



Rapport de visite :

**Chambres sécurisées du centre hospitalier
universitaire de Grenoble
(Isère)**

16 et 17 février 2016

OBSERVATIONS

LES BONNES PRATIQUES SUIVANTES POURRAIENT ETRE DIFFUSEES

1. BONNE PRATIQUE 15

L'anonymat du patient détenu est préservé grâce à la création d'un code confidentiel lors de son admission. Cette bonne pratique mérite d'être soulignée.

2. BONNE PRATIQUE 16

Lors de leur admission, aucune fouille intégrale n'est effectuée par la police sur les patients compte tenu des contrôles dont ces personnes ont préalablement fait l'objet. Cette bonne mesure est respectueuse de leur dignité.

3. BONNE PRATIQUE 18

Le recours non systématique au menottage lors des déplacements au sein du centre hospitalier est une règle judicieuse qui permet d'adapter, au cas par cas, l'usage des moyens de contrainte au risque. Les responsables de la police devraient toutefois s'assurer de sa bonne exécution.

LES MESURES SUIVANTES DEVRAIENT ETRE MISES EN ŒUVRE

1. RECOMMANDATION 12

Les chambres sécurisées ne sont pas aux normes fixées par le cahier des charges annexé à la circulaire relative « à l'aménagement ou à la création des chambres sécurisées dans les établissements publics de santé ». Le WC et le lavabo placés dans la chambre sans aucun cloisonnement pour préserver l'intimité des patients, l'éclairage trop minimaliste et l'existence d'une chambre aveugle constituent des défauts majeurs et portent atteinte à la dignité des patients. Des travaux de mise en aux normes s'imposent rapidement.

2. RECOMMANDATION 13

Il serait utile de mettre en place un registre afin de recueillir des données précises sur le taux d'occupation des chambres et les durées moyennes de séjour des patients.

3. RECOMMANDATION 14

Les informations sur les conditions d'hospitalisation communiquées aux personnes détenues sont insuffisantes. Il est urgent d'élaborer un document relatif aux modalités pratiques d'hospitalisation qui leur soit remis avant l'admission. En outre, les patients devraient être autorisés à emporter des vêtements de rechange et d'autres effets personnels tels que des livres.

4. RECOMMANDATION 15

Il apparaît indispensable de finaliser rapidement le document relatif au circuit du patient.

5. RECOMMANDATION 16

Lors de son admission, le patient doit être en mesure de pouvoir s'entretenir avec le praticien en charge de son suivi afin d'obtenir des renseignements complémentaires et des réponses à ses questions concernant son intervention et le déroulement de son hospitalisation. De même, un livret d'accueil devrait lui être remis.

6. RECOMMANDATION 17

Il est regrettable que le personnel soignant ne bénéficie pas de formations portant sur la gestion de l'agressivité et sur la prise en charge de la population pénale. En conséquence les soins se déroulent dans des conditions qui portent atteinte au secret médical et à la dignité des patients.

7. RECOMMANDATION 17

Durant les soins, le rideau de la baie vitrée donnant dans la chambre devrait être abaissé et la porte d'entrée de cette pièce devrait être fermée pour respecter le secret médical et la dignité des patients. Les responsables de la police devraient s'assurer que les consignes données, allant dans ce sens, sont effectivement appliquées.

8. RECOMMANDATION 18

Il est regrettable que les liens familiaux soient interrompus durant la durée de l'hospitalisation alors que cette période, même limitée à 48 heures, peut constituer une source d'inquiétude pour les proches et un isolement pour le patient. Cette situation ne peut qu'être génératrice d'angoisse. Les droits dont la personne détenue dispose en détention, pour les visites et l'accès au téléphone, devraient être maintenus durant son séjour en chambre sécurisée.

9. RECOMMANDATION 19

Une information des personnes détenues sur les règles applicables lors de l'hospitalisation, dont l'interdiction de fumer, devrait être délivrée au sein de la maison d'arrêt, préalablement à l'admission dans les chambres sécurisées, et un traitement par substituts nicotiques devrait être anticipé pour toutes les admissions programmées.

10. RECOMMANDATION 19

Le retrait du couteau ne devrait pas être systématique, d'autant qu'il est en plastique, mais ne devrait être décidé qu'au cas par cas, en fonction de l'évaluation du risque.

11. RECOMMANDATION 20

L'absence de toute occupation, si minime soit-elle, crée une tension forte et est génératrice d'incidents. Un téléviseur devrait être installé dans chaque chambre sécurisée ou, au minimum, un poste de radio devrait être prêté pour la durée du séjour. Des livres ou des revues devraient pouvoir être amenés par les patients.

