



**Chambres sécurisées
Centre hospitalier
Sud Francilien
Evry
Essonne**

20 janvier 2011

Contrôleurs :

- Cédric de Torcy, chef de mission ;
- Jacques Gombert ;
- Isabelle Laurenti-Sargeni.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, trois contrôleurs ont effectué une visite inopinée des installations spécifiques à l'accueil et à la prise en charge des détenus au centre hospitalier Sud francilien (Essonne) le 20 janvier 2011.

1 LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs ont été présents sur le site « Louise Michel » du centre hospitalier Sud francilien (CHSF), le jeudi 20 janvier 2011 de 9h30 à 18h.

Ils ont été reçus par la responsable du secrétariat général.

Au cours de la journée, ils ont rencontré le directeur du CHSF, le directeur adjoint, notamment en charge des questions de médecine en milieu pénitentiaire, et la secrétaire générale du site.

Le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) d'Ile de France a été informé de leur visite.

Ils ont échangé par téléphone avec le médecin, chef de service de l'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis, ainsi qu'avec le médecin, chef de service des urgences.

Ils ont rencontré la cadre de santé en charge des chambres sécurisées ainsi que la cadre de santé et le médecin adjoint au chef de service des urgences.

Ils ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitent et en toute confidentialité, avec les deux patients placés en chambre sécurisée le jour de leur visite ainsi qu'avec les personnels de garde et les équipes de santé exerçant sur le site.

Ils ont pu visiter l'ensemble de l'unité hospitalière sécurisée (UHS) et la chambre sécurisée de l'unité hospitalière de courte durée (UHCD).

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

La qualité de l'accueil et la disponibilité de ces personnels – en particulier de la cadre de santé en charge des chambres sécurisées – méritent d'être soulignées.

Cette mission a fait l'objet d'un projet de rapport qui a été adressé le 6 septembre 2011 au directeur de l'hôpital et au directeur départemental de la sécurité publique (DDSP). Ce dernier a fait connaître ses observations par un courrier en date du 1^{er} février 2012 ; elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport de visite. Le directeur de l'hôpital n'ayant adressé aucune réponse, le directeur général, chargé de la chambre sécurisée, a été contacté par téléphone le 11 avril 2012 ; cet appel n'ayant été suivi d'aucun effet, il y a lieu de considérer que le rapport de constat n'appelle aucune remarque de la part de la direction de l'hôpital.

2 PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

2.1 Implantation

Né de la fusion en 1999 des centres hospitaliers « Louise Michel » (Evry/Courcouronnes) et « Gilles de Corbeil » (Corbeil-Essonnes), le centre hospitalier Sud francilien (CHSF) représente, au moment de la visite des contrôleurs, vingt-sept sites implantés sur huit communes du département de l'Essonne.

Au printemps 2011, les principaux lieux d'hospitalisation de l'établissement doivent être regroupés sur un site unique. Implanté à la jonction de Corbeil-Essonnes et d'Evry, le nouvel hôpital Sud francilien regroupera l'offre de soins des hôpitaux « Gilles de Corbeil », « Louise Michel » ainsi que celle du centre de rééducation-réadaptation « Albert Calmette » (Yerres). Il serait doté notamment d'une unité hospitalière sécurisée, complétée par deux chambres sécurisées en service de maternité et une pour les soins intensifs en cardiologie. Le jour de la visite des contrôleurs, avait lieu une réunion destinée à procéder au dépôt du procès-verbal de réception, à la signature d'un protocole et à la remise des clés du nouvel établissement.

En attendant ce regroupement, c'est le site « Louise Michel », ouvert le 20 octobre 1982, qui accueille l'UHS avec quatre chambres sécurisées ; il dispose également, au service des urgences, d'une chambre spécifique au sein des « lits-porte » de l'UHCD.

2.2 Description

2.2.1 L'unité hospitalière sécurisée

Créée en 2006, l'UHS est implantée au cinquième étage de l'établissement. A cette époque, l'étage était occupé par le service de gastro-entérologie. Par la suite, une réorganisation de l'hôpital a conduit à déplacer ce service et le remplacer à cet étage par une unité de chirurgie gynécologique, sans modifier l'implantation de l'UHS.

En face de l'entrée de l'UHS se trouve un escalier différent de celui utilisé par le public et les autres patients. Il a été indiqué aux contrôleurs que les patients détenus empruntaient cet escalier.

On accède à l'UHS par un sas donnant sur un large couloir qui dessert quatre chambres et un local de garde.

A l'entrée du sas, un bouton permet d'actionner une sonnerie dans le local de garde. L'agent, après avoir contrôlé l'écran de vidéosurveillance, commande l'ouverture de la porte d'entrée, puis, une fois celle-ci refermée, celle de la porte d'accès au couloir.

Le sas mesure 3 m sur 4 m, soit 12 m².

Le couloir, de 2 m de large sur 15 m de long, comporte quelques armoires et étagères. A l'entrée de chaque chambre, deux interrupteurs permettent de commander la lumière de la chambre et d'éteindre la sonnerie d'appel.

Le local de garde, d'une dimension d'environ 15 m², regroupe les différents équipements de commande à distance, d'appel et de surveillance :

- écran de vidéo surveillance visualisant les images des caméras placées à l'entrée, dans le sas et dans le couloir ; ce système de vidéosurveillance permet en théorie un enregistrement des images ; les policiers présents ont déclaré que « les images n'étaient en réalité jamais enregistrées » ;

- interphone avec l'entrée du sas ;
- commande de la lumière dans le sas et dans le couloir ;
- commande des stores des fenêtres des chambres ;
- réception des appels des chambres, aussi bien destinés aux infirmières qu'aux agents chargés de la surveillance ;
- téléphone pour appels internes dans l'hôpital, en particulier pour appeler les infirmières ;
- téléphone en liaison directe avec le commissariat de police d'Evry ;
- tableaux électriques de l'ensemble des locaux, avec un disjoncteur par chambre.

Une baie vitrée permet de voir à l'intérieur du sas depuis le local de garde.

Le mobilier, usagé et dépareillé, est composé de deux tables de 80 cm sur 60 cm, quatre fauteuils et deux chaises.

Les quatre chambres sont identiques.

D'une dimension de 3,50 m sur 4,50 m, chaque chambre est équipée des vannes techniques médicales (oxygène, vide).

La porte d'entrée, pleine, est équipée d'un œilleton du type porte d'appartement permettant d'observer la chambre depuis le couloir ; elle ne peut être ouverte que de l'extérieur.

Une fenêtre, de 1,20 m sur 1,50 m, est doublée à l'intérieur d'une baie fixée sur l'encadrement qui en interdit l'ouverture ; à l'extérieur, un store peut être baissé uniquement depuis le local de garde.

Le patient dispose de deux boutons d'appel ; sur l'un il est écrit « infirmière », sur l'autre « gardien ». L'appel « infirmière » actionne une sonnerie dans le local de garde et dans le bureau des infirmières ; l'appel « gardien » est répercuté dans le seul local de garde.

Un autre interrupteur permet au patient d'actionner l'éclairage de la chambre constitué d'une lampe principale située en hauteur ; il n'y a pas d'éclairage discret.

L'unique mobilier est composé d'un lit médicalisé sur roues et une tablette à roulettes pouvant être disposée à l'aplomb du lit. On ne trouve ni table de chevet, ni siège, ni téléviseur, ni téléphone.

Dans un renforcement du mur, une étagère mesure 55 cm de large, 60 cm de haut et 40 cm de profondeur ; au moment de la visite des contrôleurs, les étagères des deux chambres occupées étaient entièrement vides.

Un lavabo sans miroir comporte un robinet unique à poussoir laissant couler une eau tiède ; il est entouré d'une plaque métallique en forme de tablier dont le joint est partiellement arraché.

