



**Rapport de synthèse :**

---

**Chambres sécurisées**  
**Des établissements de**  
**santé**

Aout 2016-Décembre 2017

Entre le 1<sup>er</sup> août 2016 et le 31 décembre 2017, le contrôle général des lieux de privation de liberté (CGLPL) a procédé à la visite de dix-sept établissements de santé (ETS) disposant de chambres sécurisées. Dans un ETS ces chambres n'étaient plus en fonction depuis plusieurs années et dans un second celles-ci n'ont jamais été mises en service. Les analyses qui suivent portent en conséquence sur 15 ETS. (Liste jointe en annexe)

Le texte auquel les contrôleurs se réfèrent pour ces visites est la circulaire publiée le 13 mars 2006, relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées<sup>1</sup>.

Les contrôleurs ont pu exercer leurs fonctions dans des conditions satisfaisantes. Ils ont été reçus par les directeurs des centres hospitaliers (CH) ou leur représentant, ainsi que par les responsables des services dans lesquels sont installées ces chambres.

**Les données d'activité de ces chambres montrent des taux d'occupation (TO) très faibles.** Le calcul s'est avéré très difficile, peu d'établissements de santé ayant pu communiquer des données sur cette seule activité. Aussi les TO ont été calculés en prenant en compte une durée de séjour des patients de 48h ce qui est la durée légale à ne pas dépasser. Sur ces bases les TO varient de 0,9% à 4%, la moyenne s'établissant à 1.9%. Or il convient de noter que la plupart de ces séjours sont de moins de 24h et quelques patients très exceptionnellement peuvent séjourner plusieurs jours. Le CHU de Fort-de-France a été exclu de ces calculs les règles régissant l'unité de soins correspondante différant du fait de l'absence d'UHSI. Les patients peuvent en effet être hospitalisés au-delà de 48h. Pour 46% de ces ETS les chambres accueillent également des personnes gardées à vue.

Dans la majorité des cas le délai de 48h au-delà duquel les patients doivent être transférés dans une unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) est respecté, voire une grande partie des séjours sont inférieurs à 24h.

---

<sup>1</sup> Circulaire DAP 13-03-2006 NOR : JUSK0640033C

## 1. LES CONSTATS

Les principaux constats résultant des visites réalisées au cours de cette période portent sur des aspects fonctionnels et organisationnels et sur les modalités de prise en charge de ces patients.

### 1.1 DES DOCUMENTS CADRES HETEROGENES VOIRE INEXISTANTS NUISANT A LA LISIBILITE DE L'ORGANISATION

#### 1.1.1 Procès-verbal d'installation (circulaire du 13 mars 2006 chapitre 2. § 2.3.5)

L'ouverture de toute chambre sécurisée, doit faire l'objet d'un procès-verbal d'installation établi par l'agence régionale de santé (ARS), la direction interrégionale des services pénitentiaires (DRSP) la direction départementale de la sécurité publique (DDSP) ou le groupement de gendarmerie départemental. Celui-ci est transmis au préfet pour validation. Ce document officialise l'ouverture de celles-ci, garantissant leur conformité au cahier des charges figurant en annexe de la circulaire sus citée.

Sur les 16 contrôles effectués seuls trois procès-verbaux d'installation ont été communiqués. L'absence de document ne permet pas de vérifier si la conformité de ces lieux est bien en accord avec le texte correspondant.

#### 1.1.2 Document cadres

Les contrôles effectués ont permis d'identifier un certain nombre d'initiatives en vue de préciser les modalités de prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé.

Celles-ci portent sur la rédaction des documents suivants.

- 1) Des protocoles d'accord tri- ou quadri-partite relatifs aux gardes des personnes détenues hospitalisées. Ils sont le plus souvent conclus entre la préfecture, la police nationale, l'administration pénitentiaire et l'établissement de santé. En effet même si les relations entre ces intervenants apparaissent globalement satisfaisantes, ceux-ci permettent de préciser leur rôle et leur intervention dans la procédure de prise en charge de ces patients. Dans les faits ces protocoles sont la déclinaison de Convention santé sécurité justice.

