



## **Chambres sécurisées**

**Centre hospitalier  
universitaire**

**Nîmes**

**(Gard)**

**22-23 juin 2011**

**Contrôleurs :**

- Betty Brahmy, chef de mission ;
- Jean Costil,
- Eric Thomas.

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 personnes détenues et retenues au centre hospitalier universitaire de Nîmes (Gard) les 22 et 23 juin 2011.

**1 LES CONDITIONS DE LA VISITE.**

Les contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier universitaire (CHU), situé place Robert Debré à Nîmes (Gard), le mercredi 22 juin à 15h afin de visiter les deux chambres sécurisées. La visite s'est terminée le 23 juin à 12 h.

Le CHU, situé à 3km du centre ville, n'est pas signalisé sauf dans ses abords immédiats.

Une réunion de début de visite a eu lieu avec le directeur du centre hospitalier universitaire.

Ils ont eu un entretien avec :

- le directeur en charge des ressources matérielles du CHU ;
- le praticien hospitalier du service de médecine interne où sont situées les chambres sécurisées ;
- la cadre de santé de ce service, également responsable de l'équipe infirmière de l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) de la maison d'arrêt et de celle du centre de rétention administrative (CRA) de Nîmes.

Les contrôleurs se sont rendus à l'hôtel de police de Nîmes afin d'y rencontrer le commissaire divisionnaire, directeur départemental adjoint de la sécurité publique du Gard et le chef d'état-major de cette même direction en charge de la garde des personnes hospitalisées dans les chambres.

Ils ont eu un entretien téléphonique avec :

- la directrice de la maison d'arrêt de Nîmes ;
- le médecin responsable de l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) de la maison d'arrêt de Nîmes ;
- le directeur des finances du CHU.

Le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) du Languedoc-Roussillon a été informé de leur visite.

Ils ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitent et en toute confidentialité avec les personnels de santé exerçant sur le site.

Ils ont pu visiter l'ensemble des chambres sécurisées

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

Aucun patient ne se trouvait dans les chambres, ni dans un autre service du centre hospitalier durant la visite des contrôleurs.

Un rapport de constat a été adressé au directeur de l'établissement de santé le 7 septembre 2011. Celui-ci a fait valoir ses observations par un courrier en date du 10 octobre 2011. Elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

## 2 PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT.

### 2.1 Implantation.

Les directives de la circulaire interministérielle du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou la création de chambres sécurisées dans les établissements de santé ont conduit la direction du CHU à réfléchir à la meilleure implantation de deux chambres sécurisées.

La « suroccupation » des lits situés à proximité des urgences a privilégié le choix de l'implantation des chambres dans le service de médecine interne. Ce service est situé au deuxième étage dans un bâtiment en briques, construit dans les années 1980. L'ensemble des chambres de ce service ne dispose pas de douche.

Ce bâtiment, appelé « tour C-D » comporte les services suivants :

- au 1<sup>er</sup> étage : dermatologie et maladies métaboliques et endocriniennes ;
- au 2<sup>ème</sup> étage : médecine interne et médecine polyvalente ;
- au 3<sup>ème</sup> étage : gériatrie.

Dans un bâtiment plus récent, le « bloc sud », situé en face de la tour C-D se situent les services de chirurgie, neurologie, rhumatologie, gastro-entérologie et cardiologie.

Les urgences et le plateau technique se trouvent dans la partie sud du même bâtiment.

Le service de médecine interne comporte quinze lits, deux lits « surnuméraires » jamais utilisés et les deux chambres sécurisées.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur de l'établissement de santé précise : « il convient d'ôter la mention surnuméraires et la remplacer par chambres à un lit qui peuvent être dédoublées en cas de nécessité et sur décision du Directeur de garde »

Les chambres sécurisées ont été mises en service le 20 avril 2011.