Chaque chambre dispose d'un local de toilette de 2 m sur 2 m, sans miroir, comportant une douche et un wc fortement entartré. La douche est commandée par un bouton poussoir unique. Le wc dispose d'un jet d'eau avec tuyau flexible. Le local peut être fermé par une porte qui ne descend pas jusqu'au sol : elle laisse une ouverture de 35 cm de haut. Dans plusieurs chambres la porte est enfoncée par endroits.

La ventilation générale de l'établissement apporte de l'air par une grille qui a été bouchée dans une des chambres, probablement du fait du bruit engendré, que les contrôleurs ont constaté. Les chambres laissent une odeur de renfermé, de manque d'aération.

2.2.2 L'unité hospitalière de courte durée

Au sein du service des urgences, des chambres dénommées « Lits-porte » du fait de leur proximité avec l'entrée de l'établissement, composent l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Les patients y restent en général quelques heures avant qu'une hospitalisation soit éventuellement prononcée, auquel cas ils sont admis dans un service de l'hôpital.

Une des chambres, dite « sécurisée », est aménagée pour recevoir un détenu en urgence. En général, il y reste et c'est l'équipe médicale qui se déplace ; mais parfois, notamment si la chambre est déjà occupée, le détenu est conduit dans la salle d'attente où il attend son tour, encadré par son escorte, au milieu du public. Il peut arriver aussi, dans ces conditions, que le détenu soit placé dans une autre chambre de l'UHCD.

La chambre sécurisée est une pièce aveugle, d'une superficie de 3,50 m sur 3,50 m. Une baie vitrée et barreaudée de 1 m² permet d'observer la chambre depuis le couloir. Aucun système ne permet de l'occulter. C'est derrière cette fenêtre que les surveillants attendent pendant l'intervention médicale ; s'ils estiment que la dangerosité du détenu l'exige, ils restent dans la chambre, « mais c'est rare ».

Deux vannes techniques sont reliées aux circuits d'oxygène et de vide de l'hôpital.

L'unique mobilier consiste en un lit médicalisé. Il a été dit aux contrôleurs que le patient détenu était la plupart du temps attaché au lit par une menotte.

Cette pièce sert aussi à recevoir les personnes arrêtées pour état d'ivresse et nécessitant l'établissement d'un certificat de non admission ainsi que les personnes placées en garde à vue et présentant des problèmes de santé – diabète, asthme, etc... – ou faisant l'objet d'une recherche urinaire de toxiques.

Il arrive que, faute de place ou de disponibilité de l'équipe médicale, ou en attendant la mise en place d'une escorte, le séjour soit prolongé ; il peut alors atteindre jusqu'à 24 heures.

L'UHCD dispose de deux toilettes pour l'ensemble des patients. Les patients détenus s'y rendent escortés par la police et parfois menottés.

2.3 Le personnel

2.3.1 Le personnel de garde

La garde des détenus hospitalisés est assurée par des fonctionnaires de police de la brigade de roulement du commissariat d'Evry. Aucun gardien de la paix n'est spécialisé dans cette tâche.

Dans sa réponse, le DDSP précise : « Effectivement, cette mission est dévolue aux effectifs du service général de la CSP d'EVRY, bien qu'aucun fonctionnaire de police n'ait reçu de formation initiale, ou ait effectué un stage de formation continue en la matière. Il s'agit d'une servitude qui aurait d'ailleurs vocation à être prise en compte par des personnels non policiers, cette mission de constituant en rien le cœur de métier des fonctionnaires de police ».

L'équipe de garde est composée d'au moins deux policiers dans le cas de la présence d'un patient ; elle est augmentée d'un fonctionnaire par patient supplémentaire.

Trois équipes se relaient toutes les 24 heures selon les horaires suivants : 5h-13h ; 13h-21h ; 21h-5h.

Parfois une femme détenue est admise en UHS alors que l'équipe de garde est composée exclusivement d'hommes. A ce propos, le DDSP indique dans sa réponse : « Sur ce point, des consignes hiérarchiques permanentes sont données au chef de chaque brigade, conformément à la note de service numéro 236/DDSP/EM/2011, afin qu'un effectif féminin soit, dans la mesure du possible, intégré dans l'équipe de garde dès lors qu'une détenue est hospitalisée et que cette information a préalablement été communiquée aux services de police. Cependant, malgré une féminisation croissante de la police nationale ces dernières années, les contingences administratives et opérationnelles au sein de chaque brigade peuvent entraîner le non respect exceptionnel de ce principe, qui ne peut être garanti de manière absolue »

2.3.2 Le personnel de santé

Du fait de l'implantation de l'UHS à l'étage occupé par le service de chirurgie gynécologique, ce sont la cadre de santé et le personnel infirmier de cette unité qui suivent les patients placés en chambres sécurisées.

La cadre de santé, en place depuis 2008, est le véritable « pivot » de la gestion des patients de l'UHS (cf. §4).

Les infirmières – il n'y a pas d'homme dans ce service – ne sont pas volontaires pour soigner des détenus. Elles se sont vues chargées de cette tâche supplémentaire du fait de la relocalisation de l'unité de chirurgie gynécologique. Elles n'ont reçu aucune formation spécifique préalable, à l'exception d'une infirmière qui avait, dans le cadre de sa formation, fait un stage d'un mois à l'UCSA de la maison d'arrêt de Fleury-Merogis.

2.4 Les patients

La dilution des responsabilités dans l'UHS entraîne l'absence de tenue de données qualitatives et quantitatives sur cette unité. Les contrôleurs n'ont par conséquent pas pu se faire remettre de documents officiels ; il leur a été dit que ces éléments n'apparaissaient en tant que tels dans aucun rapport d'activité.

La cadre de santé a procédé à des recherches pour les contrôleurs qui ont permis d'élaborer le bilan d'occupation des chambres sécurisées suivant :

	Durée (en jours)	Hommes	Femmes	Dont mineurs	Durée (en jours)	Hommes	Femmes	Dont mineurs
	2009				2010			
Janvier	1<2,28<4	13	0	0	1<3,33<9	13	2	0
Février	1<3,33<9	9	1	1 (7j)	1<7,62<16	5	1	0
Mars	2<3,09<8	14	2	0	1<2,75<8	13	0	1 (2j)
Avril	2<11,33<29	3	0		1 (1j)			
Mai	2	4	1		1 (1j)			
Juin	2<4,12<6	11	1		0			
Juillet	2<3,11<6	4	1		0			
Août	2<3,38<13	11	0	1 (2j)	1<3,09<6	8	4	1 (3j)
Septembre	2<4,45<12	11	3	0	1<3,84<11	9	1	
Octobre	1<2,2<4	13	1		1 (3j)			
Novembre	3<3,66<8	11	0		1 (2j)			
Décembre	2<2,75<8	11	0		1 (2j) + 1 (13j)			
TOTAL		115	10	2		116	19	7
		125				135		

Par ailleurs, selon l'UCSA de Fleury-Mérogis, en 2010, il aurait été procédé à :

- 52 hospitalisations à l'UHSI ;
- 334 hospitalisations au CHSF, soit à « Louise-Marie », soit à « Gilles de Corbeil », chiffre surprenant par rapport aux 135 hospitalisations mentionnées dans le tableau ci-dessus ;
- 26 hospitalisations ailleurs.

3 L'ADMISSION ET L'ACCUEIL

3.1 L'admission

3.1.1 La procédure pénitentiaire

Le médecin de l'UCSA de l'établissement pénitentiaire concerné¹ contacte par téléphone le service des urgences de l'hôpital d'Evry pour une hospitalisation non programmée ou le médecin spécialiste pour une admission à programmer. En principe, la durée prévisible des hospitalisations programmées doit être inférieure à 48 heures.

