'un rideau donne directement sur le local sanitaire de la chambre. Ce dispositif prive le patient de toute intimité.

Il a été rapporté aux contrôleurs que ce dispositif était utilisé dans les cas où la durée de présence du patient-détenu était jugée un peu longue « *on regarde alors pour vérifier que tout va bien, mais avant de regarder, on frappe à la porte et on appelle la personne.* »

Dans sa réponse au rapport de constat le directeur de l'établissement de santé précise : « le rideau ne sera mis en position occultante que lors de la pratique des soins auprès du malade afin de permettre d'effectuer ceux-ci dans le respect des règles médicales ».

2.2.2 La chambre.

La chambre mesure 3,48m sur 2,80m, soit une surface de 9,74 m². Elle est équipée d'un lit scellé, d'un plafonnier dont le patient ainsi que les policiers ont la commande, d'une veilleuse à luminosité variable dont l'interrupteur est situé à l'extérieur de la pièce, d'un détecteur de fumée, de trois bouches d'aération, d'un bouton d'appel placé à côté du lit et relié au sas. Au centre de la pièce une trappe grillagée et barreaudée, située au plafond, apporte un peu de lumière naturelle. Une prise électrique avec un branchement pour un poste de télévision se trouve également dans la pièce.

La pièce est peinte en « jaune paille », le sol est recouvert de linoléum moucheté coloré.

A côté du lit, une armoire fermée à clé de 0,42m de large et de 2,5m de haut, contient les vannes d'accès à l'oxygène, au vide et à l'air.

La porte d'accès à la chambre, à partir du sas, d'une largeur de 1,07m, est munie d'une serrure à un point et d'un oculus de 0,28m sur 0,20m, lorsque le battant à coulisse est ouvert.

La porte d'accès au sas en venant du couloir est munie d'une serrure de type pénitentiaire et d'un entrebâilleur.

Les contrôleurs ont testé le bouton d'appel situé à côté du lit du malade. L'appel arrive dans le sas ; l'interphone ne fonctionne que dans un seul sens : on entend le malade parler mais ce dernier n'entend pas la réponse qui lui est faite.

Dans sa réponse au rapport de constat le directeur de l'établissement de santé précise : « le cahier des charges prévoit uniquement un bouton presseur ou interrupteur appel infirmier. L'interphone va donc au-delà des préconisations du cahier des charges ».

2.2.3 Le local sanitaire.

La chambre dispose d'un local sanitaire sans séparation de 2,35m sur 1,70m soit une surface de 4m², comprenant un bloc WC-lavabo en inox identique à ceux qu'on trouve dans les cellules du quartier disciplinaire des établissements pénitentiaires et une douche intégrée à l'italienne avec bouton-poussoir dont le débit dure seize secondes. Le sol est en revêtement antidérapant bleu, les murs peints en jaune orangé.

L'ensemble de la chambre est dans un bon état de propreté.

2.3 Le personnel.

2.3.1 Le personnel de garde.

La garde statique est toujours confiée à la police pour la chambre sécurisée. Les fonctionnaires sont issus de la brigade de police-secours du commissariat de Cergy et sont toujours présents par équipe de deux. Cette brigade comprend une vingtaine de personnes qui sont affectées, suivant les plannings de chacun, à la garde statique de la chambre sécurisée. Les gardes peuvent durer jusqu'à huit heures de suite.

Les contrôleurs ont rencontré les deux fonctionnaires affectés à la garde d'un patient détenu le jeudi 10 février. Ils avaient pris leur service à 13h et attendaient la relève à 21h. Ces derniers ont expliqué que leur rôle était d'assurer la surveillance du patient détenu tant dans la chambre sécurisée que lors de ses déplacements pour soins ou examens à l'intérieur de l'hôpital. « *Notre plus grande crainte vient d'une intervention toujours possible de l'extérieur.*

Nous restons donc presque toujours dans le sas, mais la porte ouverte afin de faciliter le travail des soignants. »

2.3.2 Le personnel de santé.

Dix praticiens appartenant au service des urgences, dont le chef de ce service interviennent à l'UHCD et donc dans la chambre sécurisée. Deux d'entre eux sont présents tous les jours ainsi qu'un interne qui n'intervient pas dans la chambre sécurisée.