Cette convention n'est pas réglementaire mais figure dans les recommandations des ministères concernés depuis 2010. Sa nécessité est rappelée dans l'instruction du 4 novembre 2016. Elle n'est pas dédiée spécifiquement à la situation des détenus mais liée au plan de sécurité de l'ETS.<sup>2</sup> Il est néanmoins opportun que la situation des détenus soit systématiquement abordée.

Les ministères de l'intérieur et de la santé ont conclu en 2005 un protocole modifié en 2010 en y associant le ministère de la justice notamment pour que chaque ETS désigne un « référent sûreté » dont la mission consiste à apporter des conseils en matière de prévention, l'installation d'un système d'alerte ou encore l'organisation de circuits particuliers pour certains patients. Les services d'urgences sont particulièrement concernés par ces mesures.

A cette fin, il a été demandé localement de décliner des protocoles départementaux et des conventions santé-sécurité-justice à conclure entre les ETS, la police et la justice. Ce sont ces mêmes conventions que certains établissements de santé ont utilisées pour préciser les mesures de sécurité prises pour l'accueil des personnes détenues aux urgences voire dans tout service ou

---

<sup>2</sup> Instruction no SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé

elles sont susceptibles d'être prises en charge.

- 2) Des procédures internes aux établissements de santé précisant les modalités de prise en charge de ces patients par les soignants au sein des chambres sécurisées. Ces procédures peuvent s'identifier à la convention de fonctionnement des chambres sécurisées que tous les ETS devraient rédiger. Cette convention ne figure également dans aucune recommandation. Celle-ci permet de préciser les modalités d'accueil et de prise en charge des patient détenus au sein des chambres sécurisées tant par les forces de police que par le personnel soignant et médical. Elle permet également de lister les droits de ces personnes et les moyens de les respecter. Cette convention doit être cosignée par la police et l'administration pénitentiaire.
- 3) Des procédures plus spécifiques concernant la prise en charge des patients détenus au sein des établissements de santé de leur arrivée à leur sortie. Sont concernés les services d'urgences, de consultations spécialises, les blocs opératoires, etc. Sur les 16 ETS, huit ont rédigé des procédures portant notamment sur la prise en charge des patients aux urgences, au bloc opératoire et à l'admission en chambres sécurisée mais ces documents sont très différents selon les ETS. Un ETS a conclu un protocole avec d'autres partenaires dont la police et la justice, protocole de fait correspondant à la convention santé sécurité justice suscitée et seuls trois ETS ont rédigé une convention relative au fonctionnement des chambres sécurisées. Le bilan est très mitigé

**A ce jour aucun texte, ne préconise de rédiger ce type de document. Aucun document cadre de référence n'existe. L'absence de ce type de procédure nuit à une prise en charge de qualité de ces patients**

## 1.2 UNE INFORMATION TRES SOMMAIRE DES PERSONNES DETENUES SUR LEURS CONDITIONS D'HOSPITALISATION

### 1.2.1 Livret d'accueil à l'unité de soins en milieu en milieu pénitentiaire (USMP)

Les contrôleurs ont constaté que l'information fournie aux patients avant l'hospitalisation est globalement insuffisante, ceux-ci arrivant le plus souvent à l'hôpital sans avoir connaissance des règles régissant l'hospitalisation dans une chambre sécurisée. Les conditions de sécurité de l'administration pénitentiaire impliquent effectivement que les dates d'hospitalisation ne soient pas communiquées aux personnes détenues pour éviter le risque d'information de tierces personnes. Les hospitalisations nécessitant préalablement une préparation des patients sont exclues de ces règles.

Quelques unités de soins en milieu en milieu pénitentiaire (USMP) ont rédigé un livret d'accueil incluant ces conditions, ce livret étant remis aux personnes détenues à leur entrée en détention.

Seul un établissement de santé a rédigé une fiche spécifique permettant aux personnes détenues d'être informées du fonctionnement des chambres sécurisées et des conditions d'hospitalisation. Une pareille fiche devrait être rédigée dans le cadre du livret d'accueil de chaque unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) et remise à toute personne détenue entrante.

**Ce type de livret devrait être généralisé et une information orale devrait être délivrée à tout patient susceptible d'être hospitalisé, la date de l'hospitalisation n'ayant pas de conséquence sur la communication qu'il y a lieu de mettre en œuvre.**

### 1.2.2 Règlement intérieur (RI) de l'ETS

Dans la majorité des ETS le règlement intérieur (commun à l'ensemble des services) est communiqué aux personnes détenues une fois leur hospitalisation effective, voire se trouve à leur disposition dans la chambre.