Un protocole entre la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis, le CHSF et la police nationale, en date du 1^{er} juillet 2006, stipule dans son article 5 : « Les chambres sécurisées du CHSF

¹ Il s'agit, sauf cas exceptionnel, de la maison d'arrêt de Fleury- Mérogis

(UHS) sont mobilisées dans les seules circonstances où un détenu nécessite des soins en urgence, correspondant aux pathologies chirurgicales (chirurgie viscérale, chirurgie orthopédique, obstétrique) et médicales (gastro-entérologie, néphrologie, gynécologie) présentes sur le site Louise Michel à Courcouronnes. Les hospitalisations en urgence dans les autres disciplines médicales (cardiologie, diabétologie, pneumologie) sont faites sur le site Gilles de Corbeil, selon la procédure actuellement en cours. Les hospitalisations programmées sont orientées en priorité sur Fresnes (dans la limite des capacités du plateau technique de cet établissement) et sur les établissements de l'AP-HP ».

Selon tous les témoignages, unanimes, recueillis par les contrôleurs, la plupart des médecins de l'UCSA ont renoncé à contacter l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) du groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière à Paris pour solliciter l'hospitalisation de courte durée d'un détenu, notamment pour des opérations qui ne relèvent pas de la chirurgie lourde : « les médecins de l'UCSA jugent particulièrement compliquées et longues les procédures d'admission sur l'UHSI pour une intervention chirurgicale ; la plupart du temps ils se heurtent à un refus. Les patients qui relèvent d'une hospitalisation programmée de quelques jours sont par conséquent dirigés, non sur l'UHSI de la Pitié-Salpêtrière comme il se devrait, mais sur les chambres sécurisées de l'hôpital d'Evry où les conditions de séjour sont désastreuses ».

La politique suivie par l'équipe médicale de l'UHSI a deux conséquences : une sous-occupation chronique de l'UHSI et une sur-occupation des chambres sécurisées du CHSF avec des durées de séjour bien souvent supérieures à la durée réglementaire de 48 heures.²

La direction de l'hôpital n'est pas opposée à cette pratique.

Le détenu-patient est toujours amené sous escorte pénitentiaire au CHSF. Cette escorte est généralement composée de trois surveillants et un chauffeur. Le chef d'escorte dispose de moyens de communication et il est doté d'un aérosol lacrymogène. Dans l'hypothèse où le détenu est considéré comme particulièrement dangereux, il peut être fait appel à un renfort de gendarmerie pour prêter main forte à l'équipe pénitentiaire. Très rarement, une équipe du groupement d'intervention de la gendarmerie nationale (GIPN) est sollicitée.

Avant son départ de l'établissement pénitentiaire, le détenu subit une fouille intégrale.

Les moyens de contraintes employés sont définis par écrit par le chef d'établissement concerné ou un membre de l'encadrement qui a reçu délégation à cet effet. En fonction de sa personnalité ou de sa dangerosité, le détenu peut être menotté et entravé. Il a été affirmé aux contrôleurs que « tous les détenus étaient menottés et souvent entravés, quel que soit leur âge ou leur état de santé. Toutefois, les femmes sont rarement entravées et les mineurs ne subissent qu'un seul moyen de contrainte ».

3.1.2 Admission d'urgence

Les admissions d'urgence sont réalisées par le service des urgences de l'hôpital, qui – en principe – est prévenu par l'UCSA ou par le centre 15. Il a été affirmé aux contrôleurs que certains médecins de l'UCSA « oubliaient » parfois de prévenir les médecins des urgences.

² Voir le rapport de visite du Contrôle général des lieux de privation de liberté à l'UHSI du groupe hospitalier de La Pitié – Salpêtrière, en date du 29 décembre 2009

Le détenu est placé dans la chambre sécurisée de l'UHCD et, pour ce faire, conduit jusqu'au lit-porte réservé à la population pénale, décrit *supra*.

Le « médecin senior » ou le « chirurgien senior » des urgences décide ou non d'hospitaliser le détenu et donc de l'admettre, selon le traitement, soit dans les chambres sécurisées du site de « Louise Michel », soit sur le site de « Gilles de Corbeil ».

Un médecin spécialiste peut être appelé. Le nom du médecin ayant décidé l'hospitalisation est relevé afin d'identifier le praticien qui deviendra *de facto* le médecin référent pour le détenu.

Si une hospitalisation est décidée, l'escorte pénitentiaire emmène le détenu à l'UHS et le confie aux policiers chargés de la garde des chambres sécurisées. Si le patient est admis à « Gilles de Corbeil », en l'absence de chambre sécurisée, une équipe de deux policiers reste en permanence devant sa chambre.

3.1.3 Admission programmée

Les admissions programmées représentent environ 50 % des hospitalisations de détenus au CHSF.

L'immense majorité des admissions programmées concernent des détenus qui doivent subir une intervention de petite chirurgie ou des explorations médicales nécessitant une anesthésie générale.

Un mois environ avant l'intervention, le détenu est extrait au CHSF sous escorte pénitentiaire pour une consultation préalable. Pour des raisons de sécurité, la date de l'hospitalisation ne lui est jamais communiquée. Cette date figure dans un document destiné au médecin de l'UCSA, remis sous pli scellé à l'escorte pénitentiaire. La date retenue est ensuite communiquée au directeur de l'établissement pénitentiaire par le service médical afin qu'une escorte puisse être programmée.

3.1.4 La prise en charge des mineurs

Les contrôleurs n'ont pas pu obtenir d'éléments précis sur les mineurs qui ont été hospitalisés dans les chambres sécurisées.

Un détenu mineur de 17 ans, libérable le 25 janvier 2011, sans domicile fixe, a été admis en urgence le 25 décembre 2010 à la suite d'une chute. Il y est resté jusqu'au 6 janvier 2011 : l'intervention nécessitait l'accord de son autorité parentale. L'UCSA n'ayant pas établi d'autorisation permanente au moment de son incarcération, il a été très difficile de trouver l'autorité parentale en question.

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. L'un des patients visité par les contrôleurs a été informé à 13h de son hospitalisation prévue pour 15h.

Les établissements pénitentiaires concernés ou les UCSA ne délivrent aucun document concernant les modalités d'hospitalisation et aucun règlement intérieur des chambres sécurisées n'est distribué. Il a été affirmé aux contrôleurs que ces documents n'avaient jamais été élaborés.

Les détenus-patients rassemblent à la hâte avant leur départ, s'ils le peuvent, quelques effets personnels et des objets de toilette. Aucune liste des objets interdits ou autorisés ne leur est communiquée. Parfois, l'administration remet aux détenus une liste des objets autorisés, non pas au CHSF, mais à l'UHSI de la Pitié-Salpêtrière.³

Il est par conséquent légitime d'affirmer qu'aucune information n'est donnée aux détenus avant leur hospitalisation.

3.3 Les refus d'hospitalisations

Certains examens entraînent plus fréquemment que d'autres des refus de soins comme par exemple les endoscopies.

Selon le personnel médical rencontré, les refus d'hospitalisation représentent 10 à 20 % des cas.

Ces refus seraient motivés par la perspective de la visite d'un proche aux parloirs ou d'une extraction judiciaire et la peur de se voir confronter à des conditions d'hospitalisation jugées indignes.

Parfois, le détenu, mécontent de ses conditions d'hospitalisation, signe une décharge et préfère retourner dans l'établissement pénitentiaire d'où il provient.

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.

Le patient-détenu subit à nouveau une fouille intégrale. En réalité, les fonctionnaires de police sont présents dans la chambre au moment où la personne doit se dévêtir entièrement pour revêtir une « brassière » jetable.

Tous les vêtements, effets et objets appartenant au malade lui sont systématiquement retirés par la police. Il en va ainsi notamment de tous les objets de toilette : serviettes, gants de toilette, rasoirs, mousse à raser, savon, brosse à dents et dentifrice. Il a même été affirmé aux contrôleurs que les lunettes des patients étaient retirées.