L'effectif du personnel soignant affecté à l'UHCD comprend :

- un cadre de santé ;
- treize infirmiers ;
- dix aides-soignants ;
- dix ASH dans un pool commun à l'UHCD et aux urgences.

2.4 Les patients.

Il n'existe pas de registre permettant de noter le nombre de patients admis dans la chambre sécurisée.

3 L'ADMISSION ET L'ACCUEIL.

3.1 L'admission.

3.1.1 Admission d'urgence.

La décision d'une extraction depuis la prison d'une personne détenue pour l'hospitaliser dans la chambre sécurisée se fait selon deux modalités selon le moment où elle intervient :

- lorsque le médecin généraliste de l'UCSA est présent dans l'établissement pénitentiaire. Il peut demander l'hospitalisation d'un patient détenu en urgence qui présente, par exemple, une crise d'épilepsie, une douleur à explorer ou qui vient de faire une tentative d'autolyse par ingestion de médicaments ou par phlébotomie. Il prend contact avec le directeur de la maison d'arrêt pour l'informer de la nécessité de procéder au transfert vers le centre hospitalier. Le patient reste en salle d'attente en détention en attendant le transfert ou bien retourne dans sa cellule si celui-ci ne doit intervenir que plus tard ;
- en cas d'absence du médecin généraliste, si une infirmière constate un problème somatique urgent, elle prend contact avec le centre 15. Le médecin régulateur du SAMU évalue la situation et décide si le patient doit être extrait et amené aux urgences du centre hospitalier par les sapeurs-pompiers ou par le SAMU. La décision d'hospitalisation est alors prise par le médecin des urgences.

Dans sa réponse au rapport de constat le directeur de l'établissement de santé indique : « les admissions d'urgence sont adressées au service des urgences du Centre Hospitalier de Pontoise. Le médecin urgentiste peut alors décider d'hospitaliser la personne détenue ».

3.1.2 Admission programmée.

Au jour de la visite des contrôleurs, deux admissions étaient programmées en février 2011 : une le 8 et l'autre le 10 et quatre en mars 2011.

Du fait du lit non médicalisé équipant la chambre, les types de patients hébergés sont restreints. Il n'est pas possible d'y effectuer de surveillance post-opératoire nécessitant une surveillance médicale continue ou d'y accueillir des patients présentant des troubles respiratoires faute de pouvoir disposer d'un lit dont l'inclinaison peut être modifiée.

De ce fait les patients sont admis pour de la « petite chirurgie » comme par exemple l'ablation d'un matériel chirurgical (type broche) ou pour la rééquilibration d'un diabète.

Le jour de la visite, le jeudi 10 février, le patient-détenu dont l'admission était prévue, est arrivé le matin à 8h40 dans un fourgon de l'administration pénitentiaire. Durant son trajet, il était menotté devant et entravé. Il a été descendu à la salle d'opération sur un brancard, sans être menotté. Après son opération, il a été remonté dans la chambre sécurisée vers 15h, heure à laquelle les contrôleurs ont pu s'entretenir avec lui. Il leur a dit que cette « opération avait été reportée plusieurs fois et qu'il était soulagé que ce soit enfin fait, car cela durait depuis plusieurs mois ». Le médecin annonçait vers 16h que le patient-détenu pouvait retourner le soir même à la maison d'arrêt. Les contrôleurs n'ont pu savoir quel serait le moyen de transport retenu (fourgon ou ambulance) pour ramener le patient-détenu alors qu'il se plaignait de douleurs abdominales à la station assise.

3.1.3 La procédure pénitentiaire.

Quelle que soit le mode d'admission, le directeur de la maison d'arrêt, informé de la demande d'extraction du détenu en vue de son hospitalisation dans la chambre sécurisée demande à l'unité en charge des extractions d'organiser ce transfert, le SIPES (service infrastructures, parloirs, extractions, sécurité)

Selon les informations recueillies, il peut arriver qu'une hospitalisation programmée soit annulée, faute d'escorte disponible.

Le transport aller et retour entre la maison d'arrêt du val d'Oise et le centre hospitalier s'effectue soit en fourgon pénitentiaire, soit en ambulance sur prescription médicale. Pendant le transport, les détenus sont menottés dans le dos, sauf avis médical contraire.

L'itinéraire est déterminé par le SIPES ou le chef d'escorte.