Sommaire

RAPPORT DE VISITE	1
OBSERVATIONS	2
LES BONNES PRATIQUES SUIVANTES POURRAIENT ETRE DIFFUSEES	2
LES MESURES SUIVANTES DEVRAIENT ETRE MISES EN ŒUVRE	2
SOMMAIRE	4
RAPPORT	6
1. CONDITIONS DE LA VISITE	7
2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	8
2.1 L'IMPLANTATION : UN ETABLISSEMENT SITUE AU CŒUR DE LA VILLE	8
2.2 DES CHAMBRES SECURISEES A L'EQUIPEMENT RUDIMENTAIRE, NE REPONDANT PAS AUX NORMES FIXEES ET NE RESPECTANT PAS LA DIGNITE DES PATIENTS	9
2.3 LES PERSONNELS : DES EFFECTIFS AU COMPLET	12
2.3.1 Les fonctionnaires de police.....	12
2.3.2 Le personnel de santé	12
2.4 LES PATIENTS : UN REGISTRE D'OCCUPATION DES CHAMBRES INEXISTANT	13
3. L'ADMISSION ET L'ACCUEIL	14
3.1 L'INFORMATION DU PATIENT EST INSUFFISANTE	14
3.2 DES REFUS D'HOSPITALISATION LIES AUX CONDITIONS D'HOSPITALISATION	14
3.3 L'ADMISSION : DES PROCEDURES A AMELIORER.....	14
3.3.1 L'admission programmée.....	14
3.3.2 L'admission en urgence.....	15
3.4 L'ACCUEIL : UN ACCUEIL MEDICAL INSUFFISANT.....	15
3.4.1 L'accueil par les services de police	15
3.4.2 L'accueil médical	16
4. LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS	16
4.1 LA PRISE EN CHARGE MEDICALE ET L'ORGANISATION DES SOINS : DES CONDITIONS D'EXERCICE PORTANT ATTEINTE AU SECRET MEDICAL ET A LA DIGNITE DU PATIENT	16
4.2 UNE SURVEILLANCE CONSTANTE DES PATIENTS DETENUS AU DETRIMENT DE LEUR DIGNITE ET DE LEUR INTIMITE	17
5. LA GESTION DE LA VIE QUOTIDIENNE	18
5.1 DES LIENS FAMILIAUX INEXISTANTS DURANT L'HOSPITALISATION	18
5.1.1 L'information des familles.....	18
5.1.2 Les visites	18
5.1.3 Le téléphone	18
5.2 DES REGLES DE VIE N'AUTORISANT AUCUNE ACTIVITE	19
5.2.1 La possibilité de fumer	19
5.2.2 La restauration	19
5.2.3 Les incidents.....	19
5.2.4 Les activités	19
5.3 L'ACCES AUX DROITS	20
5.3.1 Les avocats et les visiteurs de prison	20
5.3.2 L'accès à un culte	20
5.4 LA SORTIE DES CHAMBRES SECURISEE : UN CIRCUIT ORGANISE	20
5.4.1 Du point de vue médical	20

5.4.2 Du point de vue des forces de sécurité	20
6. LES RELATIONS ENTRE LES PERSONNELS ET LES PATIENTS	20
7. LES RELATIONS ENTRE LE CHU ET L'UNITE SANITAIRE DE LA MAISON D'ARRET DE VARCES	21
ANNEXES	22

Rapport

Contrôleurs :

- Bonnie TICKRIDGE, cheffe de mission ;
- Michel CLEMOT, contrôleur.

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 inopinée des installations spécifiques à l'accueil et à la prise en charge des personnes détenues au centre hospitalier universitaire de Grenoble (Isère) les 16 et 17 février 2016.

A l'issue de cette visite, un rapport de constat a été rédigé et envoyé le 11 mai 2016, d'une part, au directeur du centre hospitalier universitaire (CHU) de Grenoble, ayant en charge l'hospitalisation des personnes détenues, d'autre part, à la direction départementale de la sécurité publique de l'Isère dont les services sont responsables de la surveillance des personnes détenues durant leur hospitalisation. Il a également été adressé à la direction de la maison d'arrêt de Grenoble - Varcès.

Aucune observation de leur part n'est parvenue en retour.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés sur le site Nord (La Tronche) du centre hospitalier universitaire (CHU) le 16 février 2016 à 14h15, afin de visiter les installations spécifiques à l'accueil et à la prise en charge des personnes détenues.

La mission s'est terminée le 17 février 2016 à 12h.

Une réunion de début de visite a eu lieu avec le cadre de santé du service. Les contrôleurs se sont également entretenus téléphoniquement avec la directrice référente du CHU, le médecin chef et le cadre de santé de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Varcès.

Les contrôleurs ont également rencontré le commissaire, chef du service de sécurité de proximité de circonscription de sécurité publique de Grenoble.

Le jour de la visite des contrôleurs, les chambres sécurisées étaient inoccupées.

Une réunion de fin de visite a eu lieu avec le cadre de l'unité et un entretien par téléphone a été tenu avec la directrice référente.

Le délégué territorial de l'agence régionale de santé a été informé de la visite.

Les contrôleurs ont pu avoir accès à tous les documents demandés.

Ils se sont entretenus librement et en toute confidentialité avec l'ensemble des professionnels de santé le jour de leur visite.

2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'IMPLANTATION : UN ETABLISSEMENT SITUE AU CŒUR DE LA VILLE

Le CHU Grenoble Alpes compte plusieurs établissements de soins répartis sur plusieurs sites :

- le site Nord à la Tronche ;
- le site Sud à Echirolles ;
- une maison de retraite à La Batie ;
- une plateforme logistique et pharmaceutique.

