



Rapport de synthèse :

Prise en charge sanitaire des personnes détenues dans les établissements de santé

Janvier - Décembre 2018

INTRODUCTION

Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2018, le contrôle général des lieux de privation de liberté (CGLPL) a procédé à **la visite de treize établissements de santé (ETS) accueillant des personnes détenues et dotés de chambres sécurisées**. Dans un ETS (centre hospitalier de Maubeuge) les deux chambres référencées dans la circulaire du 13 mars 2006 n'ont jamais été installées.

Les textes auxquels les contrôleurs se réfèrent pour ces visites sont l'instruction du 19 décembre 2017 relative à la publication du guide méthodologique pour la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice¹ et la circulaire du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées².

Le CGLPL a revu en 2018 le cahier des charges afférant à ces visites, celui-ci intégrant dorénavant les modalités des prises en charge non seulement en hospitalisation mais également en ambulatoire.

Le cadre de ces visites, portant sur les modalités d'accueil et de prise en charge des personnes détenues requérant des soins en milieu hospitalier, n'est donc plus limité aux seules hospitalisations. Il inclut en conséquence les services d'urgence, les secteurs de consultations, le plateau medico-technique et les secteurs ambulatoire et d'hospitalisation. Les conditions d'hospitalisation au sein des chambres sécurisées, lorsqu'elles existent, font l'objet d'un développement spécifique.

Les contrôleurs missionnés ont pu exercer leur fonction dans des conditions satisfaisantes. Ils ont été reçus par les directeurs des centres hospitaliers (CH) ou leurs représentants, et ont pu rencontrer les responsables des services hospitaliers concernés.

¹ Instruction interministérielle N°DGS/SP/DGOS/DSS/DGCS/DAP/DPJJ/2017/345 du 19 décembre 2017 relative à la publication du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice.

² Circulaire DAP 13-03-2006 NOR : JUSK0640033C.

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. Un certain nombre de constats figurent déjà dans les rapports de synthèse des années précédentes. Ceux-ci étant toujours d'actualité, il est apparu essentiel de les rappeler.

1.1 DES DOCUMENTS CADRES HETEROGENES VOIRE INEXISTANTS NE PERMETTANT PAS DE GARANTIR DES PRISES EN CHARGE ADAPTEES ET DE QUALITE

1.1.1 Documents cadres

Les contrôles effectués ont permis d'identifier un certain nombre de documents cadre, rédigés à l'initiative des ETS, l'objectif étant de préciser, les modalités de prise en charge des personnes détenues au sein de ces établissements et le rôle des différents intervenants.

Ceux-ci portent sur la rédaction :

- **de protocoles d'accord tri ou quadripartite relatifs à l'accompagnement et aux gardes des personnes détenues admises dans un centre hospitalier.** 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, ces protocoles permettent de préciser leur rôle et leur intervention dans la procédure de prise en charge des patients détenus. Ces protocoles sont la déclinaison de la convention santé – sécurité – justice qui n'est pas réglementaire mais figure dans les recommandations des ministères concernés depuis 2010. Sa nécessité est rappelée dans l'instruction du 4 novembre 2016³. **Le CGLPL, dans ses recommandations, préconise l'intégration systématique de cette problématique spécifique dans ces protocoles. Aucun ETS contrôlés en 2018 ne l'a intégré.**
- **de procédures plus spécifiques** relatives à la prise en charge des patients détenus dans les services d'urgences et les secteurs de consultations spécialisées, et pour ceux requérant des examens spécialisés ou des interventions chirurgicales. Sur les 13 ETS contrôlés, seuls quatre ont rédigé des procédures portant notamment sur la prise en charge des patients aux urgences et au bloc opératoire. Ces documents sont très différents d'un établissement à un autre. Ces différences portent essentiellement sur les mesures de sécurité à prendre vis-à-vis de ces patients (pose ou non de menottes ou d'entraves, présence ou non de surveillants pénitentiaires ou d'agents de police), sans mention sur le bienfondé de celles-ci. Or ces mesures doivent être **strictement proportionnées au risque présenté par ces patients**, ce que rappelle le CGLPL dans son avis ci-dessous référencé⁴.
- **d'une convention de fonctionnement des chambres sécurisées** précisant les modalités de prise en charge de ces patients. Cette convention ne figure également dans aucune recommandation ; elle 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

³ Instruction no SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé.