3.1.4 La prise en charge des mineurs.

La maison d'arrêt d'Osny ne comporte plus de quartier mineurs depuis 2005.

Aucun mineur n'a donc été admis dans la chambre sécurisée.

3.2 L'information du patient.

Tous les interlocuteurs rencontrés ont affirmé que les détenus n'étaient jamais informés de la date de leur hospitalisation.

3.3 Les refus d'hospitalisations.

Selon les informations recueillies, les conditions d'hospitalisations paraissent d'emblée difficiles à supporter aux personnes lors de leur arrivée dans la chambre. Ils constatent l'absence de poste de télévision et la configuration des lieux leur fait dire qu'il s'agit « *d'un mitard* ». Ultérieurement, ils se plaignent de ne pas pouvoir fumer.

A leur retour en détention, les personnes détenues informent la population pénale des conditions d'hébergement dans la chambre sécurisée ce qui entraîne, selon les informations recueillies, des refus d'hospitalisations.

3.4 L'accueil.

3.4.1 L'accueil par les services de police.

La personne hospitalisée est remise aux fonctionnaires de police par les agents d'escorte pénitentiaire. A cette occasion, un imprimé intitulé « prise en charge par les forces de l'ordre d'un détenu hospitalisé en milieu civil » est émargé par le « fonctionnaire chargé de la remise du détenu » et par « le fonctionnaire de police ayant assuré la prise en charge ». Une rubrique, portant « observations particulières » et remplie par l'autorité pénitentiaire, permet aux forces de police de connaître la dangerosité éventuelle d'un détenu ou un risque suicidaire. Une fiche concernant la situation pénale du patient-détenu est jointe à cet imprimé.

Tous les vêtements du patient-détenu lui sont retirés et mis dans un sac en plastique conservé dans le sas. Il n'existe aucune armoire prévue pour entreposer le linge. Il n'a pas été spécifié si les policiers sont présents au moment où le patient est déshabillé et revêtu de la chemise de l'hôpital.

3.4.2 L'accueil médical.

Le patient arrivant dans la chambre sécurisée est accueilli par une des infirmières du service.

Il sera vu par le médecin concerné par son problème somatique :

- s'il s'agit d'une intervention chirurgicale lourde, il sera arrivé à jeun et bénéficiera d'une consultation d'anesthésie avant de voir le chirurgien et d'être emmené au bloc opératoire. Dans ce cas les médecins de l'UHCD n'interviennent pas ;
- dans le cas d'un problème médical ou d'une intervention chirurgicale légère, il sera pris en charge par les médecins de l'UHCD.

4 LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

4.1 La responsabilité médicale.

4.2 La surveillance.

Les personnes détenues ne sont pas informés de la date de leur hospitalisation, comme indiqué ci-dessus. Leurs identités sont enregistrées en mode confidentiel dans le système d'information du centre hospitalier. Aucune information concernant les personnes détenues n'est donnée à un tiers par le personnel soignant.

L'article 11 de la convention du 11 décembre 2006 indique :

« La garde des détenus pendant l'hospitalisation se fait sous la responsabilité exclusive des personnels de police saisis par la Maison d'Arrêt du Val d'Oise. Les personnels hospitaliers veillent à ne pas y faire obstacle. Sous les réserves ci-après, les détenus ne sont ni menottés, ni entravés pendant les soins.

- Pour les soins en chambre sécurisée : les personnels pénitentiaires ou les forces de l'ordre restent dans le sas doté d'un hublot de surveillance, porte fermée.
- Pour les soins en chambre non sécurisée : les personnels pénitentiaires ou les forces de l'ordre restent à l'extérieur de la chambre, porte fermée, si elle est dotée d'un hublot.
- Pour les explorations et interventions chirurgicales et endoscopiques : les personnels pénitentiaires ou les forces de l'ordre restent à l'extérieur de la salle d'exploration ou d'intervention.

Les personnels pénitentiaires ou les forces de l'ordre peuvent toutefois se tenir dans la chambre ou dans la salle d'exploration ou d'intervention elles-mêmes, mais en retrait :

- Soit à la demande du personnel hospitalier,
- Soit en raison de la dangerosité particulière des détenus. Dans ce dernier cas, cette particularité est portée à la connaissance des médecins concernés au moment de la prise de rendez-vous. Si le personnel pénitentiaire ou les forces de l'ordre estiment qu'un détenu doit demeurer menotté à un point fixe dans la chambre d'hospitalisation, qu'elle soit ou non sécurisée, cela est de même porté à la connaissance des médecins au moment de la prise de rendez-vous. Ces situations autorisent les médecins à se récuser. Les médecins font alors immédiatement part de leur récusation au cadre des consultations externes qui les porte aussitôt à la connaissance du SIPES et de l'UCSA.