Dans sa réponse, le DDSP déclare : « Cette mesure de sécurité est prise afin de minimiser les risques d'atteinte à l'intégrité physique des personnels de la police nationale et des personnels hospitaliers. Ce principe de précaution sert également à réduire au maximum les éventuelles tentatives de mutilation ou de suicide de la part du détenu hospitalisé. En effet, l'ensemble des objets susvisés pourraient servir d'armes par destination tant à

³ Ainsi la note portant « liste des effets et objets autorisés à l'UHSI-GHPS » élaborée le 12 octobre 2010 par la direction de la maison d'arrêt de Fresnes.

l'encontre des personnels travaillant au contact du détenu gardé qu'à l'encontre de sa propre personne ».

Livres, revues et magazines ne sont pas autorisés, sauf exception : « tout dépend si les gardiens de la paix veulent ou non faire preuve d'un minimum d'humanité ». Interrogés sur cette pratique, les fonctionnaires de police ont déclaré aux contrôleurs : « ici, les règles appliquées aux malades sont identiques à celles de la garde à vue ». Les contrôleurs ont constaté qu'une patiente avait cependant pu conserver une bible.

Tous les effets du patient sont entreposés dans l'une des deux petites armoires métalliques de type « vestiaire » qui se trouvent dans le couloir. Aucun inventaire contradictoire n'est effectué.

3.4.2 L'accueil médical

Il n'existe aucun protocole écrit concernant l'accueil médical des patients, pas plus qu'il n'existe un quelconque référent.

L'accueil du patient est donc réalisé de manière empirique. Aucune information précise n'a été donnée aux contrôleurs sur le recueil du consentement du patient.

Le livret d'accueil de l'hôpital n'est jamais remis aux détenus ; ce livret existe pourtant, il est remis aux patients « libres ».⁴

Les patients-détenus, démunis de tout objet nécessaire à la toilette, ne peuvent recevoir aucun nécessaire d'hygiène par le personnel médical « en raison de l'opposition des gardiens de la paix ». Cette intransigeance, qualifiée d'« inhumaine », donne lieu à de fréquents conflits avec les infirmières.

Les patients-détenus n'ont pas la possibilité de désigner une personne de confiance.

4 LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Un protocole conjoint entre l'hôpital Sud francilien, la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis et les services de police, datant du 1^{er} juillet 2006, définit les règles de sécurité à respecter lors de l'admission d'un détenu en chambre sécurisée. Ce document, très succinct, ne décrit pas réellement les modalités d'accueil d'un détenu, aucune mention n'est faite sur l'information du patient ou sur les relations entre l'équipe soignante et les forces de police chargées de la garde statique.

4.1 La responsabilité médicale de l'UHS

Selon une fiche de procédure⁵, « la prise en charge médicale est assurée par le médecin référent de la pathologie concernée sous la responsabilité de son chef de service ».

En pratique, la responsabilité médicale est assumée lorsque la pathologie est clairement définie, c'est-à-dire lorsque l'hospitalisation a été prononcée pour une intervention en

⁴ A noter que la dernière page de couverture de ce livret comporte une publicité pour une entreprise de pompes funèbres. La direction de l'hôpital reconnaît qu'il s'agit d'une initiative « de très mauvais goût ».

⁵ Fiche IS/MEA/COGS/019/B de juin 2006

chirurgie, en néphrologie – dialyse – ORL ou en hépato – gastro – entérologie, ce qui correspond à environ 50 % des cas. Pour les autres cas, « aucun médecin ne se considère réellement responsable du suivi du patient » ; il s'agit notamment des détenus hospitalisés en urgence à la suite d'une tentative d'autolyse, d'une grève de la faim, pour anémie, mais également ceux admis en urgence psychiatrique. Dans ces conditions, aucun médecin n'assure la visite quotidienne du malade, ni l'organisation de sa sortie. La cadre de santé doit alors développer toute son énergie et ses facultés de persuasion afin de rechercher un médecin acceptant d'assurer cette prise en charge ; en général, elle l'obtient auprès du service des urgences.

Il a été cité aux contrôleurs le cas d'une patiente étrangère qui s'était sentie totalement abandonnée ; ce sont les policiers qui lui auraient traduit les déclarations du gynécologue.

Il a été expliqué aux contrôleurs que, lorsque l'état de santé du patient nécessitait une surveillance médicale rapprochée, celui-ci était placé à l'UHCD, sous la surveillance de deux policiers. Une telle situation se produirait près de deux fois par semaine.

Au moment de la visite des contrôleurs, la réorganisation due à l'ouverture imminente du nouvel établissement donne lieu à une réflexion quant à la responsabilité de la nouvelle UHS ; il serait envisagé de la confier, soit à l'UCSA, soit aux urgences.

4.2 La surveillance

La surveillance est assurée par les policiers rattachés au commissariat d'Evry. Ils ne restent dans ces locaux qu'en la présence de malades. Lorsque les locaux sont inoccupés, ils sont fermés et c'est sur demande de l'hôpital que les policiers arrivent si une admission est annoncée.

Les policiers conservent en permanence leur arme de service. Le jour de la venue des contrôleurs, un des policiers de l'équipe de garde portait un gilet pare-balles. Il a été dit aux contrôleurs que cela arrivait fréquemment.

Dans sa réponse, le DDSP précise : « Ce constat résulte d'un impératif lié à une obligation textuelle pour les forces de l'ordre. En effet, conformément à l'article 114-4 du RGEPN, à l'instruction ministérielle du 23 décembre 2002 et à la note de service de la DCSP du 16 juillet 2010, le port de son arme de service, pour chaque fonctionnaire, est nécessairement lié à celui du gilet pare balle. Ainsi, le constat effectué par les contrôleurs, lors de leur visite inopinée, n'est que le résultat d'une règle d'emploi de la police nationale. Le non port de l'arme de service est d'ailleurs inconcevable si l'on appréhende la mission confiée à la police nationale dans sa globalité (transport à l'hôpital Sud francilien, protection des lieux et du détenu vis-à-vis d'éventuels complices extérieurs) ».

La surveillance n'est ni formalisée ni organisée de manière rigoureuse. Les policiers présents n'ont pas été en mesure de fournir aux contrôleurs une note concernant l'organisation de leur travail ou les consignes de sécurité qu'ils devaient appliquer : « peut-être sont-elles en possession du cadre du santé ? ».

Les fonctionnaires de police ont déclaré aux contrôleurs avoir reçu pour consigne « d'appliquer aux malades les règles de la garde à vue ».

Il n'existe pas de registre retraçant les rondes ou les fouilles effectuées. Selon les fonctionnaires de police rencontrés, des « rondes de nuit sont effectuées par l'œilleton des

portes, sans pénétrer dans les chambres ». Il n'existe aucune forme de pointage, ni électronique, ni manuel par mention qui pourrait être faite sur un registre.

Les gardiens de la paix tiennent un unique registre intitulé : « Garde hôpital ». Un document, ouvert le 31 mai 2010, a été présenté aux contrôleurs ; il retrace les « prises en compte » à chaque relève et mentionne les départs et retours des escortes sur les plateaux techniques de l'hôpital. Quelques incidents sont également mentionnés (cf. *infra* § 4.5).

Les policiers reçoivent les appels destinés aux infirmières « pour s'assurer que le patient recevra bien la visite d'un membre de l'équipe soignante ». Dans les faits, cette vigilance est assez rare de la part des fonctionnaires.

Il est arrivé que les fonctionnaires demandent à une infirmière de procéder à la fouille d'une patiente en l'absence de femme dans l'équipe de garde.

Il a été signalé aux contrôleurs que les policiers restaient dans leur local, où ils regardaient des films ou jouaient avec leurs ordinateurs.

« Il arrive qu'on les réveille le matin en arrivant pour la visite ».

« Parfois, ils ne nous accompagnent même pas devant la chambre du patient au moment des soins ».