Les chambres sécurisées sont situées au site Nord à La Tronche, boulevard de la Chantourne. Une ligne de tramway et plusieurs lignes de bus desservent l'établissement qui dispose également d'emplacements de parking réservés aux visiteurs.

Le CHU de La Tronche a organisé ces activités en neuf pôles cliniques :

- pôle « anesthésie réanimation » ;
- pôle « appareil locomoteur, chirurgie et organes des sens » ;
- pôle « cancer et maladie du sang » ;
- pôle « couple enfant » ;
- pôle « psychiatrie, neurologie et rééducation neurologique » ;
- pôle « digestif » ;
- pôle « pluridisciplinaire de médecine et de gériatrie clinique » ;
- pôle « thorax et vaisseaux » ;
- pôle « urgences médecine aiguë ».

Les chambres sécurisées sont implantées dans le service de chirurgie thoracique et vasculaire qui fait partie du pôle « thorax et vaisseaux ». Ce service compte trois unités :

- l'unité A de 23 lits ;
- l'unité B de 10 lits ;
- l'unité de consultations externes ;

Il n'existe aucune indication au sein du CHU permettant de repérer les chambres sécurisées. Il convient de noter qu'un projet de rénovation de ces chambres est en cours de finalisation ; les travaux devraient commencer durant l'année 2017.

2.2 DES CHAMBRES SECURISEES A L'EQUIPEMENT RUDIMENTAIRE, NE REpondANT PAS AUX NORMES FIXEES ET NE RESPECTANT PAS LA DIGNITE DES PATIENTS

Les trois chambres sécurisées sont regroupées dans la même unité.

Une porte pleine, analogue à celle des autres chambres, sans aucun signe distinctif, donne accès à un sas. Cette porte est équipée d'un dispositif d'entrebâillement pour que les policiers, en faction lorsqu'au moins une des chambres est occupée, contrôlent les entrées.

En dehors des périodes où une des chambres est occupée, la clé est conservée par les soignants.

Le sas, de 21,8 m², est éclairé par une large baie vitrée et par des tubes de néon. Trois fauteuils, trois chaises, trois petites tables et une penderie la meublent. Un tableau de commande de l'éclairage des chambres, un interphone (pour une liaison avec les infirmiers) et un téléphone (avec un annuaire regroupant les numéros utiles) sont fixés au mur.

Des sanitaires, situés dans un local fermé par une porte pleine, avec un WC à l'anglaise et un lavabo, sont à la disposition des policiers.

Une étroite cabine de douche¹ y est installée. Les portes sont battantes, sans fermeture intérieure.



La cabine de douche située dans le sas

Les trois chambres, spacieuses², sont accessibles à partir du sas : deux sont situées d'un côté et une, de l'autre. Leur conception et leurs équipements sont identiques.

Une baie vitrée, de 1,20 m de large et de 0,90 m de haut, dotée, côté sas, d'un rideau pouvant être relevé ou abaissé à l'aide d'une tringle, donne dans chaque chambre pour permettre

¹ Ses dimensions intérieures sont de 0,60 m sur 0,65 m soit une surface de 0,39 m².

² Deux ont une superficie de 14,4 m² (4,65 m sur 3,10 m) et l'autre, de 12,2 m² (3,50 m sur 3,50 m). La hauteur sous plafond est de 2,65 m.

aux policiers d'en voir l'intérieur. Un volet électrique, commandé par ces agents³, permet d'occulter la pièce.

La porte d'entrée en bois, de 1,20 m de large, est largement vitrée mais des bandes opaques, placées horizontalement, restreignent la vue pour préserver l'intimité. Elle ne peut être ouverte que du côté occupé par les policiers.

Un lit médicalisé (sans commande électrique) constitue le seul mobilier. Six crochets sont fixés au mur, à proximité du lit. Une petite table sur roulette est placée dans une des chambres.



Une baie vitrée avec le rideau en partie abaissée (photo de gauche) et une chambre (photo de droite)

Aucun local sanitaire séparé n'existe. Un WC à l'anglaise (avec un bouton poussoir pour commander la chasse d'eau) et un lavabo (avec deux boutons poussoirs, l'un pour l'eau chaude et l'autre pour l'eau froide) sont placés dans les chambres ; ils sont, chacun, insérés dans des blocs de béton et aucun cloisonnement ne permet de protéger l'intimité des patients. Cette situation est d'autant plus anormale que ces deux équipements sont situés dans le champ de vision des baies vitrées donnant dans le sas.



Les installations sanitaires de deux des chambres

³ Le boîtier de commande est installé dans le sas, près de la porte de chaque chambre.

Le faux plafond est constitué de plaques amovibles dont certaines sont sorties de leur logement.