Le menottage à un point fixe n'est admis ni au bloc d'endoscopie ni au bloc opératoire ni en salle de soins post-interventionnelle (salle de réveil). Les détenus relevant de telles mesures de sécurité ne peuvent être pris en charge en hospitalisation au Centre Hospitalier René Dubos car le menottage est dans ce cas une mesure de nature à compromettre la bonne réalisation des actes médicaux concernés. »

4.3 L'organisation des soins.

Les médecins de L'UHCD assurent les soins des patients lorsque ceux-ci ne requièrent pas d'avis spécialisé.

Ils ont la possibilité de faire venir dans la chambre sécurisée tous leurs collègues des différentes spécialités pour lesquelles ils auraient besoin d'une consultation qui ne requiert pas un matériel spécifique (par exemple : dermatologie, ORL...)

Les consultations spécialisées en ophtalmologie ou en imagerie se font sans difficulté : les praticiens de l'UHCD obtiennent des rendez-vous prioritairement pour leurs patients, notamment pour ceux occupant la chambre sécurisée. Le patient s'y rend menotté, en fauteuil roulant, recouvert d'un drap, accompagné par un brancardier et de deux policiers.

Il existe un service d'imagerie dédié aux urgences ; de ce fait, tous les patients en provenance de l'UHCD n'ont pas un délai d'attente important.

Lorsque l'admission du patient a été faite pour un motif chirurgical, c'est le chirurgien qui prend en charge l'organisation des soins avant et après l'intervention. Le patient bénéficiera également d'une consultation pré-opératoire d'anesthésie.

La durée des soins ne doit pas excéder 48 heures dans la chambre sécurisée. Lorsque le médecin responsable de l'UHCD constate que l'état du patient nécessite des soins de plus longue durée, il prend contact avec son confrère, responsable de l'unité hospitalière interrégionale sécurisée (UHSI) du centre hospitalo-universitaire de la Pitié-Salpêtrière à Paris afin de l'y admettre. Selon les informations recueillies, ces demandes d'admission, au demeurant rares, s'avèreraient difficiles ; le médecin-chef de l'UHCD « *éprouvant de la lassitude à l'idée d'avoir à refaire à l'avenir ces démarches pour l'admission d'un nouveau patient* ».

4.4 Les séjours hors des chambres sécurisées.

Lors de la visite, le jeudi 10 février, les contrôleurs ont pu s'entretenir vers 15h45 avec un patient-détenu arrivé depuis quelques heures. Celui-ci était sur un brancard dans un des box fermé des urgences. Deux policiers, à l'intérieur du box, en assuraient la garde. Ce patient-détenu, atteint d'une affection dermatologique très étendue et « impressionnante » a confié aux contrôleurs qu'il était dans cet état depuis déjà quinze jours. Il déclare souffrir beaucoup.

Ce patient devait être admis dans le service de dermatologie et non dans la chambre sécurisée.

Il a été signalé qu'un patient-détenu se trouvait dans le service de cancérologie depuis deux mois. Il n'a pas été vu par les contrôleurs.

4.5 Le secret médical.

La configuration des lieux empêche toute confidentialité dans la pratique des soins et dans les entretiens et examens avec les médecins.

Les infirmiers interviennent toujours à deux dans la chambre, la porte restant parfois ouverte et les policiers pouvant surveiller à tout moment ce qui s'y passe.

Les médecins de l'UHCD effectuent les entretiens et les examens médicaux avec la porte de la chambre fermée. Les contrôleurs ont constaté que le contenu d'un entretien était parfaitement audible depuis le sas, porte fermée, même si la conversation était tenue à voix basse sauf si le patient est assis sur son lit de l'autre côté de la porte et lui tournant le dos.

Le patient repart à la maison d'arrêt avec son dossier médical sous pli fermé. Celui-ci est remis aux surveillants de l'administration pénitentiaire.