Ce délai s'explique par le fait que, après la construction des locaux, des aménagements de sécurité ont été demandés par la direction interrégionale des services pénitentiaires de Toulouse :

- sécurisation du plafonnier du local sanitaire ;
- tête de détection incendie à encastrer ;
- retrait des portes et étagères du placard de la chambre avec installation d'une étagère plus solide ;
- tuyauteries à encastrer ;

- installation de crochets comme supports de perfusion.

## 2.2 Description.

On accède aux deux chambres par l'entrée principale du bâtiment où se situe le service de sécurité, puis par un couloir, un ascenseur et encore un couloir. Le service comporte quinze chambres de malades et les deux chambres sécurisées. Rien ne distingue l'unique porte d'accès au sas – où s'ouvrent les deux portes d'accès aux chambres sécurisées – des autres portes, sinon qu'elle ne comporte pas de numéro de chambre. Les portes des chambres sont peintes en rouge bordeaux et les couloirs en gris clair.

### 2.2.1 Le sas.

Le sas d'accès et les deux chambres sécurisées résultent de la transformation de deux chambres de malades en trois surfaces.

Le sas réservé à la garde à une surface de 9,05m<sup>2</sup>. Il a une forme triangulaire dont les deux angles aigus coupés comportent les deux portes d'accès aux deux chambres sécurisées et l'angle droit la porte d'accès au couloir.

La largeur de cette porte pleine est de 1,10m ; elle est munie d'un œillette et d'un entrebâilleur ; une clé ordinaire permet sa condamnation à l'extérieur et à l'intérieur.

D'une porte à l'autre des chambres, à 1m du sol et sur une hauteur de 0,3m courent des oculi anti-effraction transparents permettant une vision complète des deux chambres sécurisées. Au-dessus de chacun peuvent être tirés des stores opaques blancs.

Entre les deux portes se trouve une table carrée de 0,80m de côté et 0,50m de hauteur et deux chaises en plastique. Deux fauteuils de repos à roulettes dont le dossier peut être basculé sont à disposition.

Trois spots lumineux encastrés dans le plafond sont actionnés par un interrupteur situé à l'intérieur en entrant.

A côté est situé un boîtier muni de trois boutons jaune vert et rouge ; le rouge s'éclaire lorsque la personne détenue appuie sur le bouton d'appel dont elle dispose dans les chambres. Cet appel éclaire également un voyant rouge extérieur au-dessus de la porte et déclenche le bip de l'infirmière de service. Le jaune permet à l'infirmière de prévenir le bureau du service qu'elle est dans le sas et le vert éteint le rouge.

A gauche et à droite des deux portes des chambres se trouvent deux boîtiers permettant d'actionner le volet roulant occultant les fenêtres, l'éclairage des sanitaires, et trois possibilités d'éclairage des chambres : ambiance, lecture et veilleuse. Au-dessus sont installés les boîtiers qui commandent le chauffage, la climatisation et les trois degrés de soufflerie de l'air. Deux bouches d'air sont situées au-dessus du plafond.

Deux prises électriques sont à disposition. Un détecteur d'incendie est fixé au plafond et déclenche un répéteur fixé à l'extérieur dans le couloir ; au-dessus des deux portes d'accès aux chambres sécurisées se trouvent également des répéteurs, branchés sur les détecteurs d'incendie des deux chambres.

Un téléphone multifonctions avec vingt numéros préenregistrés est posé sur la table basse.

Deux boîtiers protégés par des caches transparents permettent la fermeture de la distribution de l'oxygène et du vide dans les chambres, en cas de nécessité.

Un crochet patère est collé sur un mur.

### **2.2.2 Les chambres.**

Les deux chambres ont une superficie respective de 13,80m<sup>2</sup> et 12m<sup>2</sup>. Elles ont chacune une fenêtre à deux vantaux - vitrage anti effraction - condamnée, avec déverrouillage par outil spécial, qui mesure 1,10m de hauteur et 1,20m de largeur. A l'extérieur se trouve le volet roulant électrique.