Ce RI s'il apporte un certain nombre d'informations sur les règles générales régissant l'hospitalisation dans l'ETS, n'aborde jamais la question des spécificités liées aux chambres sécurisées.

**La communication du règlement intérieur des ETS aux patients détenus est nécessaire mais devrait être complétée d'une information sur ce lieu d'hospitalisation spécifique.**

## 1.3 DES AMENAGEMENTS DES CHAMBRES SECURISEES QUI NE REPONDENT PAS TOUTES AU CAHIER DES CHARGES ANNEXE A LA CIRCULAIRE VOIRE LE TRANSGRESSENT PAR DES MESURES EXCESSIVES.

### 1.3.1 Configuration et équipement des chambres

Les chambres sécurisées sont installées pour 11 d'entre elles au sein de l'unité d'hospitalisation de soins de courte durée des urgences (UHCD) ou à proximité. Quatre sont installées dans un service de chirurgie et une dans un service de médecine. Lorsque ces chambres nécessitent une réhabilitation, le secteur des urgences est le plus souvent privilégié.

Leur configuration est très variable d'un ETS à un autre et dépendante des recommandations de la police, de l'administration pénitentiaire et de la préfecture. Certaines préconisations retenues vont bien au-delà des recommandations du cahier des charges annexé à la circulaire sus citée.

Toutes sont équipées d'interrupteur pour l'éclairage et de systèmes d'appel mais, pour des raisons de sécurité, sauf dans un cas, les commandes sont placées dans le sas de surveillance de la police, la personne détenue étant dépendante du personnel d'escorte. Une chambre n'est pas équipée d'accès aux fluides médicaux pourtant obligatoire dans toute chambre médicalisée.

Les chambres sécurisées sont rarement équipées de placards de rangement (1/16) ce qui contraint les personnes détenues à entreposer leurs effets personnels dans un sac plastique ou directement au sol.

Les sanitaires de 50% de ces chambres ne sont pas conformes ou ne respectent pas l'intimité des patients.

Dans plusieurs cas (au moins 3/16) et notamment pour les équipements les plus récents, les sanitaires sont équipés d'un bloc inox unique incluant sur le bas les toilettes et sur le haut le lavabo. Cet équipement est identique à celui installé dans les quartiers disciplinaires. Il est surprenant d'équiper une chambre médicalisée avec ce type de matériel défiant toutes les règles d'hygiène. Certains de ces sanitaires ne sont pas équipés de miroir pour des motifs de sécurité alors que des matériaux existent pour prévenir ces risques.

Les sanitaires ne sont pas tous équipés d'une douche, ce qui nécessite d'accompagner les patients dans une salle de bains distante (le plus souvent éloignée de l'unité), sous escorte, le patient étant menotté. Parfois, rien n'est prévu pour pallier cette absence.

Enfin l'intimité du patient lorsqu'il fait usage des installations sanitaires n'est pas toujours garantie. Dans certains ETS (5/16) les escortes disposent d'un oculus offrant une vue directe sur l'ensemble de l'espace sanitaire depuis le sas de surveillance. Dans deux ETS les aménagements sanitaires sont situés dans la chambre sans aucun cloisonnement et à la vue directe des escortes.

L'équipement matériel des chambres est lui aussi très hétérogène : certaines disposent de mobilier, notamment de table d'alité (7/16), et d'autres n'ont qu'un lit, deux d'entre elles n'étant pas médicalisées, en dérogation au principe de l'équipement médical de ce type de chambre (rappelé dans la circulaire) et source de risque pour les patients selon leur pathologie.

Concernant les repères spatio-temporels aucune chambre n'a d'horloge, une seule est équipée de poste de radio et 4/16 seulement sont équipées d'une télévision.