Conscients du risque de rupture du secret médical durant le transport, les responsables ont envisagé d'autres solutions pour transmettre le compte-rendu de l'hospitalisation :

- l'envoi d'un courriel ; mais si le patient retourne à la maison d'arrêt en soirée et qu'il a besoin de soins durant la nuit, personne ne pourra lire ce courriel ;
- l'envoi d'un courrier par télécopie ; mais on ne sait pas qui est à la réception et le même problème se pose pour le retour en soirée.

Dans sa réponse au rapport de constat le directeur de l'établissement de santé indique :

Les enveloppes fermées avec le compte-rendu et les ordonnances de sortie n'ont à notre connaissance, jamais fait l'objet de problèmes de confidentialité. Les agents du SIPES en charge des extractions et retours reçoivent les enveloppes dans le service et les remettent à l'UCSA sans qu'elles aient été décachetées. Les mails n'arrivent que si le destinataire est présent et les fax ne sont pas sécurisés à l'UCSA, les surveillants ayant la clé de l'ensemble des locaux. Remettre les documents aux surveillants pénitentiaires s'avère être le moyen le plus efficace, surtout avec une équipe au SIPES qui se montre très respectueuse du mode de transmission des informations ».

4.6 Les incidents.

Il a été indiqué aux contrôleurs que peu d'incidents survenaient au décours de l'hospitalisation.

Selon les indications fournies aux contrôleurs, un patient, admis par les urgences qui aurait souhaité être hospitalisé pour « *sortir de détention et souffler un peu* », n'a pas supporté les conditions d'hébergement qui ne correspondaient pas à son attente et a eu un comportement agité et violent qui, en l'absence de pathologie somatique, a conduit le médecin responsable à demander son retour en détention. A sa connaissance, l'incident n'aurait donné lieu à aucune suite disciplinaire.

5 LA GESTION DE LA VIE QUOTIDIENNE.

5.1 Le maintien des liens familiaux.

5.1.1 L'information des familles.

Le médecin n'a pas l'autorisation de prévenir les familles de la présence d'un patient-détenu au sein de l'UHCD, même si son état de santé le justifierait. Dans ce cas, il devrait prendre contact avec la direction de la maison d'arrêt qui déciderait de la conduite à tenir vis-à-vis de la famille du patient.

5.1.2 Les visites.

Si un patient demande à faire venir un membre titulaire d'un permis de visite valide, les fonctionnaires de police prennent contact avec la maison d'arrêt et la direction de celle-ci prend la décision d'autoriser ou non la visite.

En cas d'accord, les policiers vérifient l'identité de la personne. Cette hypothèse survient très rarement.

Théoriquement les familles ne sont pas prévenues de l'hospitalisation de leur proche dans la chambre sécurisée puisque le patient, même s'il a été informé d'une hospitalisation programmée n'en connaît pas la date.

Dans le cas, qui selon les informations recueillies, s'est produit exceptionnellement, où une famille se présenterait à la porte de la chambre sécurisée, la police prend contact avec la direction de la maison d'arrêt. Dans le cas où une personne est titulaire du permis de visite, elle peut être autorisée à rencontrer la personne hospitalisée.

5.1.3 Le téléphone.

Les patients n'ont pas le droit de téléphoner durant leur séjour dans la chambre sécurisée.

Selon les informations recueillies, les patients ne font pas cette demande.

5.1.4 Le courrier.

La durée de séjour étant inférieure à 48 heures, la question du courrier ne se pose pas.

5.2 Les règles de vie.

5.2.1 La possibilité de fumer.

Le tabac est strictement interdit au sein de la chambre sécurisée. Aucune dérogation n'est accordée. Les médecins proposent systématiquement des substituts nicotiques aux patients fumeurs en difficulté avec le sevrage imposé.

Selon les informations recueillies, cette interdiction est parfois la cause d'un refus de l'hospitalisation par le détenu.

5.2.2 La restauration.

Les patients prennent les repas proposés par le centre hospitalier.

5.2.3 La discipline.

Le patient-détenu est sous la responsabilité de la police qui décide de ce qui peut être autorisé ou non.

Le personnel soignant semble avoir du mal à faire prévaloir son point de vue lorsqu'un aspect médical est en jeu, notamment pour l'usage de la contrainte. Aucune procédure « d'arbitrage » n'est prévue en cas de conflit entre les soignants et le personnel policier ; « *en cas de désaccord, le point de vue sécuritaire l'emporte toujours* ».