Un lit d'hôpital mécanique sur roulettes de 2,15m de long par 0,98m de large, avec un matelas mousse de 0,15m d'épaisseur recouvert d'une housse plastique verte et un traversin, constitue le seul ameublement de la chambre (un des deux lits était fait avec deux draps et un couvre traversin estampillés « *Etablissement de santé* » et un couvre lit orange ; dans l'une des chambres se trouvait une table adaptable pour servir le repas, qui est retirée lorsque se trouve une personne détenue).

Un renforcement ouvert de 0,35m de profondeur comporte une étagère fixe de 0,05m d'épaisseur à 1,65m de hauteur.

Au-dessus du lit – à 1,60m de hauteur – est installée une rampe comportant les arrivées d'oxygène et de vide, le bouton d'appel de l'infirmière, cinq prises de courant anti-électrocution avec circuits séparés ainsi que les éclairages des trois fonctions lumière.

Deux petits crochets collés à 1,95m de hauteur de chaque côté du lit permettent la suspension des perfusions en cas de besoin.

Le plafond comporte un détecteur d'incendie protégé par une grille. Deux bouches d'aération en hauteur assurent le chauffage ou la climatisation.

### **2.2.3 Les locaux sanitaires.**

La chambre de sécurité la plus petite dispose d'un local de 1,95m<sup>2</sup> auquel on accède par une porte de 0,70m de large dont le battant ne peut s'ouvrir complètement car il heurte le pied du lit.

La plus grande dispose d'un local de 3,40m<sup>2</sup> dont la porte d'accès large de 0,90m permet l'accès d'un fauteuil roulant.

Chaque local contient :

- une tablette fixée aux murs avec un lavabo en céramique blanche muni d'un robinet poussoir et d'une manette eau chaude-eau froide ;
- un miroir métallique accroché au-dessus du lavabo ;
- une toilette à l'anglaise en céramique blanche avec abattant est accrochée au mur. L'une des deux toilettes est descellée du mur de deux centimètres ;
- un bouton presseur d'évacuation d'eau située au-dessus ;
- un crochet en plastique collé au mur pour suspendre l'éventuelle perfusion ;
- un seul local est muni d'un rouleau de papier hygiénique posé sur la tablette du lavabo.

L'éclairage commandé depuis le sas est diffusé par un hublot situé au-dessus de la porte.

Une VMC est en fonctionnement continu.

Les portes pleines ne comportent pas de serrures et s'ouvrent de l'intérieur et de l'extérieur.

Il a été indiqué aux contrôleurs que l'ancienneté des bâtiments n'avait pas permis l'installation de douches dans les locaux sanitaires. Comme indiqué, aucune des autres chambres de patients n'en dispose.

La douche commune au service est située de l'autre côté des chambres sécurisées et accessible par les couloirs. C'est un local comportant quatre fauteuils médicaux et une douche ouverte et sans protection de l'intimité. Un personnel soignant a indiqué qu'il était possible de mettre un paravent que les contrôleurs n'ont pas vu.

La hauteur des crochets permettant d'installer une perfusion rend difficile la possibilité pour le patient de se rendre aux toilettes en décrochant le dispositif.

L'accès à la douche dépend du bon vouloir des fonctionnaires de police. Le médecin référent ne s'occupe pas des aspects de la vie quotidienne de son patient et le médecin responsable du service n'a pas souhaité avoir de responsabilité quant au fonctionnement au quotidien des chambres.

## **2.3 Le personnel.**

### **2.3.1 Le personnel de garde.**

Deux fonctionnaires de police dépendant de l'hôtel de police de Nîmes assurent une surveillance 24h/24 par vacation de huit heures pour les personnes détenues : de 5h à 13h, de 13h à 21h et de 21h à 5h avec une période de dix minutes de transmission.

Ces policiers appartiennent aux brigades de roulement de jour et de nuit. Cette mission ne serait pas forcément bien perçue par les fonctionnaires.

Les policiers prennent la relève des surveillants qui ont conduit la personne détenue à l'hôpital.