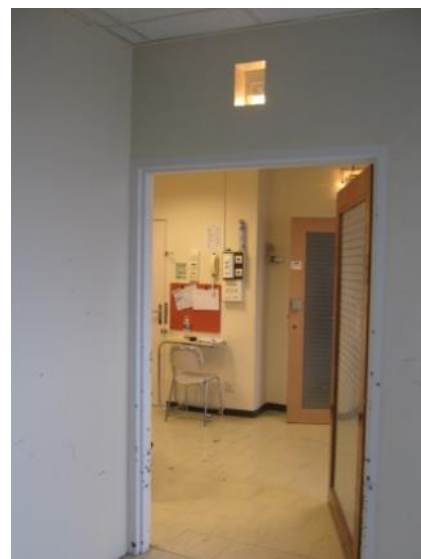
Le détecteur de fumée, placé au plafond, n'est protégé par aucun dispositif.

Une baie vitrée, qui ne peut pas être ouverte, laisse pénétrer la lumière du jour dans deux chambres alors que la troisième est aveugle. L'ouverture, de 1,60 m de large, sur toute la hauteur de la pièce, donne sur les quartiers voisins et, étant située au 10^{ème} étage, aucun vis-à-vis ne permet d'avoir une vue sur l'intérieur de la chambre. Une grille a été fixée à l'intérieur de la pièce pour protéger cette vitre.



Les barreaux placés à l'intérieur de la chambre

Aucun éclairage électrique n'existe dans la chambre. En revanche, un spot, placé dans le sas devant une ouverture vitrée située au-dessus de la porte d'entrée, constitue le seul point lumineux. Dans la chambre aveugle, ce dispositif est manifestement insuffisant et les contrôleurs ont constaté que la luminosité y était trop faible pour pouvoir lire sans s'abîmer les yeux. Il doit en être de même, de nuit, dans les deux autres chambres. Cette situation est anormale.



Le spot placé devant une ouverture vitrée au-dessus de la porte

Aucun autre équipement n'est installé dans les chambres : ni téléviseur, ni prise électrique, ni téléphone, ni fluides médicaux (air, oxygène) ...

Recommandation

Les chambres sécurisées ne sont pas aux normes fixées par le cahier des charges annexé à la circulaire relative « à l'aménagement ou à la création des chambres sécurisées dans les établissements publics de santé »⁴. Le WC et le lavabo placés dans la chambre sans aucun cloisonnement pour préserver l'intimité des patients, l'éclairage trop minimaliste et l'existence d'une chambre aveugle constituent des défauts majeurs et portent atteinte à la dignité des patients. Des travaux de mise en aux normes s'imposent rapidement.

2.3 LES PERSONNELS : DES EFFECTIFS AU COMPLET

2.3.1 Les fonctionnaires de police

Lorsqu'une personne détenue hospitalisée est admise dans une des chambres, des policiers en tenue du commissariat de Grenoble en assurent la surveillance. Ils appartiennent aux brigades de roulement ou à la brigade d'assistance judiciaire⁵ du service de sécurité de proximité.

Deux agents au moins sont affectés à la surveillance de chaque patient mais ce nombre peut être augmenté en fonction de sa dangerosité. Cet effectif permet aussi d'assurer, si nécessaire, les escortes sur le plateau technique.

Des relèves peuvent être organisées mais, en règle générale, les policiers désignés y effectuent toute leur vacation.

Il a été indiqué que cette surveillance était considérée comme une mission indue qui détourne des policiers du travail de voie publique ; selon les statistiques du commissariat, elle coûte, en moyenne annuelle, deux équivalents temps plein.

Lorsque le patient est une personne gardée à vue, le service (police ou gendarmerie) ayant pris la mesure assure la surveillance. Selon les informations recueillies, la garde à vue est levée si la durée d'hospitalisation est trop longue ; le patient intègre alors une chambre ordinaire du service compétent.

2.3.2 Le personnel de santé

Les chambres sécurisées sont sous la responsabilité du chef de service de chirurgie thoracique et vasculaire, cependant les patients qui y sont admis sont sous la responsabilité du médecin de spécialité qui les prend en charge. Ces chambres sont polyvalentes et peuvent accueillir des patients relevant d'une pathologie médicale ou chirurgicale. Le personnel médical du service comprend :

- trois professeurs de chirurgie dont un chef de service ;
- deux praticiens hospitaliers ;
- deux médecins assistants.

⁴ Circulaire n° DAP/DHOS/DGPN/DGGN du 13 mars 2006.

⁵ Cette brigade est chargée des extractions des personnes détenues et des déferments de gardés à vue.

Le personnel paramédical comprend :

- un cadre de santé exerçant sous la responsabilité du cadre de supérieur de santé ;
- 22 équivalents temps plein (ETP) d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) ;
- 16 ETP d'aides-soignants (AS).

Aucun personnel paramédical n'est affecté en poste fixe dans les chambres sécurisées. Les infirmiers se répartissent les deux ailes qui composent le service, soit une aile de douze lits et une aile de onze lits. L'infirmier affecté sur l'aile de onze lits prend également en charge les trois chambres sécurisées.