5.3 Les activités.

5.3.1 La promenade.

Aucune possibilité de promenade n'est offerte durant le séjour dans la chambre sécurisée.

5.3.2 La bibliothèque.

Il n'existe pas de bibliothèque au sein de l'UHCD. Avec l'accord des policiers, les infirmiers proposent aux patients des journaux ou revues apportés par eux-mêmes.

5.3.3 Les autres activités.

Il n'existe aucune activité.

Une prise de télévision et une prise électrique permettraient l'installation de la télévision. Le coût de location d'un poste s'élèverait à 3,90€ par jour.

Selon les informations recueillies, lors de l'arrivée dans la chambre, les personnes détenues, constatant l'absence de poste de télévision auraient parfois signé une décharge et auraient donc préféré renoncer aux soins et retourner à la maison d'arrêt.

5.4 L'accès aux droits.

5.4.1 Les avocats.

Les avocats ne viennent pas rencontrer leurs clients lorsqu'ils sont soignés dans la chambre sécurisée.

5.4.2 Les visiteurs de prison.

Les visiteurs de prison ne sont pas informés de l'hospitalisation des personnes détenues qu'ils rencontrent à l'établissement pénitentiaire et ne se déplacent pas au centre hospitalier.

5.4.3 Le droit à l'accès à un culte.

L'aumônerie catholique, seule présente sur le site, ne se rend jamais à la chambre sécurisée car aucune demande ne lui a jamais été transmise.

6 LA SORTIE DE LA CHAMBRE SÉCURISÉE.

6.1 Du point de vue médical.

La sortie est décidée par le médecin ou le chirurgien en charge des soins qui signe un « bon de sortie ».

Lorsqu'il s'agit du chirurgien ou d'un autre spécialiste, il faut attendre que celui-ci vienne à l'UHCD signer le bon de sortie et rédiger l'ordonnance.

Les médecins prennent contact par téléphone avec l'UCSA pour les informer du retour du patient à la maison d'arrêt. Ils rédigent un compte-rendu de l'hospitalisation et, le cas échéant, une ordonnance.

6.2 Du point de vue pénitentiaire.

Le bon de sortie est télécopié au greffe de la maison d'arrêt.

Le greffe se met en contact avec l'équipe en charge des escortes pour assurer le retour de la personne détenue à l'établissement pénitentiaire.

Le 8 février 2011, le médecin de l'UHCD a informé à 12h30 les policiers, l'UCSA et le greffe de la maison d'arrêt que les soins d'un patient étaient terminés. Celui-ci a quitté le centre hospitalier à 14h30.

6.3 Du point de vue des forces de sécurité.

Les policiers sont avertis de la fin de l'hospitalisation du patient-détenu. L'escorte de retour est formée de personnel pénitentiaire. Il semble que les moyens de contrainte de l'aller soient appliqués au retour.

7 LES RELATIONS ENTRE PERSONNELS ET PATIENTS DÉTENUS.

Les infirmières effectuent tous les actes de soins dans la chambre sécurisée à deux.

Elles disent devoir soigner les patients qui s'y trouvent sans avoir à connaître le motif de leur incarcération mais certaines disent éprouver un sentiment de malaise vis-à-vis des patients détenus.

Des personnels ont exprimé l'idée que la chambre était une véritable « cage » et non un lieu de soins tandis que d'autres considéraient que les conditions étaient correctes pour un patient détenu.

Les personnels désignent la chambre sécurisée par le terme de « chambre carcérale ».

8 LES RELATIONS ENTRE LE CENTRE HOSPITALIER ET L'UCSA.

Selon les informations recueillies, depuis le départ en 2008 du médecin responsable de l'UCSA, la prise en charge somatique des détenus de la maison d'arrêt d'Osny n'est pas satisfaisante. Un seul médecin généraliste à temps plein, dont la présence a été souvent interrompue, assure les soins avec l'aide d'un gastro-entérologue à mi-temps.

La prise de fonction d'un médecin responsable à temps plein, le jour de la visite des contrôleurs, était très attendue.