Pour les patients en provenance du CRA, les policiers de la police de l'air et des frontières (PAF) assurent le transport et la garde de la personne retenue par vacation de huit heures.

### **2.3.2 Le personnel de santé.**

Le service de médecine interne fonctionne avec une infirmière et une aide-soignante le matin, l'après-midi et la nuit. Une enveloppe de 41 000 euros par chambre sécurisée a été allouée par l'agence régionale de l'hospitalisation pour compenser le coût en personnel de leur installation.

Les infirmières se répartissent dans le service de médecine interne (quinze lits et les chambres sécurisées) et le service de médecine polyvalente (trente lits).

La cadre de santé assure à la fois ses fonctions en médecine interne, à l'UCSA et au CRA de Nîmes. Elle est présente trois jours par semaine dans le service de médecine.

Le service de médecine interne fait partie du pôle « médecine spécialisée » qui comprend la rhumatologie, les maladies infectieuses, la néphrologie, l'hémodialyse et la médecine polyvalente, les services d'hospitalisation à domicile et de soins de suite et de réadaptation polyvalents

Il a été décidé par la communauté médicale que chaque patient hospitalisé dans une chambre sécurisée n'était qu'« hébergé » par le service de médecine interne.

En pratique cela signifie que le patient est soigné par le spécialiste dont il a besoin tant pour la consultation, l'acte opératoire et les soins post opératoires, le cas échéant.

Si le patient présente une pathologie relevant de la médecine interne, par exemple une hypertension artérielle décompensée, le praticien hospitalier responsable du service de médecine interne sera alors son médecin référent.

Par ailleurs ce dernier intervient « *en cas d'urgence vitale* ».

## **2.4 Les patients.**

Selon la direction des finances, huit personnes détenues et un retenu, soit neuf personnes ont séjourné dans les chambres sécurisées depuis leur ouverture en avril 2011. En 2009 et 2010, trente-six personnes captives ont bénéficié de soins dans les différents services du CHU.

Le service de médecine interne ne tient pas de registre de l'occupation des chambres sécurisées.

Les contrôleurs ont examiné le registre de main courante à l'hôtel de police.

Celui-ci mentionne le jour et l'heure d'arrivée de la personne, le nom des fonctionnaires en charge de la surveillance, l'heure des relèves, le passage éventuel au bloc opératoire et l'heure de retour dans la chambre et l'heure de départ définitif vers la maison d'arrêt.

Ce registre ne comporte pas de rubriques préétablies. Il y manque un certain nombre de données, notamment concernant les heures d'arrivée et de départ des patients.

Les contrôleurs ont noté que la première mention d'une personne détenue hospitalisée au CHU en chambre sécurisée figurait le 27 avril 2011. La dernière est enregistrée le 15 juin 2011. Durant cette période, onze personnes ont été hospitalisées dans les chambres sécurisées dont une femme transférée ensuite en maternité. Les deux chambres sécurisées ont été occupées en même temps à une reprise le 3 mai.

Selon les informations recueillies, un patient hospitalisé en cardiologie a fait l'objet d'une surveillance spécifique par des policiers de la brigade anti-criminalité « surarmés ». Les policiers ne comprenaient pas le motif qui empêchait l'hospitalisation d'une « personne ayant des relations dans le milieu du banditisme » dans la chambre sécurisée. Pour sa part, le chef de service de cardiologie souhaitait que ce patient soit hospitalisé dans un service spécialisé eu égard à sa pathologie.

### 3 L'ADMISSION ET L'ACCUEIL.

#### 3.1 L'admission.

Le véhicule amenant le patient à l'hôpital arrive par l'entrée nord du CHU qui est l'accès principal de l'établissement. Il se présente à la barrière permettant l'accès au parking qui est ouverte par l'agent de sécurité présent au PC 24h/24h. Celui-ci a été prévenu de l'arrivée d'une équipe de police.