A l'exception d'un poste infirmier vacant au moment de la visite, tous les autres étaient pourvus. En 2015, le service de chirurgie thoracique et vasculaire a fait l'objet d'une restructuration qui a notamment conduit à la suppression d'un poste de cadre, d'un poste d'aide au cadre et de 1,5 ETP d'infirmier. Depuis, le cadre de santé, en charge de l'unité A, a également sous sa responsabilité l'unité B et l'unité de consultations externes.

2.4 LES PATIENTS : UN REGISTRE D'OCCUPATION DES CHAMBRES INEXISTANT

Les chambres sécurisées accueillent des personnes placées en garde à vue et les personnes détenues extraites de la maison d'arrêt de Varcès. En principe, la durée de séjour des personnes détenues n'excède pas quarante-huit heures. Dès lors que l'hospitalisation doit se prolonger, les patients sont transférés à l'unité d'hospitalisation sécurisée interrégionale (UHSI) de Lyon(Rhône). Selon les propos recueillis, le service ne rencontre pas de difficultés particulières pour les y faire admettre.

Les patients admis dans l'unité sont pris en charge pour des interventions chirurgicales mineures réalisées sous anesthésie locale.

Seuls ceux, dont la pathologie ou l'état de santé relèvent du service de réanimation ou du service de cardiologie, sont hospitalisés dans des services spécifiques.

Il n'existe pas de registre d'occupation de la chambre, en conséquence les contrôleurs n'ont pas pu recueillir des données sur le taux d'occupation et la durée moyenne de séjour. Les données du rapport d'activité de 2014 de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Varcès montrent que quarante-trois personnes détenues ont été hospitalisées au CHU.

Selon les données communiquées par l'hôtel de police de Grenoble, depuis le début de l'année 2016, neuf personnes⁶ auraient été admises.

Recommandation

Il serait utile de mettre en place un registre afin de recueillir des données précises sur le taux d'occupation des chambres et les durées moyennes de séjour des patients.

⁶ La distinction n'a pas été faite entre les personnes détenues et celles relevant du régime de la garde à vue.

3. L'ADMISSION ET L'ACCUEIL

3.1 L'INFORMATION DU PATIENT EST INSUFFISANTE

Lorsqu'une décision d'hospitalisation est arrêtée, les médecins de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Varcès informent la personne détenue du déroulement de la prise en charge et de l'intervention qui va être pratiquée. Il n'existe aucun document sur les conditions de prise en charge et d'hospitalisation. Selon les témoignages recueillis, les informations communiquées aux patients sont relativement sommaires et leur contenu aléatoire. Si le patient doit être lavé et à jeun le matin de son intervention, il est informé la veille de son hospitalisation et, sinon, il est informé le jour même. Le personnel infirmier de l'unité sanitaire, ne connaissant pas les conditions d'hospitalisation, ne transmet aucune information d'ordre pratique. Le cadre de l'unité a indiqué qu'il était prévu d'organiser une visite des chambres afin que le personnel infirmier soit en mesure de fournir toutes les informations nécessaires aux personnes détenues.

Les durées d'hospitalisation étant courtes, les patients ne sont pas autorisés à emporter des effets personnels.

Recommandation

Les informations sur les conditions d'hospitalisation communiquées aux personnes détenues sont insuffisantes. Il est urgent d'élaborer un document relatif aux modalités pratiques d'hospitalisation qui leur soit remis avant l'admission. En outre, les patients devraient être autorisés à emporter des vêtements de rechange et d'autres effets personnels tels que des livres.

3.2 DES REFUS D'HOSPITALISATION LIES AUX CONDITIONS D'HOSPITALISATION

En cas de refus, la personne détenue signe une décharge et son retour est pris en charge par le personnel pénitentiaire. La majorité des refus est liée aux conditions d'hospitalisation (l'absence de poste de télévision et l'interdiction de fumer). Leur nombre n'est pas comptabilisé.

3.3 L'ADMISSION : DES PROCEDURES A AMELIORER

3.3.1 L'admission programmée

Le personnel soignant de l'unité sanitaire prend attache avec le praticien du service de spécialité responsable du suivi du patient. La secrétaire de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Varcès est chargée d'organiser l'hospitalisation en collaboration avec la secrétaire du service de spécialité dont le patient détenu dépend.

Comme indiqué *supra*, l'ensemble des services du CHU peuvent être amenés à prendre en charge un patient détenu. Cependant les informations concernant les modalités d'admission ne sont pas systématiquement relayées auprès du service de chirurgie vasculaire et thoracique. En conséquence, le personnel soignant n'est pas systématiquement informé en amont de l'admission d'un patient.

Un document relatif au circuit du patient détenu depuis son transfert de la maison d'arrêt de Varcès jusqu'à son admission au CHU est en cours d'élaboration. Ce document a pour objectif

d'améliorer l'articulation entre les différents services impliqués dans la prise en charge du patient.

Le patient est enregistré sous un code confidentiel permettant ainsi de préserver son anonymat. Ce code confidentiel apparaît également sur le listing du standard du CHU afin qu'aucune information relative aux patients ne soit transmise à des interlocuteurs extérieurs.

Bonne pratique

L'anonymat du patient détenu est préservé grâce à la création d'un code confidentiel lors de son admission. Cette bonne pratique mérite d'être soulignée.