**Le cahier des charges annexé à la circulaire est très général laissant, *in fine*, à l'appréciation de chaque partenaire le choix de la configuration des chambres sécurisées et de leur équipement, il serait nécessaire que sur l'ensemble des points relevés lors de ces visites contrevenant aux droits de ces personnes hospitalisées et pouvant constituer un risque pour leur prise en charge, les ministères concernés s'accordent sur un nouveau cahier des charges, plus précis, permettant l'installation d'équipements propres à améliorer la prise en charge des patients.**

#### 1.4 LES DROITS DES PERSONNES DETENUES HOSPITALISEES NON RESPECTES

Les personnes détenues disposent du droit reconnu par la loi<sup>3</sup> de correspondre par écrit avec toute personne ou autorité de leur choix, par téléphone avec leurs proches, de recevoir des visites et de contacter leur avocat. Ces droits ne sont pas suspendus par l'hospitalisation.

Or dans la majorité des ETS les possibilités de téléphoner, de recevoir de la visite, de recevoir ou adresser du courrier, d'accéder à un culte et de recevoir son avocat ne sont pas organisées, au motif que la durée relativement brève des hospitalisations ne justifie pas ces démarches. Ces questions, si elles se posent, sont traitées par certains ETS au cas par cas, voire pour d'autres par méconnaissance des textes, sont laissées sans réponse, alors qu'elles devraient faire l'objet de procédures écrites et concertées avec l'ensemble des partenaires concernés. La convention relative au fonctionnement des chambres sécurisées (citée au § 1.1.2 - Documents cadres) devrait intégrer les modalités d'application de ces droits.

L'interdiction de fumer au sein des ETS conduit dans la majorité des cas à proposer aux patients un traitement de substitution nicotinique. En effet, compte tenu de la configuration des locaux aucun espace fumeur ne peut être aménagé. L'interdiction générale de fumer est effectivement pour tout établissement de santé une règle à laquelle aucune dérogation n'est possible, mais c'est une vraie difficulté pour des patients qui ne peuvent librement circuler.

Dans la majorité des cas aucune activité n'est proposée, à l'exception parfois de quelques magazines laissés dans le sas et non renouvelés. Les patients placés en chambre sécurisée ne sont que très rarement (1/16) autorisés à apporter des livres ou magazines. Cette absence totale d'activité rend les conditions d'hospitalisation plus rigoureuses que les conditions d'incarcération : même au quartier disciplinaire, les personnes détenues disposent au moins d'une radio, d'un nécessaire à correspondance et de livres.

---

<sup>3</sup> Articles 35, 39 et 40 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009

**Le contenu même du quotidien des patients-détenus et leur singularité sont ignorés. L'absence d'activité constituée, avec l'interdiction de fumer, la cause principale des tensions, incidents et refus d'hospitalisation.**

## **1.5 UNE PRISE EN CHARGE MEDICALE QUI NE RESPECTE PAS TOUJOURS LA CONFIDENTIALITE DES SOINS**

### **1.5.1 Anonymisation des séjours**

Sauf quelques exceptions (4/16) la plupart des établissements visités fait preuve d'un réel souci d'assurer la confidentialité de l'hospitalisation des personnes détenues, en garantissant leur anonymat par la mise en place de procédures de confidentialité lors de l'enregistrement du patient.

### **1.5.2 Modalités d'accueil, de prise en charge médicale et de surveillance dans les services d'urgences**

Dans tous les ETS visités l'accueil est réalisé aux urgences.

Les conditions de cet accueil sont très hétérogènes. Certains ETS (75%) ont organisé des circuits spécifiques d'arrivée aux urgences, permettant de soustraire ces patients, le plus souvent menottés, de la vue du public. Des box isolés (box sécurisés ou non) permettent d'éviter l'attente des patients détenus avec le public. La configuration et l'équipement de ces box devraient faire l'objet de recommandations nationales.

La majorité des examens se déroule en présence des surveillants pénitentiaires quel que soit le niveau d'escorte retenu et le type d'examen pratiqué. Ceux-ci arguent du fait que les box de consultations ne sont pas sécurisés. Cette exception qui devient la règle ne semble plus interroger qui que ce soit (soignant, médecin...). Aucun échange entre les partenaires, aucune procédure écrite, n'ont été communiqués.

### **1.5.3 Prise en charge médicale et surveillance au sein de la chambre sécurisée**

Dans au moins 50% des cas les soins dispensés dans la chambre sécurisée sont réalisés porte ouverte ou entrouverte sur le sas de surveillance de la police, quelle que soit la dangerosité réelle ou supposée de la personne. Il arrive parfois que le personnel d'escorte soit systématiquement présent dans la chambre pendant les soins (2 cas sur 16). Lorsque la porte est fermée, les soins sont réalisés à minima avec l'oculus non occulté. Seuls deux ETS délivrent des soins aux personnes détenues hors la présence de l'escorte, porte fermée et rideaux occultant fermés.