De même, il a été rapporté aux contrôleurs que les modalités de la surveillance n'étaient pas adaptées à l'état du patient. C'est ainsi que les policiers ont refusé de laisser la porte ouverte de la chambre alors que le patient ayant les deux bras plâtrés ne pouvait appuyer sur le bouton d'appel.

Un patient hospitalisé pendant une vingtaine de jours en 2010 raconte : « A chaque fois qu'une équipe arrive, ce sont des éclats de voix, des rires, les portes qui claquent, des caisses que l'on jette par terre, des couvercles métalliques que l'on déplace sans le moindre ménagement. Ensuite, ils mettent en route leur ordinateur pour regarder des films à tue-tête à croire qu'ils sont sourds de naissance. Comme certains ne peuvent pas téléphoner dans l'endroit où ils regardent leur film, ils viennent dans le couloir qui dessert les chambres cellulaires, et les détenus suivent leur conversation sans la moindre difficulté ! Dans la journée, ce n'est pas grave, mais de 22h à 3 ou 4h du matin, c'est très désagréable ».

4.3 L'organisation des soins

Les soignants n'ont pas de procédure préétablie de surveillance médicale.

Afin de gagner du temps, les soins aux personnes détenues sont regroupés. Cette pratique a pour conséquence des visites peu fréquentes des infirmières aux patients. De fait, pendant leur temps de présence dans les chambres sécurisées, les contrôleurs n'ont aperçu aucun personnel soignant.

L'équipe des soignants prodigue les soins aux patients des chambres sécurisées ainsi qu'aux patients des seize lits du service de chirurgie de gynécologie. Pour le personnel soignant, ce partage entre deux secteurs s'avère délicat car bien souvent les détenus souffrent de leur isolement et sont très demandeurs de la présence d'un soignant.

Peu d'informations ont été obtenues sur le protocole de soins. Une hospitalisation peut être l'occasion de faire le point sur certaines pathologies. Le protocole, signé en septembre 2007 sur la dispensation des soins et sur la coordination des actions de prévention, entre le centre hospitalier, la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis et le service de probation et

d'insertion pénitentiaire, prévoit notamment dans son article 4 un diagnostic systématique du HIV et de l'Hépatite B et C.

Lorsque les patients sont agités, les policiers décident assez fréquemment de les menotter à la barrière du lit. En revanche, si cette contrainte ne suffit pas, ils doivent appeler un médecin qui déterminera s'il est nécessaire de poser une contention plus rigoureuse – comme des sangles – ou d'administrer un sédatif.

Il semble que des dissensions apparaissent souvent entre policiers et soignants pour le traitement des personnes ayant fait des tentatives de suicide : les policiers menotent systématiquement ces patients alors que le personnel médical est beaucoup plus souple.

Il ne semble pas exister de procédure pour trancher ce type de conflit qui se conclut souvent par la prééminence du point de vue des policiers ; les soignants se sentent alors dévalorisés et sans aucun repère avec ce qu'ils perçoivent comme une forme « d'arbitraire ».

Dans sa réponse, le DDSP indique :

« L'emploi de la coercition, pouvant se matérialiser *in fine* par le menottage du détenu hospitalisé, reste occasionnel et systématiquement lié à un impératif de sécurité. Parmi les divers cas qui pourraient être relatés, deux illustrent particulièrement les éventuelles divergences pouvant exister entre les personnels soignants et les fonctionnaires de police.

Ainsi, le [...], une détenue avait été hospitalisée à la suite d'une tentative de suicide en maison d'arrêt. Un incident était survenu lorsque cette personne s'était passablement excitée après s'être vue refuser le droit de fumer dans sa chambre sécurisée. Après s'être dénudée, cette détenue avait tenté de s'échapper, puis s'en était prise physiquement aux policiers de garde ce jour là. Alors que les infirmières étaient prévenues de cet incident et se présentaient pour lui administrer des soins et la rhabiller, cette détenue tentait de se mutiler en se tapant la tête contre les murs de sa chambre. Dans la continuité, elle insultait les fonctionnaires de police, puis jetait du mobilier à l'encontre de tous les personnels présents et enfin, émettait un jet de salive au visage d'un policier qui tentait de la calmer.

Un point d'achoppement similaire se produisait avec un autre détenu le [...]. Une cadre-infirmière manifestait auprès des fonctionnaires de police sa désapprobation quant au menottage d'un individu, pourtant passablement excité, qui avait été retrouvé avec sa perche de perfusion à la main en train de tenter de briser la vitre de sa chambre dans le but manifeste de s'échapper. Après un complément d'information obtenu par notre service, il s'avérait que ce détenu était particulièrement signalé par la maison d'arrêt et qu'il se trouvait en état de détention provisoire, depuis huit mois, pour des faits d'homicide.

Ces deux exemple caractérisent les éventuelles, mais non systématiques, divergences de point de vue, sur la nécessité de menotter un individu, entre les fonctionnaires de police et le personnel de l'hôpital Sud Francilien. En effet, le personnel soignant perçoit avant tout l'individu comme un patient, alors que les policiers ont pour mission de surveiller et de garder un détenu venant recevoir des soins, dont la sécurité est placée sous leur responsabilité ».

La première affaire est évoquée *infra* dans le paragraphe traitant des incidents (Cf. § 4.6).

4.4 Les séjours hors des chambres sécurisées

Lorsque les patients doivent être hospitalisés dans un service qui n'est pas présent dans le bâtiment où se trouvent les chambres sécurisées, ou en cas d'accouchement des détenues, l'hospitalisation se fait en chambre seule avec une garde statique de deux policiers devant la porte. Pour les examens, le patient est accompagné d'un policier et le niveau de contrainte (menottes, entraves) dépend de sa dangerosité.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il existait parfois un décalage entre le moment où une garde policière statique était demandée sur un plateau technique et le moment où celle-ci était effectivement mise en place. Selon la police, il est parfois nécessaire de mobiliser l'équipage d'une patrouille pour réaliser une garde urgente.

4.5 Le secret médical

Les patients arrivent dans les chambres sécurisées avec un dossier médical qui est sous pli cacheté afin de préserver le secret médical. De même à la sortie, le dossier est scellé et si un traitement médicamenteux est donné au détenu, les comprimés et consignes y afférentes sont remises sous pli fermé.

4.6 Les incidents

En raison des conditions de séjour extrêmement pénibles imposées par les fonctionnaires de police aux patients, il existe une tension permanente dans ce service.

Les incidents sont relatés dans le registre, tenu par les policiers, qui retrace les départs et les arrivées.

Les contrôleurs ont pu prendre connaissance, sur le registre, de quelques incidents :

- conflits entre les soignants et les policiers à propos de modalités de contention ;
- refus d'un avocat de subir une palpation de sécurité exigée par les policiers.

Le personnel soignant a fait part de son inquiétude quant au climat de tension et de violence qui existait dans ces chambres sécurisées.

D'autres incidents plus graves ont été rapportés aux contrôleurs. Notamment, la première affaire mentionnée dans la réponse du DDSP (Cf. § 4.3 *supra*). Les contrôleurs ont en effet reçu des témoignages de personnels soignant sur cet incident, dont voici quelques extraits :

« Le médecin a décidé de renvoyer la patiente à son établissement pénitentiaire. Celle-ci est très énervée par l'interdiction de fumer et le fait que la porte de sa chambre soit fermée car elle se dit claustrophobe. Les policiers de garde appellent le personnel soignant afin de les aider à préparer la patiente à son départ. Lorsque les infirmières arrivent, la patiente est sortie de sa chambre car la porte était mal fermée ; elle est dans le couloir, habillée ; il y a beaucoup de cris. Les policiers demandent aux infirmières de vérifier qu'elle n'est pas porteuse d'objets dangereux. La patiente ne veut pas se déshabiller et remettre une casaque comme le souhaitent les policiers. Le personnel soignant arrive à calmer la situation et la patiente consent à mettre une casaque, à ôter son soutien gorge et à se laisser fouiller ; elle ne détient aucun objet dangereux. Comme les policiers décident de la menotter elle commence à se taper la tête contre le mur. Les policiers la mettent sur le lit et lui menotent les mains. Un agent s'emporte alors face à la situation ; il prend le visage de la patiente entre

ses main et la gifle violemment au niveau de la bouche ; elle se remet à crier et lui crache au visage ; il fait le tour du lit et lui met la main autour du cou en criant des insultes. Son collègue et les deux infirmières l'ont alors écarté et fait sortir de la chambre. A son retour à la maison d'arrêt le lendemain de l'altercation, la patiente s'est vue prescrire par un médecin de l'UCSA le port d'une minerve ».