En l'absence de place dédiée, il stationne sur un emplacement réservé aux personnes titulaires de la carte de grand invalide de guerre (GIG) ou de la carte grand invalide civil (GIC). Les fonctionnaires avec la personne menottée et parfois entravée, descendent du véhicule, passent devant l'endroit où les malades se retrouvent pour fumer, un distributeur automatique de billets, et pénètrent dans la tour C-D.

Ils franchissent un couloir et passent devant le PC de sécurité.

S'il s'agit d'une personne détenue amenée par les surveillants de la maison d'arrêt, ceux-ci possèdent les clés des chambres sécurisées. En revanche les policiers de la police de l'air et des frontières (PAF) ou ceux de la police nationale doivent prendre les clés au PC de sécurité. Elles sont placées dans un boîtier. Un jeu de clés est conservé au PC. Les personnels de santé n'en disposent pas.

Les fonctionnaires et le patient prennent ensuite un ascenseur qui les conduit au 2<sup>ème</sup> étage dans le service de médecine interne.

Les deux chambres sécurisées ne font l'objet, comme indiqué, d'aucune signalisation.

Elles sont situées au fond du couloir, à proximité du bureau du cadre de santé et des chambres 232 et 234 qui sont inoccupées, car « surnuméraires ».

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur de l'établissement de santé précise : « il convient d'ôter la mention surnuméraires et la remplacer par chambres à un lit qui peuvent être dédoublées en cas de nécessité et sur décision du Directeur de garde »

##### 3.1.1 Admission d'urgence.

Le médecin généraliste responsable de l'UCSA peut demander une hospitalisation en urgence pour une personne détenue qui présente par exemple une fracture ou qui vient de faire une tentative de suicide. Il prend contact avec la direction de la maison d'arrêt pour organiser le transfert du patient vers le CHU, distant d'environ quinze minutes.

##### 3.1.2 Admission programmée.

Lorsque l'état de santé d'une personne détenue nécessite une hospitalisation programmée pour la réalisation d'un examen complémentaire particulier ou une intervention de « petite chirurgie », le médecin responsable de l'UCSA prévient la direction de la maison d'arrêt de la date prévue.

Selon les informations recueillies, il n'y aurait pas de difficultés pour mettre en œuvre le transfèrement de la personne détenue vers le CHU et pas d'annulations d'hospitalisations du fait d'un manque d'escortes. Selon le médecin de l'UCSA, « la création des chambres sécurisées a libéré l'esprit pour les hospitalisations programmées ».



Lors de la visite des contrôleurs, la seule hospitalisation était programmée le 2 août 2011 pour une arthroscopie. Elle a été annulée du fait de la libération de la personne concernée.

En examinant le registre de main courante, les contrôleurs ont constaté que sur douze<sup>1</sup> hospitalisations ayant eu lieu entre le 26 avril et le 15 juin 2011, quatre ont été effectuées après 18h. Selon les informations recueillies, cet horaire serait source de difficultés pour assurer la garde par les fonctionnaires de police.

### **3.1.3 La procédure pénitentiaire.**

Dans le cas d'une hospitalisation programmée, le médecin de l'UCSA précise à la direction de la maison d'arrêt si l'état du patient requiert un transport allongé dans une ambulance ou si le fourgon pénitentiaire peut assurer le transfert au CHU.

En cas d'hospitalisation décidée en urgence, trois situations peuvent se présenter, selon l'état de santé du patient indiqué par le médecin qui prescrit l'hospitalisation :

- le transport est effectué par le fourgon pénitentiaire ;
- une ambulance appartenant à une société privée assure le déplacement ;
- le SAMU, appelé par la détention en dehors des heures de présence du médecin de l'UCSA, emmène le patient dans son véhicule.

Pour escorter la personne détenue, la maison d'arrêt fournit trois agents. Dans le cas où il s'agirait d'un détenu particulièrement signalé (DPS), la direction demanderait des renforts à l'hôtel de police. Selon les informations recueillies, ces situations, rares au demeurant, ne poseraient pas de difficultés.