CONCLUSION

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

Observation n° 1 : Il serait souhaitable qu'un registre permette de retracer l'occupation de la chambre sécurisée (Cf. § 2.4) ;

Observation n° 2 : L'absence d'équipements médicaux liée à des questions de sécurité diminue les indications d'utilisation de la chambre sécurisée et la poursuite d'hospitalisations de patients détenus dans divers services hospitaliers (Cf. §3.1.2 et 4.4) ;

Observation n° 3 : Le médecin responsable de la chambre sécurisée devrait se préoccuper du mode de transport du patient vers l'établissement pénitentiaire en fonction de son état de santé (Cf. § 3.1.2)

Observation n° 4 : La convention de 2006 signée notamment par le directeur de l'établissement de santé, prévoit explicitement que les personnels de surveillance peuvent se tenir dans les lieux de consultation ou d'examen, en retrait, à la demande du personnel hospitalier. Il conviendrait que ces lieux soient adaptés à ce type de consultations (pièces aveugles) afin que la confidentialité des soins médicaux soit préservée (Cf. §4.2).

Observation n° 5 : Il serait indispensable que les admissions à l'UHSI de la Pitié-Salpêtrière soient plus aisées (Cf. § 4.3) ;

Observation n° 6 : La confidentialité devrait être assurée au sein de la chambre sécurisée (Cf. § 4.5) ;

Observation n° 7 : Aucune disposition n'est prise pour maintenir les liens familiaux durant le séjour du patient dans la chambre sécurisée, hormis de rares visites (Cf. § 5.1)

Observation n° 8 : Il serait nécessaire de prévoir une procédure d'arbitrage en cas d'incident dans laquelle le personnel médical pourrait faire valoir son point de vue (Cf. § 5.2.3)

Observation n° 9 : Pour aider les patients à supporter l'inactivité et les refus de soins, il serait utile de proposer l'installation d'un poste de télévision dans la chambre sécurisée (Cf.5.3.3).

Observation n° 10 : Afin de mieux appréhender les conditions d'incarcération, Il serait utile de proposer une formation aux soignants intervenant dans la chambre sécurisée ; celle-ci pourrait comprendre la visite de l'établissement pénitentiaire (Cf. § 7).

TABLE DES MATIÈRES

1	Les conditions de la visite.	2
2	Présentation de l'établissement.	3
2.1	Implantation.	3
2.2	Description.	3
2.2.1	Le sas.	3
2.2.2	La chambre.	4
2.2.3	Le local sanitaire.	4
2.3	Le personnel.	4
2.3.1	Le personnel de garde.	4
2.3.2	Le personnel de santé.	5
2.4	Les patients.	5
3	L'admission et l'accueil.	5
3.1	L'admission.	5
3.1.1	Admission d'urgence.	5
3.1.2	Admission programmée.	6
3.1.3	La procédure pénitentiaire.	6
3.1.4	La prise en charge des mineurs.	6
3.2	L'information du patient.	6
3.3	Les refus d'hospitalisations.	7
3.4	L'accueil.	7
3.4.1	L'accueil par les services de police.	7
3.4.2	L'accueil médical.	7
4	La prise en charge des patients.	7
4.1	La responsabilité médicale.	7
4.2	La surveillance.	7
4.3	L'organisation des soins.	8
4.4	Les séjours hors des chambres sécurisées.	9
4.5	Le secret médical.	9
4.6	Les incidents.	10

5	La gestion de la vie quotidienne.	10
5.1	Le maintien des liens familiaux.	10
5.1.1	L'information des familles.	10
5.1.2	Les visites.	10
5.1.3	Le téléphone.	11
5.1.4	Le courrier.	11
5.2	Les règles de vie.	11
5.2.1	La possibilité de fumer.	11
5.2.2	La restauration.	11
5.2.3	La discipline.	11
5.3	Les activités.	11
5.3.1	La promenade.	11
5.3.2	La bibliothèque.	11
5.3.3	Les autres activités.	11
5.4	L'accès aux droits.	12
5.4.1	Les avocats.	12
5.4.2	Les visiteurs de prison.	12
5.4.3	Le droit à l'accès à un culte.	12
6	La sortie de la chambre sécurisée.	12
6.1	Du point de vue médical.	12
6.2	Du point de vue pénitentiaire.	12
6.3	Du point de vue des forces de sécurité.	12
7	Les relations entre personnels et patients détenus.	12
8	Les relations entre le centre hospitalier et l'ucsa.	13
9	CONCLUSION.	14
	Table des matières	15