Recommandation

Il apparaît indispensable de finaliser rapidement le document relatif au circuit du patient.

3.3.2 L'admission en urgence

Selon les éléments recueillis, lorsque le patient détenu transite par le service d'accueil des urgences (SAU), il est examiné en premier lieu par un médecin urgentiste qui décide la conduite à tenir. Il est placé dans un box spécifique, réservé aux personnes agitées, qui est légèrement éloigné du sas des urgences afin de préserver l'anonymat. Selon le résultat de l'examen clinique, le patient est transféré en chambres sécurisées si son état est stable et qu'il ne présente aucun traumatisme sévère. Lorsque son état de santé relève de soins intensifs, il est admis dans un service spécialisé. Le médecin des urgences se met alors en relation avec le médecin du service dont relève le patient. Le chef d'escorte prend contact avec le commissariat afin que les fonctionnaires de police prennent le relais pour assurer la garde statique.

3.4 L'ACCUEIL : UN ACCUEIL MEDICAL INSUFFISANT

3.4.1 L'accueil par les services de police

Selon les informations recueillies, aucune nouvelle fouille intégrale n'est pratiquée par les policiers à l'arrivée d'un patient détenu car les surveillants pénitentiaires l'ont déjà effectuée au départ de la maison d'arrêt. Eventuellement, une palpation peut être effectuée.

Il en est de même pour les personnes placées en garde à vue préalablement à leur hospitalisation. Une palpation peut être effectuée pour les autres, placées en garde à vue alors qu'elles sont déjà hospitalisées.

Les patients ôtant leurs vêtements pour revêtir le pyjama de l'hôpital, les effets peuvent aussi être examinés indépendamment.

A leur arrivée, les policiers s'assurent qu'aucun objet illicite n'est placé dans la chambre. La présence de faux plafonds, contraire au cahier des charges annexé à la circulaire relative « à l'aménagement ou à la création des chambres sécurisées dans les établissements publics de santé », précédemment cité, constitue à cet égard une difficulté.

Bonne pratique

Lors de leur admission, aucune fouille intégrale n'est effectuée par la police sur les patients compte tenu des contrôles dont ces personnes ont préalablement fait l'objet. Cette bonne mesure est respectueuse de leur dignité.

3.4.2 L'accueil médical

Le patient détenu est pris en charge par le personnel infirmier qui établit un recueil de données et procède à la prise des paramètres vitaux. Le patient détenu reçoit un nécessaire de toilette comprenant une brosse à dents, du dentifrice, une serviette de bain et un gel nettoyant. Le personnel soignant lui remet également une bouteille d'eau et un verre. En revanche, le patient ne reçoit pas le livret d'accueil du CHU. En outre, aucun document spécifique n'a été élaboré pour ces patients.

Selon les propos recueillis, le praticien en charge de l'intervention ne vient pas systématiquement rencontrer le patient lors de son admission, au prétexte que ce dernier a déjà été reçu au cours d'une consultation externe. L'accueil est assuré principalement par le personnel infirmier qui se trouve parfois démuni pour répondre aux questions du patient et apaiser ses angoisses.

Recommandation

Lors de son admission, le patient doit être en mesure de pouvoir s'entretenir avec le praticien en charge de son suivi afin d'obtenir des renseignements complémentaires et des réponses à ses questions concernant son intervention et le déroulement de son hospitalisation. De même, un livret d'accueil devrait lui être remis.

4. LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS**4.1 LA PRISE EN CHARGE MEDICALE ET L'ORGANISATION DES SOINS : DES CONDITIONS D'EXERCICE PORTANT ATTEINTE AU SECRET MEDICAL ET A LA DIGNITE DU PATIENT**

Comme indiqué *supra*, les chambres sécurisées sont des chambres polyvalentes médico-chirurgicales. Les personnes hospitalisées sont systématiquement sous la responsabilité médicale du praticien hospitalier dont relève leur pathologie ; ce dernier en assure le suivi et la prise en charge.

En principe, ce praticien consulte dans la chambre sécurisée. Selon les propos du personnel soignant, le rideau de la paroi vitrée est systématiquement relevé durant les consultations et les soins. La porte de la chambre est également laissée entrouverte. Une infirmière a cependant reconnu que, compte tenu de l'agressivité des patients, elle n'était pas certaine de vouloir que les soins se déroulent rideau et porte fermés. Ce climat d'agressivité est, en grande partie, lié au fait que les patients ne disposent pas de téléviseur, de revues ou d'un poste de radio, et ne sont pas autorisés à sortir pour fumer. A cet égard le personnel soignant a tenu les propos suivants : « *C'est la rupture brutale avec la maison d'arrêt qui génère des frustrations et de l'agressivité qui se reportent sur nous* ».

Le personnel soignant déplore de ne pas bénéficier d'une formation portant sur la prise en charge de cette population. En outre, aucune formation sur la gestion de l'agressivité ne leur est proposée. Bien souvent les soins se déroulent dans un climat teinté d'appréhension et d'agressivité.