⁴ Avis du CGLPL du 16 juillet 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé, JORF n° 0162 du 16 juillet 2015 Texte n° 148, NOR : CPLX1516614V.

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. Sur les 13 ETS contrôlés, seul un a communiqué cette convention.

1.1.2 Procès-verbal d'installation des chambres sécurisées

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 ci-dessous référencée⁵. Sur les 13 contrôles effectués seuls deux 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.

La rédaction de ce type de documents cadres doit être réglementée et faire l'objet de recommandations précisant le contenu de ceux-ci.

1.2 UNE INFORMATION TRES SOMMAIRE DES PERSONNES DETENUES SUR LEURS CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Les informations communiquées aux patients, avant une admission programmée dans un ETS, sont souvent très sommaires. Ces personnes arrivent le plus souvent à l'hôpital sans avoir connaissance des modalités d'accueil et de prise en charge en consultation ou en hospitalisation et des règles régissant l'hospitalisation dans une chambre sécurisée. Les conditions de sécurité de l'administration pénitentiaire imposent que les dates de consultation ou d'hospitalisation ne soient pas communiquées aux personnes détenues, évitant le risque d'information de tierces personnes, mais n'interdit aucunement que les patients soient informés et préparés en amont.

La rédaction d'une fiche spécifique, permettant aux personnes détenues d'être informées des conditions de prise en charge en ambulatoire et en hospitalisation et du fonctionnement des chambres sécurisées, répondrait à la nécessité légale d'information que tout citoyen doit recevoir avant toute intervention et serait de nature à limiter le nombre d'annulations. Cette fiche devrait être annexée au livret d'accueil de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) remis à toute personne détenue entrante. Cette information devrait être renouvelée à tout patient pour lequel ce type d'intervention est programmée.

De même si la majorité des ETS met à disposition des personnes détenues hospitalisées leur règlement intérieur (commun à l'ensemble des services), celui-ci, 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.

Aucun ETS sur les 13 visités en 2018 n'a mis en place ce type de pratique.

⁵ Circulaire DAP 13-03-2006 NOR : JUSK0640033C

1.3 DES AMENAGEMENTS DES CHAMBRES SECURISEES QUI NE REPONDENT QUE PARTIELLEMENT AU CAHIER DES CHARGES, VOIRE LE TRANSGRESSENT PAR DES MESURES EXCESSIVES

Ces chambres sont installées pour cinq 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 trois dans un service de médecine.

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.

L'équipement matériel de ces chambres est très hétérogène.

Toutes sont équipées d'interrupteur pour l'éclairage mais pour des raisons de sécurité sauf dans un cas, les commandes se font dans le sas de surveillance de la police, la personne détenue étant dépendante du personnel de garde. Toutes sont équipées d'accès aux fluides médicaux. Enfin, sauf sur un site, tous les systèmes d'appel sont reliés au sas de la police et non à la salle de soins comme toute chambre classique. **Les systèmes d'appel devraient être connectés directement avec la salle de soins.**

Les chambres sont rarement équipées de placards de rangement (2/12) ce qui contraint les personnes détenues à entreposer leurs effets personnels dans un sac plastique ou directement au sol. Certaines disposent de mobilier notamment de table d'alité (5/12) et d'autres n'incluent que le lit. Les lits sont tous médicalisés sauf un pour lequel la tête de lit est fixe.

Aucune chambre n'est équipée de repères spatio-temporels ; 2/12 sont équipées d'un poste de télévision.

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

Certains de ces sanitaires ne sont pas équipés de miroir pour des motifs de sécurité alors que des matériaux existent pour contrevenir à ces risques. Ces sanitaires ne sont pas tous équipés d'une douche ou de toilettes nécessitant d'accompagner les patients dans le lieu correspondant (le plus souvent à distance de l'unité), sous escorte, le patient étant menotté. Enfin l'intimité du patient lorsqu'il fait usage des installations sanitaires n'est pas toujours garantie, le positionnement des fenestrons permettant d'avoir une vue directe sur l'ensemble de l'espace sanitaire depuis le sas de surveillance.

Le cahier des charges annexé à la circulaire est très général laissant, in fine, à l'appréciation de chaque partenaire impliqué le choix de la configuration de ces chambres et de leur équipement. Il est 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 de ces patients.