Le commissariat de police aurait été informé de l'incident ; le policier incriminé a continué par la suite à assurer des gardes à l'UHS, apparemment sans modifier son attitude.

Une semaine après la visite, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté avait adressé un courrier au DDSP, dans lequel il évoquait cette affaire ainsi qu'un autre incident où le même fonctionnaire qui avait giflé la patiente demandait à une infirmière « si elle n'aurait rien pour euthanasier le patient » ; puis, plus tard dans la journée, il demandait au personnel « d'apporter un yaourt à ce con de détenu ». Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté demande au DDSP de lui faire connaître les mesures qu'il aurait prises pour mettre fin aux agissements de ce fonctionnaire. A ce jour, aucune réponse ne lui est parvenue.

5 LA GESTION DE LA VIE QUOTIDIENNE

Il n'existe pas de règlement intérieur définissant les règles de vie à respecter par les patients-détenus ni de consignes pour le comportement des autorités de police ou des soignants. Aucun document n'est distribué à l'arrivée pour expliquer à l'intéressé l'environnement dans lequel il se trouve.

Cette absence de toute information accroît l'isolement du détenu qui se sent totalement désorienté dans cet environnement déshumanisé.

Au cours de la visite, les contrôleurs ont constaté que les détenus ne disposaient pas de la possibilité de se laver avec du savon. Comme indiqué *supra*, les policiers refusent systématiquement le recours à la trousse de toilette apportée de la détention tout comme ils refusent le nécessaire d'hygiène proposé par l'hôpital. Le seul produit toléré est la Bétadine®. Les draps ou les alèzes font office de serviette de toilette.

Seuls les patients dépendants et ayant besoin d'un personnel soignant pour la toilette peuvent bénéficier de savon utilisé par le personnel de l'hôpital.

5.1 Le maintien des liens familiaux

5.1.1 L'information des familles

Aucune procédure formalisée n'existe. Le détenu apprend très tardivement qu'il va être transféré à l'hôpital et bien souvent, les familles ignorent totalement que leur proche a été hospitalisé. C'est à l'occasion des parloirs que les familles sont informées par les établissements pénitentiaires de l'absence de leur proche.

Il arrive fréquemment que des familles viennent directement se renseigner à l'hôpital où elles se voient opposer le secret médical. Il leur est alors conseillé de se retourner vers le SPIP qui pourra transmettre des informations car ce service est à même de vérifier la véracité des liens familiaux et la volonté de l'intéressé de donner des informations à sa famille.

5.1.2 Les visites

Les familles ne sont pas informées des modalités des visites dans les chambres sécurisées. Même si ce droit existe en principe pour les personnes disposant d'un permis de visite dans l'établissement pénitentiaire, les services de police ne disposent d'aucune consigne pour faciliter les démarches.

Les contrôleurs ont constaté que des informations contradictoires figuraient dans les documents officiels sur les chambres sécurisées. Le protocole conjoint du 1^{er} juillet 2006 précise que : « compte tenu de la durée maximale de 48 heures d'hospitalisation prévue dans les nouveaux textes, les visites des familles au sein de l'UHS sont exclues ». En revanche, le protocole régissant les relations entre le centre hospitalier, le parquet, les autorités de police, et l'administration pénitentiaire dans sa version de 2001, prévoit dans son article 10 que les permis de visite sont télécopiés par la maison d'arrêt à l'hôpital. Il semble que cette procédure soit très rarement observée.

A plusieurs reprises, des familles ont été refoulées au motif qu'elles ne pouvaient montrer le permis de visite, ce qui est normal puisque ce document est en constamment en possession de l'établissement pénitentiaire. Les policiers prennent toujours l'attache de leur hiérarchie avant de laisser pénétrer un proche dans une chambre sécurisée, même si le document télécopié par l'établissement pénitentiaire est conforme et récent.

Le personnel soignant a fait remarquer que rien n'était prévu pour que les visites se déroulent normalement.

Il n'y a aucun dispositif de sécurité permettant de filtrer les personnes extérieures. Les policiers doivent donc procéder à une fouille des effets personnels et des visiteurs. Un problème récent est apparu lors de la visite d'un avocat qui a refusé de faire l'objet d'une palpation de sécurité. Les policiers procèdent ainsi pour garantir leur propre sécurité ; ils ont précisé aux contrôleurs qu'aucun texte ne prévoyait cette possibilité de palpation sur un avocat.

Un patient déclare : « Il serait très judicieux de clarifier les choses au sujet des conditions de visite des proches des détenus en service hospitalier. Une fois, cela ne posait aucun problème que ma compagne vienne me voir, une autre fois, ma porte lui était interdite. La troisième fois de nouveau cela ne posait pas de problème. Qui croire ? Une fois les policiers nous laissèrent seuls, une autre fois ils restaient avec nous matraque à la main, le second la main sur son arme prêt à dégainer ! ».

Dans sa réponse, le DDSP indique : « La problématique des visites au détenu-hospitalisé s'articule autour de la nécessité de concilier d'une part, le droit du détenu à entretenir des liens avec ses proches, ainsi que des liens avec son avocat pour ses droits de la défense et d'autre part, le droit à la sécurité de tous avec l'obligation de prévention qui l'accompagne.

L'hospitalisation du malade ne saurait éclipser son statut de détenu ou la zone de sécurité dans laquelle ce patient se trouve. Il paraîtrait peu opportun que les standards de sécurité auxquels sont soumis les proches et le défenseur d'un détenu en maison d'arrêt, ne soient pas moins valables en chambres sécurisées au centre hospitalier Sud Francilien. A ce titre, il paraît opportun que les personnes se présentant pour une visite au niveau du plateau sécurisé soient en capacité de produire une pièce administrative matérialisant leur droit de visite, ou du moins que le signalement officiel de la venue d'un proche ou de l'avocat du détenu gardé ait été communiqué au préalable aux autorités policières.

Concernant la palpation de sécurité des visiteurs, cette mesure de police préventive consiste pour les policiers à s'assurer, en passant simplement leurs mains sur les habits de leur interlocuteur, que ce dernier ne possède aucun objet susceptible d'être dangereux, afin qu'il puisse s'entretenir en toute sécurité avec le détenu. Cette vérification, qui se distingue juridiquement de la "fouille à corps" (Cass. Crim., 5 avril 1993) a également pour objectif d'assurer, à l'issue de l'entretien confidentiel, la sécurité des fonctionnaires présents au niveau de la zone sécurisée, ainsi que du personnel hospitalier. Cette mesure est mise en œuvre car, comme l'ont relevé les contrôleurs, il n'existe pas de portique de sécurité ou de rayons X à l'instar des dispositifs installés en maison d'arrêt.

A cet égard, il faut indiquer que l'avocat d'un détenu particulièrement signalé s'était vu interdire l'accès en chambre sécurisée après avoir refusé ce type de mesure préventive en date du [...]. A la suite de ce refus, il avait intenté une action en référé-liberté juridictionnel le [...]. Cet avocat avait finalement été débouté devant la juridiction administrative. »

5.1.3 Le téléphone

Les détenus étant considérés par la police comme étant sous le régime de la garde à vue, « ils ne peuvent bénéficier d'aucun moyen de communication avec l'extérieur ».