Selon les témoignages du personnel soignant, lorsque le patient détenu doit se rendre au bloc opératoire ou bénéficier d'une consultation dans un autre service, il est systématiquement menotté, accompagné par un brancardier et deux fonctionnaires de police.

Recommandation

Il est regrettable que le personnel soignant ne bénéficie pas de formations portant sur la gestion de l'agressivité et sur la prise en charge de la population pénale. En conséquence les soins se déroulent dans des conditions qui portent atteinte au secret médical et à la dignité des patients.

4.2 UNE SURVEILLANCE CONSTANTE DES PATIENTS DETENUS AU DETRIMENT DE LEUR DIGNITE ET DE LEUR INTIMITE

La surveillance des patients est assurée par les policiers installés dans le sas.

Ces agents ne disposent pas d'information particulière sur la personne détenue hormis l'infraction commise et son éventuel classement comme « détenu particulièrement signalé » (DPS). Le niveau d'escorte décidé au sein de la maison d'arrêt par l'administration pénitentiaire ne leur est pas communiqué, sans que cela ne leur paraisse rédhibitoire.

Aucune caméra de vidéosurveillance n'est installée dans les chambres. Cette mesure respecte l'intimité des personnes et évite qu'elles soient en permanence sous l'œil d'un objectif.

Il a été indiqué que le rideau de la baie vitrée restait ouvert en permanence et que la porte l'était durant les soins (cf. *supra*).

Le chef du service de sécurité de proximité a rappelé que les consignes données aux fonctionnaires étaient d'abaisser les rideaux et de fermer la porte durant les soins pour préserver l'intimité et la dignité des patients mais que les charges de l'encadrement ne permettaient pas d'en contrôler l'exécution.

Recommandation

Durant les soins, le rideau de la baie vitrée donnant dans la chambre devrait être abaissé et la porte d'entrée de cette pièce devrait être fermée pour respecter le secret médical et la dignité des patients. Les responsables de la police devraient s'assurer que les consignes données, allant dans ce sens, sont effectivement appliquées.

Lors des déplacements au sein du centre hospitalier pour des examens dans d'autres services, les deux policiers escortent les patients. Il a été indiqué que le recours aux menottes n'était pas systématique mais était adapté au risque ; il appartient aux policiers assurant la mission de le définir. Ainsi, des personnes détenues pouvaient ne pas être menottées lors de ces mouvements ; le témoignage des soignants semble toutefois démontrer que cette exception devient malheureusement la règle (cf. § 4.1 *supra*).

Bonne pratique

Le recours non systématique au menottage lors des déplacements au sein du centre hospitalier est une règle judicieuse qui permet d'adapter, au cas par cas, l'usage des moyens de contrainte au risque. Les responsables de la police devraient toutefois s'assurer de sa bonne exécution.

5. LA GESTION DE LA VIE QUOTIDIENNE

5.1 DES LIENS FAMILIAUX INEXISTANTS DURANT L'HOSPITALISATION

5.1.1 L'information des familles

Les familles ne sont pas informées de l'hospitalisation.

Comme indiqué auparavant (cf. § 3.3.1), les personnes détenues bénéficient de la confidentialité de leur admission et aucune information n'est donnée par l'hôpital. Il a été indiqué que les personnes gardées à vue hospitalisées en bénéficiaient également lorsque leur admission intervenait postérieurement au début de cette mesure.

Les familles, qui connaissent fréquemment l'existence des chambres sécurisées, se présentent parfois dans l'unité mais les policiers et les soignants les refoulent.

5.1.2 Les visites

Aucune visite n'est acceptée durant l'hospitalisation des personnes détenues ou gardées à vue.

5.1.3 Le téléphone

Aucune possibilité de téléphoner n'est permise.

Aucun téléphone ne peut être installé dans la chambre et celui en place dans le sas est à la seule disposition des policiers pour les besoins du service.

Recommandation

Il est regrettable que les liens familiaux soient interrompus durant la durée de l'hospitalisation alors que cette période, même limitée à 48 heures, peut constituer une source d'inquiétude pour les proches et un isolement pour le patient. Cette situation ne peut qu'être génératrice d'angoisse. Les droits dont la personne détenue dispose en détention, pour les visites et l'accès au téléphone, devraient être maintenus durant son séjour en chambre sécurisée.

5.2 DES REGLES DE VIE N'AUTORISANT AUCUNE ACTIVITE

5.2.1 La possibilité de fumer

L'interdiction de fumer dans les locaux de l'hôpital, que doivent respecter tous les patients, les visiteurs et les personnels y travaillant, s'applique également dans les chambres sécurisées.

Il s'agit là, souvent, d'une difficulté majeure pour les personnes détenues, habituées à fumer dans leur cellule, à la maison d'arrêt. Certaines refusent même l'hospitalisation ou demandent une sortie anticipée (contre la signature d'une décharge). Selon les informations recueillies, cette interdiction crée rapidement des tensions.

Des substituts nicotiniques sont proposés au cours de l'hospitalisation.