1.4 DES DROITS DES PERSONNES DETENUES HOSPITALISEES NON RESPECTES

Les personnes détenues disposent du droit reconnu par la loi⁶ 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.

⁶ Articles 35, 39 et 40 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009

Or dans la majorité des ETS concernés 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, considérant que la durée relativement brève de ces 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.

La convention relative au fonctionnement de ces chambres citée au § 1.1.1 (documents cadres) doit 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. Cette proposition devrait être systématique. En effet, aucun espace fumeur, compte tenu de la configuration des locaux, ne peut être aménagé. Les hôpitaux sont par ailleurs tenus de respecter la réglementation⁷ en la matière, aucune dérogation n'étant possible. Il demeure que c'est une vraie difficulté pour des patients qui ne peuvent circuler librement.

Dans la majorité des cas aucune activité n'est proposée à l'exception parfois de quelques magazines laissés dans le sas et non renouvelés. Ces patients ne sont que très rarement (1/12) 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.

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

1.5 UNE PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE ET MEDICALE NE PRENANT PAS EN COMPTE LA SINGULARITE DES PATIENTS

1.5.1 Anonymisation des séjours

Il semblerait que la plupart des établissements visités fait preuve d'un réel souci d'assurer la confidentialité de la prise en charge des personnes détenues, en garantissant leur anonymat par la mise en place de procédures de confidentialité lors de leur enregistrement. Mais sauf pour quatre établissements les huit autres n'ont pu le confirmer.

L'anonymisation des séjours de ces patients en milieu hospitalier est un impératif.

1.5.2 Dossier patient informatisé (DPI)

La totalité des ETS contrôlés ont tous déployé un dossier patient informatisé (DPI) celui-ci devant, en toute logique, l'être également à l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) unité fonctionnelle dépendante du centre hospitalier. Cette fonctionnalité doit permettre la consultation des DPI de ces patients dans tous les services hospitaliers où ils peuvent être admis, évitant la circulation de dossiers papier par l'intermédiaire des surveillants pénitentiaires lors des admissions ou des sorties. Cette transmission électronique permet d'assurer la confidentialité des informations médicales échangées, ce en temps réel.

⁷ Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006

Malgré ces moyens de transmission électronique en place dans tous les ETS contrôlés, les informations continuent à être transmises sur plis cachetés.

La transmission électronique des informations médicales est à privilégier lorsque les systèmes en place le permettent.

1.5.3 Formation du personnel

Sur les 13 établissements de santé contrôlés en 2018 aucun n'avait mis en place de formation pour les personnels soignants et médicaux concernés. Seul un ETS a initié la possibilité de permutation sur la base du volontariat entre le personnel soignant du service des urgences et celui intervenant à l'USMP de l'EP. Cette initiative figure dans les bonnes pratiques relevées par le CGLPL.

Il serait important que les personnels soignants et médicaux mais également le personnel administratif pouvant être amenés à prendre en charge ce type de patients aient une formation préalable sur cette population, son statut, les règles la régissant, les droits de ces personnes et sur les missions et contraintes de l'administration pénitentiaire et de la police. Le dialogue est le seul moyen de remédier à ces situations dont ces patients sont in fine les seules « victimes ».

1.5.4 Modalités d'accueil, de prise en charge médicale et de surveillance

Quelques soient les services concernés par la prise en charge de ces patients, peu, voire aucun pour certains d'entre eux, n'ont prévu de modalités spécifiques pour l'accueil de cette population.

Ainsi les conditions d'accueil aux urgences sont très hétérogènes. Certains ETS (75%) ont organisé des circuits spécifiques d'arrivée, permettant de soustraire ces patients, le plus souvent menottés voire entravés, de la vue du public. Un ETS sur les 13 concernés a prévu un box spécifique sinon les autres services d'urgence s'organisent, à leurs dires, pour des prises en charge rapides évitant l'attente au sein du public. Les délais d'attente n'ont pu être communiqués.

La configuration et l'équipement de box d'urgence susceptibles d'accueillir des personnes détenues devraient faire l'objet de recommandations nationales. C'est un principe qui devrait être retenu pour tous les ETS accueillant ce type de patients.