### **1.5.4 Prise en charge médicale et surveillance lors de consultations spécialisées**

Lorsque des patients nécessitent une consultation spécialisée ne pouvant être réalisée dans la chambre sécurisée, les mouvements de ces patients au sein de l'hôpital s'effectuent systématiquement menottés, quel que soit leur profil. Les menottes ne sont pas toujours retirées lors des consultations et peuvent être doublées d'entraves. Ces moyens de contrainte sont le plus souvent renforcés par la présence de l'escorte qui assiste dans la majorité des cas aux consultations sans que personne, à de rares exceptions, ne s'y oppose.

### 1.5.5 Confidentialité des soins

**Ces pratiques observées dans les services d'urgence, lors de consultations spécialisées voire dans une moindre proportion lors des soins dans les chambres sécurisées, constituent de graves atteintes au secret médical, rarement proportionnées avec les risques ou la dangerosité réels ou supposés présentés par le patient détenu.** Les médecins et soignants rencontrés par les contrôleurs ont indiqué en grande majorité cautionner ces mesures voire même souvent les solliciter en raison de la crainte inspirée par ces patients, sans s'interroger plus avant sur le respect de la confidentialité des soins.

**Ces pratiques dénoncées depuis plusieurs années perdurent voire s'aggravent sans qu'aucune mesure ne soit mise en place pour y remédier.** Chaque administration raisonne selon sa propre logique, la sécurité primant dans la majorité des cas sur le soin. Les contrôleurs déplorent l'absence d'échange entre les partenaires et le manque d'information de ceux-ci sur les règles qu'ils appliquent. Pourtant quelques rares exemples (un ETS/16) montrent que des solutions peuvent être trouvées.

Il est nécessaire que les personnels soignant et médical mais également le personnel administratif, pouvant être amenés à prendre en charge des patients détenus, reçoivent une information préalable sur cette population, sur ses droits et sur les contraintes de l'administration pénitentiaire et de la police. Le dialogue est le seul moyen de remédier à des situations dont ces patients sont *in fine* les seules « victimes ».

## CONCLUSION

Ces quelques constats montrent la nécessité urgente de réviser très rapidement la circulaire du 13 mars 2006 et son annexe. Aucune modification n'a en effet été apportée à ce texte depuis cette date.

Cette circulaire ne portant que sur l'aménagement ou la création de chambres sécurisées il est nécessaire de la compléter par une instruction traitant des modalités de prise en charge médicale des patients détenus, précisant les missions et rôle des différents partenaires. Le guide méthodologique relatif à la prise en charge des personnes placées sous-main de justice pourrait être un excellent support à ces recommandations.

Enfin il est indispensable de rappeler à tout praticien ou soignant que la dispensation des soins aux personnes détenues obéit aux mêmes règles que pour tout patient concernant le droit à la confidentialité des soins.



## ANNEXE

### Liste des établissements de santé contrôlés Juillet 2016 à décembre 2017

#### ANNEE 2016

CH Toul	<i>Aout 2016</i>
CH Nanterre	<i>Septembre 2016</i>
CH Mont de Marsan	<i>Septembre 2016</i>
CH La Roche-sur-Yon	<i>Décembre 2016</i>

#### ANNEE 2017

CH Châlons-sur-Saône	<i>Janvier 2017</i>
CH Tulle	<i>Février 2017</i>
CH Aulnay sous-bois	<i>Avril 2017</i>
CHU Amiens	<i>Avril 2017</i>
CH La Rochelle	<i>Mai 2017</i>
CHU Reims	<i>Juin 2017</i>
CHU Strasbourg	<i>Juin 2017</i>
CH Beauvais	<i>Juillet 2017</i>
CH Riom	<i>Juillet 2017</i>
CH Valence	<i>Juillet 2017</i>
CH Agen	<i>Septembre 2017</i>
CHU Fort de France	<i>Octobre 2017</i>
CH Tours	<i>Décembre 2017</i>