Recommandation

Une information des personnes détenues sur les règles applicables lors de l'hospitalisation, dont l'interdiction de fumer, devrait être délivrée au sein de la maison d'arrêt, préalablement à l'admission dans les chambres sécurisées, et un traitement par substituts nicotiniques devrait être anticipé pour toutes les admissions programmées.

5.2.2 La restauration

Les personnes admises dans les chambres sécurisées bénéficient des mêmes repas que les autres patients. Ils disposent, comme eux, de couverts en plastique à l'exception notable du couteau. Les soignants ont indiqué que les aliments étaient alors prédécoupés.

Recommandation

Le retrait du couteau ne devrait pas être systématique, d'autant qu'il est en plastique, mais ne devrait être décidé qu'au cas par cas, en fonction de l'évaluation du risque.

5.2.3 Les incidents

Comme évoqué *supra* (cf. § 4.1), les soignants ont indiqué que les contacts avec les personnes détenues sont souvent difficiles en raison des conditions de vie dans les chambres sécurisées, de l'interdiction de fumer et de l'absence de toute activité.

Des destructions de matériels et des agressions verbales ont été signalées. Les soignants prennent ainsi des précautions avant leur entrée dans ces chambres en retirant notamment tout élément permettant leur identification pour éviter des représailles.

5.2.4 Les activités

Aucune activité n'est possible durant l'hospitalisation.

Aucun téléviseur, aucun poste de radio, aucun livre, aucun jeu ne sont à la disposition des patients. L'ennui règne.

Pour les personnes détenues, ce régime est pire que celui imposé au quartier disciplinaire où elles peuvent notamment disposer d'un poste de radio prêté par l'administration pénitentiaire.

Recommandation

L'absence de toute occupation, si minime soit-elle, crée une tension forte et est génératrice d'incidents. Un téléviseur devrait être installé dans chaque chambre sécurisée ou, au minimum, un poste de radio devrait être prêté pour la durée du séjour. Des livres ou des revues devraient pouvoir être amenés par les patients.

5.3 L'ACCES AUX DROITS**5.3.1 Les avocats et les visiteurs de prison**

Les avocats se rendent parfois dans les chambres sécurisées lorsque les personnes gardées à vue y sont admises. Tel n'est pas le cas pour les personnes détenues.

Les visiteurs de prison ne viennent pas à l'hôpital.

5.3.2 L'accès à un culte

Selon les informations recueillies, un aumônier exerçant à l'hôpital pourrait être sollicité si une personne le demandait. Tel n'a cependant jamais été le cas d'autant plus qu'aucune information sur ce sujet n'est transmise au patient.

5.4 LA SORTIE DES CHAMBRES SECURISEE : UN CIRCUIT ORGANISE**5.4.1 Du point de vue médical**

A la sortie du patient, un certificat médical est établi en double exemplaire par le médecin responsable attestant que son état de santé est compatible soit avec la détention en maison d'arrêt, soit avec une garde à vue dans les locaux des forces de l'ordre. Le certificat est accompagné des documents nécessaires à la continuité de la prise en charge. Pour une personne détenue, le secrétariat se met en relation avec l'unité sanitaire ainsi que le service du greffe de la maison d'arrêt.

5.4.2 Du point de vue des forces de sécurité

A leur sortie, les personnes détenues sont prises en compte par les surveillants de l'administration pénitentiaire qui les reconduisent à la maison d'arrêt. Les policiers attendent leur arrivée pour lever le service.

6. LES RELATIONS ENTRE LES PERSONNELS ET LES PATIENTS

Comme indiqué précédemment, les relations entre le personnel soignant et les patients sont empreintes d'agressivité et les soins se déroulent dans un climat de tension. Selon les propos recueillis, « *le personnel soignant du CHU aurait une représentation biaisée du patient détenu qu'il conviendrait de démystifier* ». Les contrôleurs observent que l'arrivée d'une personne détenue menottée, voire entravée, et escortée par des surveillants pénitentiaires revêtus d'un gilet pare-balles, quel que soit son niveau de dangerosité, peut créer un sentiment d'appréhension chez des soignants.

En outre, cela induit des pratiques inadaptées et contraignantes pour le patient. A titre d'exemple, le personnel soignant refuse d'installer des pieds mobiles à perfusion dans les chambres sécurisées, au prétexte que le patient détenu pourrait s'en servir comme une arme. En conséquence, le patient ne peut pas se déplacer dans sa chambre.

Les relations entre les patients et les forces de police peuvent être également tendues. Elles se traduisent par des agressions verbales à l'encontre des fonctionnaires.

Selon les propos recueillis, les relations entre le personnel soignant et les fonctionnaires de police ne posent aucun problème.

7. LES RELATIONS ENTRE LE CHU ET L'UNITE SANITAIRE DE LA MAISON D'ARRET DE VARCES

Il n'a pas été fait état de difficultés particulières. Il existe une bonne collaboration entre le cadre de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt et celui du service d'hospitalisation, des échanges informels ont lieu fréquemment. A titre d'exemple, l'élaboration du document portant sur le circuit du patient sera le fruit d'un travail commun entre les deux services.

Annexes