De même la planification et la gestion des consultations et examens spécialisés programmés ne sont pas toujours organisées, au risque de perturber les autres consultations et d'engendrer des réactions d'insatisfaction des médecins et des soignants présents et d'irritation vis-à-vis de cette population déjà stigmatisée.

La planification et la gestion de ces actes doit faire l'objet de procédures concertées ente les établissements de santé et les établissements pénitentiaires.

1.6 UN NON-RESPECT DE LA CONFIDENTIALITE DES SOINS QUI PERDURE ET S'AGGRAVE

Les 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.

Ainsi, la majorité des examens réalisés aux urgences se déroule en présence des surveillants pénitentiaires quel que soit le niveau d'escorte retenu et le type d'examen pratiqué. Les patients arrivent le plus souvent menottés et entravés, les menottes étant maintenues, sauf examen complexe. Ceux-ci arguent du fait que les box de consultation ne sont pas sécurisés. Cette exception qui devient la règle ne semble plus interroger qui que ce soit (soignant, médecin...).

Concernant le déroulement des consultations ou examens spécialisés, les contrôles réalisés en 2018 dénoncent tous la présence systématique des surveillants pénitentiaires lors des examens cliniques quel que soit leur degré d'intimité. Les menottes ne sont pas toujours retirées et peuvent être doublées d'entraves. Lors de certains examens notamment concernant la sphère abdomino-pelvienne, des médecins ayant demandé aux surveillants de sortir se sont vus opposer un refus au motif des risques encourus en cas d'incident pouvant engager leur responsabilité. Ces conditions d'examens sont humiliantes pour ces patients et nuisibles à la qualité des prises en charge, obérant dans certains cas des gestes cliniques et toute possibilité de conduite des anamnèses portant sur la vie intime de ces personnes. Le refus de certains médecins d'examiner ces patients dans ces conditions a conduit à l'annulation de ces actes.

Enfin dans au moins 50% des cas, les soins dispensés dans la chambre sécurisée sont réalisés porte ouverte ou entrouverte, 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 12). 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. Aucun incident n'a été signalé.

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.

CONCLUSION

Un grand nombre des constats de ce rapport de synthèse confirme ceux des années précédentes sans qu'aucune recommandation voire modification des textes existants n'aient pour le moment été apportées par les pouvoirs publics pour les corriger.

Les modalités d'accueil et de prise en charge des personnes détenues nécessitant des soins somatiques en milieu hospitalier sont insuffisamment organisés et structurés, aucun document cadre officiel ne formalisant les attendus de celles-ci.

Cette absence de cadre national laisse toute latitude aux ETS de s'organiser ou non, voire l'hétérogénéité des organisations lorsqu'elle existent interroge sur le bienfondé de certaines.

L'absence de dialogue et de concertation, dument organisés, entre la santé, la justice et la police est observée chaque année conduisant à une méconnaissance de chaque partenaire de leurs missions chacun se référant à ses propres objectifs.

La prise en charge médicale respecte rarement la confidentialité des soins sans que plus personne ne s'interroge sur le pourquoi de cette situation.

La très faible activité observée quelque soient les actes et la durée très brève des hospitalisations, ne sauraient être des motifs de non-respect des droits de ces patients.

ANNEXE 1

Liste des établissements de santé contrôlés

Janvier à décembre 2018

Centre hospitalier Sambre Avesnois à Maubeuge	15 janvier 2018
Centre hospitalier universitaire d'Angers	7 février 2018
Centre hospitalier d'Avignon	14 février 2018
Centre hospitalier d'Arras (2 ^e visite)	9 mars 2018
Centre hospitalier du Mans (2 ^e visite)	5 et 6 avril 2018
Centre hospitalier de Moulins-Yzeure (2 ^e visite)	12 avril 2018
Centre hospitalier de Bretagne Sud à Lorient	5 juillet 2018
Centre hospitalier des Vals d'Ardèche à Privas (2 ^e visite)	12 septembre 2018
Centre hospitalier de Béthune	13 septembre 2018
Centre hospitalier de Cayenne	10 octobre 2018
Centre hospitalier de Laon	8 octobre 2018
Centre hospitalier de Châlons-en-Champagne	10 et 11 décembre 2018
Centre hospitalier d'Arles (2 ^e visite)	12 décembre 2018