Ils ne peuvent par conséquent pas téléphoner.

5.1.4 Le courrier

La encore, il existe une grande distorsion entre les droits théoriques et la réalité. Les détenus pourraient recevoir du courrier mais encore faudrait-il que les établissements pénitentiaires prennent soin de faire suivre le courrier rapidement.

Les détenus n'ayant aucune affaire personnelle, ils ne sont pas en mesure d'écrire du courrier.

5.2 Les règles de vie

Il n'existe aucun règlement intérieur concernant le comportement à respecter dans ces chambres.

Les patients sont obligés de porter une tenue jetable qui tient lieu de pyjama.

Ils ne peuvent disposer ni de radio ni de télévision.

La lecture leur est interdite même si certains policiers, par souci d'humanité, permettent la lecture de magazines anciens qu'ils fournissent aux détenus.

Il n'existe aucune consigne écrite sur les objets dont peuvent disposer les détenus en chambre sécurisée.

5.2.1 La possibilité de fumer

Les patients ne disposent ni du droit de sortir en promenade ni de la possibilité de fumer.

Le personnel soignant a souligné aux contrôleurs que bon nombre de patients devenaient agressifs du fait de cette inactivité imposée alors que l'accès à un poste de télévision et à la lecture permettrait de détendre l'atmosphère. « L'interdiction absolue de fumer est un facteur supplémentaire de frustration ».

Il arrive que les soignants proposent des patches aux patients.

5.2.2 La restauration

Les patients bénéficient du même régime de restauration que les autres patients.

Le personnel soignant accorde beaucoup d'attention à la qualité de la nourriture « pour offrir au moins ce confort-là à ces patients ».

5.2.3 La discipline

Les détenus sont sous la responsabilité du personnel de police, seul à même de décider ce qui est autorisé et ce qui ne l'est pas.

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. Comme indiqué, 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

Aucune activité n'est autorisée et les associations habilitées, comme les visiteurs d'hôpital ou les aumôniers, semblent ignorer l'existence de ces chambres.

6 LA SORTIE DE LA CHAMBRE SÉCURISÉE

6.1 Du point de vue médical

Le praticien référent est compétent pour décider la sortie du patient. Il lui appartient de contacter par téléphone le médecin de l'UCSA concernée. Il a été rapporté aux contrôleurs que parfois ce dernier s'opposait à la sortie, arguant du fait que la détention était incompatible avec l'état de santé du malade, qui est alors maintenu en chambre sécurisée.

Il peut arriver que le médecin référent demande une admission vers l'UHSI de l'hôpital de La Pitié-Salpêtrière.

6.2 Du point de vue pénitentiaire

L'escorte du retour est formée de surveillants de l'administration pénitentiaire. Les moyens de contrainte appliqués sont ceux définis à l'aller.

Une fouille intégrale est préalablement pratiquée dans la chambre par un fonctionnaire pénitentiaire du même sexe.

Le véhicule utilisé pour le retour sur l'établissement est un véhicule ordinaire de transfert, jamais une ambulance « puisque le détenu est guéri ».

En dehors des heures ouvrables, une enveloppe contenant des médicaments pour 24 heures peut être remise à l'escorte avec une ordonnance.

Selon le personnel médical rencontré, « il existe une parfaite coordination entre les soignants et l'administration pénitentiaire ».

Un patient évoque sa levée d'écrou durant son hospitalisation : « Le docteur a présenté aux policiers les documents adressés à Maître [...] pour ma levée d'écrou. Cela a créé un réel problème pendant de nombreuses minutes ; ensuite le docteur accompagné d'une infirmière est venu m'informer qu'enfin les papiers étaient arrivés et que j'allais être transféré à [...]. Le

docteur et l'infirmière sont repartis en laissant la porte de ma chambre ouverte. Au bout de 10 à 15 minutes, je n'entendais plus de bruit, je suis sorti de ma chambre cellulaire et je me suis engagé dans le couloir en faisant des "Ho Ho, Ho Ho !" et personne ne me répondait. Je suis allé de chambre en chambre pour voir si il y avait quelqu'un ... Personne ... C'est là que j'ai rencontré mon épouse qui venait me voir et qui se demandait pourquoi il n'y avait personne. Ensuite, elle est allée chercher une infirmière pour en savoir plus. C'est là que nous avons constaté que les policiers étaient partis sans rien dire et ils m'avaient laissé tout seul ! L'infirmière et mon épouse ont cherché mes affaires pour que je puisse aller dans le service [...]; malheureusement mes affaires avaient disparu, ils ont été donnés à un détenu par erreur par les policiers. »

7 LES RELATIONS ENTRE PERSONNELS ET PATIENTS DÉTENUS

Les infirmières ne veulent pas connaître la situation pénale ni la dangerosité des détenus. « Ce sont des patients comme les autres ; si on en savait davantage, cela pourrait nous influencer ; on fait confiance aux policiers pour nous mettre en garde si nécessaire ».

Les patients supportent très mal les conditions de leur hospitalisation : privation totale de leurs effets personnels, pas de télévision, pas de lecture, pas de visite, impossibilité de fumer, de se promener, inactivité complète.

Il en résulte des relations difficiles avec les policiers, mais également avec les infirmières : étant les seules personnes qu'ils voient, c'est à elles que les détenus renvoient toutes les rancœurs et leurs exaspérations. Cette situation est très mal vécue par les infirmières. « On les chouchoute, on les gâte, et eux nous agressent ».

Elles disent être régulièrement témoins de violences verbales voire physiques entre patients et personnel de garde.

Une infirmière, s'étonnant avec insistance du menottage d'un patient sur son lit, s'est vue déclarer par un policier : « Nous avons des instructions. Si vous voulez que je lui enlève les menottes, signez une décharge ».

Elles sont amenées à pratiquer des actions auxquelles elles sont opposées, comme par exemple administrer une piqûre de calmant à un patient fermement tenu sur son lit par plusieurs policiers. Elles vivent très mal de type de situation.

Elles ont peur et connaissent des crises d'angoisse. Elles redoutent des visites de proches des détenus qui pourraient avoir des comportements violents et agressifs. « Ils peuvent arriver dans le service en toute liberté ; il n'y a aucun système de contrôle à l'entrée de l'hôpital ; qu'est-ce qui les empêcherait d'arriver armés pour tenter de faire évader un patient ? ».

Les relations entre les personnels soignants et les policiers sont quasi-inexistantes. Il arrive que les infirmières « demandent aux gardes de faire preuve de clémence, en vain ».

« Un patient mineur dont les deux bras étaient plâtrés n'a pas pu garder la porte de sa chambre ouverte ; il ne pouvait pas actionner la sonnette d'appel, et, s'il appelait, personne ne l'aurait entendu ».

« Les policiers "jugent" les patients ; ils n'ont pas la même attitude que les personnels pénitentiaires ».

« Parfois, on essaie de prêter des livres aux patients, mais les policiers s’y opposent ».

« Parfois, le standardiste de l’hôpital nous appelle en nous signalant qu’il se fait harceler et menacer par un proche d’un détenu ».

Le personnel soignant regrette l’absence de réunions régulières avec les équipes de garde.

Le protocole entre la maison d’arrêt de Fleury-Mérogis, le CHSF et la police nationale, en date du 1^{er} juillet 2006, stipule dans son article 2 : «Le CHSF, la police nationale et l’administration pénitentiaire s’accordent pour appliquer des règles identiques et à se concerter régulièrement, dans l’intérêt de la prise en charge sanitaire des détenus et dans le respect de leurs droits ».

8 LES RELATIONS ENTRE LE CHSF ET L’UCSA

L’UCSA est entièrement implantée au sein de la maison d’arrêt de Fleury-Mérogis.

Le CHSF accueille régulièrement des patients pour des durées supérieures aux 48 heures maximales réglementaires pour des chambres sécurisées. Cette situation est acceptée et assumée par la direction, même lorsqu’elle n’est pas justifiée par une sur-occupation de l’UHSI. Notamment, il arrive qu’un médecin de « Louise Michel » souhaite pouvoir prendre en charge l’hospitalisation d’un détenu qu’il a suivi à la prison.

9 CONCLUSION

A l’issue de leur visite, les contrôleurs formulent les observations suivantes, lesquelles restent d’actualité avec la réalisation du nouveau centre hospitalier.

Observation n° 1 : Il conviendrait de formaliser les règles d’enregistrement des images du système de vidéosurveillance et notamment de préciser la durée maximale de conservation des enregistrements (Cf. § 2.2.1).

Observation n° 2 : La présence d’un fonctionnaire féminin dès lors qu’une femme est admise en chambre sécurisée devrait être systématique (Cf. §2.3.1).

Observation n° 3 : Il est très surprenant de constater que la grande majorité des hospitalisations de personnes détenues à la maison d’arrêt de Fleury-Mérogis ont été réalisées dans les chambres sécurisées de l’hôpital Sud-francilien et non à l’unité hospitalière sécurisée interrégionale alors que la durée moyenne de ces placements était supérieure à deux jours (Cf. § 2.4).

Observation n° 4 : Il est regrettable qu’aucune statistique de fréquentation des chambres sécurisées ne soit disponible. De même la traçabilité dans son ensemble doit être améliorée : les rondes de nuit doivent faire l’objet d’un relevé précis alors qu’aujourd’hui il n’existe aucune trace de ces contrôles (Cf. § 2.4).

Observation n° 5 : Les médecins des UCSA se heurtent à un refus systématique des responsables de l'UHSI du groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière à Paris lorsqu'il s'agit d'hospitaliser une personne détenue pour une courte durée, notamment pour des opérations qui ne relèvent pas de la chirurgie lourde. Par conséquent, les patients qui relèvent d'une hospitalisation programmée de quelques jours sont dirigés, non sur l'UHSI comme il se devrait, mais sur les chambres sécurisées de l'hôpital d'Evry, où les conditions de séjour sont désastreuses. Il doit être mis fin à cette situation inacceptable en imposant aux responsables de l'UHSI de la Pitié-Salpêtrière un changement de leur politique en la matière. Cette situation est d'autant moins compréhensible que l'UHSI concernée est en constante sous-occupation. (cf. § 3.1.1).

Observation n° 6 : Il a été affirmé aux contrôleurs que tous les détenus étaient menottés et souvent entravés, quel que soit leur âge ou leur état de santé. Cette situation est contraire à la réglementation en vigueur (Cf. § 3.1.1).

Observation n° 7 : Par mesure de sécurité, la personne détenue est informée au dernier moment de son extraction médicale ; à son admission en chambre sécurisée, elle ne reçoit aucune information sur le fonctionnement de l'hôpital. Il est urgent qu'un livret d'information soit réalisé à l'intention du patient (Cf. § 3.2 et 5).

Observation n° 8 : Il conviendrait de clarifier le statut du patient détenu. Plusieurs policiers ont déclaré que ces patients étaient assimilés à des personnes placées en garde à vue. Ce jugement n'a aucun fondement juridique et entraîne des atteintes à la dignité des personnes, comme par exemple le retrait systématique des lunettes privant ces patients de tout repère temporel (Cf. § 3.4.1).

Observation n° 9 : Le dépôt d'effets personnels du patient devrait faire l'objet d'un inventaire contradictoire (Cf. § 3.4.1).

Observation n° 10 : Il conviendrait de réaliser un protocole écrit concernant l'accueil médical d'un patient détenu et d'y prévoir notamment la délivrance d'un livret d'accueil et la proposition faite au patient de nommer une personne de confiance (Cf. § 3.4.2 et 4.1).

Observation n° 11 : Certains patients ne sont placés sous la responsabilité d'aucun médecin ; il en résulte l'absence de visite quotidienne, voire aucune prévision de sortie. Il est indispensable que l'organisation du nouvel hôpital prévoie une prise en charge par un médecin de tout patient admis en chambre sécurisée (Cf. § 4.1 et 6.2).

Observation n° 12 : Les éléments de la trousse de toilette étant considérés – selon les termes du DDSP – comme des objets susceptibles de porter « atteinte à l'intégrité physique des personnels de la police nationale

et des personnels hospitaliers », et les policiers interdisant la remise du kit d'hygiène proposé par l'hôpital, les patients en sont réduits à faire leur toilette exclusivement avec de la Bétadine® et de s'essuyer avec leurs draps. Cette atteinte flagrante à leur dignité ne saurait perdurer (Cf. § 5).

Observation n° 13 : L'organisation liée aux nouvelles installations devra permettre aux patients de jouir pleinement des droits afférents à leur situation de personnes détenues, notamment concernant les visites, l'accès au téléphone et la possibilité de recevoir et d'envoyer du courrier (Cf. § 5.1).

Observation n° 14 : Des réunions de concertation entre la Police et la direction de l'hôpital devraient être prévues pour aboutir à des consignes claires quant la manière d'encadrer les patients détenus. Actuellement c'est le bon plaisir des policiers qui s'impose aux soignants, certains étant très stricts d'autres presque laxistes. La rédaction d'un règlement intérieur des chambres sécurisées s'impose et la définition d'une procédure permettant de trancher les conflits entre soignants et personnel de police au sujet de l'attitude à avoir vis-à-vis d'un patient (Cf. § 5.2).

Observation n° 15 : Ainsi que le déclare le DDSP, le personnel de police n'a reçu aucune formation spécifique sur la fonction de surveillance de chambre sécurisée. C'est ainsi qu'un policier a déclaré aux contrôleurs qu'il appliquait les règles de la garde à vue ; toutefois, il ne réalisait pas d'inventaire contradictoire au moment de la fouille et du retrait d'effets. Par ailleurs, les contrôleurs ont reçu des témoignages de maltraitance et d'attitudes indignes commises par un policier à l'encontre de patients. Il est indispensable que les personnels de la police reçoivent une formation sur les spécificités liées à la surveillance d'une chambre sécurisée (Cf. § 2.3.1, 3.4.1, 4.2, 4.6 et 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	L'unité hospitalière sécurisée.....	3
2.2.2	L'unité hospitalière de courte durée	5
2.3	Le personnel	5
2.3.1	Le personnel de garde	5
2.3.2	Le personnel de santé	6
2.4	Les patients	6
3	L'admission et l'accueil.....	7
3.1	L'admission	7
3.1.1	La procédure pénitentiaire.....	7
3.1.2	Admission d'urgence.....	8
3.1.3	Admission programmée.....	9
3.1.4	La prise en charge des mineurs	9
3.2	L'information du patient	9
3.3	Les refus d'hospitalisations.....	10
3.4	L'accueil.....	10
3.4.1	L'accueil par les services de police.....	10
3.4.2	L'accueil médical.....	11
4	La prise en charge des patients.....	11
4.1	La responsabilité médicale de l'UHS	11
4.2	La surveillance	12
4.3	L'organisation des soins	13
4.4	Les séjours hors des chambres sécurisées	15
4.5	Le secret médical.....	15
4.6	Les incidents	15
5	La gestion de la vie quotidienne	16
5.1	Le maintien des liens familiaux	16
5.1.1	L'information des familles	16
5.1.2	Les visites.....	17

5.1.3	Le téléphone	18
5.1.4	Le courrier	18
5.2	Les règles de vie.....	18
5.2.1	La possibilité de fumer	18
5.2.2	La restauration	19
5.2.3	La discipline	19
5.3	Les activités.....	19
6	La sortie de la chambre sécurisée	19
6.1	Du point de vue médical	19
6.2	Du point de vue pénitentiaire.....	19
7	Les relations entre personnels et patients détenus	20
8	Les relations entre le chsf et l'ucsa	21
9	Conclusion	21