### **3.1.4 La prise en charge par les forces de police.**

Lorsque la décision d'hospitalisation de la personne détenue est prise, la relève du personnel de surveillance doit être assurée par les forces de police, même si le patient se trouve aux urgences, dans une salle d'examen radiologique ou dans un couloir, dans l'attente d'une chambre disponible.

Selon les informations recueillies, cette relève n'interviendrait que lorsque le patient se trouve dans la chambre sécurisée ou dans une chambre d'hospitalisation et parfois après un délai pouvant atteindre trois heures.

### **3.1.5 La prise en charge des mineurs.**

La maison d'arrêt ne comporte pas de quartier de mineurs.

Aucun mineur n'a été hospitalisé en provenance du CRA.

## **3.2 L'information du patient.**

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

---

<sup>1</sup> En prenant en compte celle qui s'est déroulée en cardiologie.

Ils sont prévenus, par exemple, qu'un examen complémentaire devra être pratiqué au CHU. Les rendez-vous obtenus pour ces examens peuvent être difficiles à obtenir : comme indiqué ci-dessus, une arthroscopie avait été prévue pour le 2 août 2011.

### **3.3 Les refus d'hospitalisations.**

Selon les informations recueillies, il n'y aurait pas eu de refus d'hospitalisations dans les chambres sécurisées depuis leur mise en service en avril 2011.

### **3.4 L'accueil.**

#### **3.4.1 L'accueil par les services de police.**

Une note de service en date du 26 avril 2011 précise les modalités d'utilisation des chambres sécurisées.

Lorsque la personne détenue a été conduite par les agents de la pénitencier, les policiers qui arrivent pour prendre la relève doivent inspecter et fouiller l'ensemble des locaux, y compris le lit et pratiquer une fouille de sécurité du détenu.

Ils rédigent un « procès-verbal d'installation du détenu hospitalisé ». Celui-ci comporte :

- le service avec l'indication de l'étage, de la chambre et du numéro de téléphone ;
- la date d'installation ;
- le nom et le prénom du détenu ;
- sa date et lieu de naissance ;
- son statut juridique et son numéro d'écrou ;
- les motifs médicaux ayant entraîné l'hospitalisation ;
- les infractions reprochées ;
- le droit de visite accordée : nom des personnes et autorité ayant accordé la visite.

Les policiers renseignent le registre de main courante qu'ils apportent de l'hôtel de police.

#### **3.4.2 L'accueil médical.**

Lorsque les policiers ont accompli les formalités de sécurité, une infirmière du service de médecine interne accueille le patient et lui indique quel médecin spécialiste sera référent de son hospitalisation.

## 4 LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

### 4.1 La responsabilité médicale.

Chaque patient a un médecin référent de son hospitalisation. Le praticien hospitalier responsable du service de médecine interne n'est pas concerné par le fonctionnement des chambres sécurisées.

Aucun protocole n'a été rédigé sur le fonctionnement et le rôle de chaque acteur de santé dans la prise en charge des personnes séjournant dans les chambres sécurisées.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur de l'établissement de santé indique : « la Commission Médicale d'établissement a été saisie le 31 mars 2011 d'une proposition qui n'a pas encore eu d'écho. Cette proposition sera soumise à un vote auprès de cette instance sur le principe qui était contenu et qui est rappelé sommairement rappelé dans le rapport ».

### 4.2 La surveillance.

La note de service précitée indique : « la porte d'accès devra être verrouillée en permanence. Chaque fois que des personnels soignants se présenteront à la porte, il leur sera nécessaire d'en demander l'ouverture. Le chef de garde devra s'assurer de leur qualité avant de déverrouiller la porte. Après l'entrée de l'équipe soignante, la porte du sas devra être refermée à clef quelle que soit la durée des soins ».

Selon les informations recueillies, les soins se font hors de la présence des policiers dans la chambre.

« Le menottage n'existe plus logiquement dans les chambres sécurisées, sauf si la personne est excitée ».

Le personnel soignant rencontré par les contrôleurs n'a pas été en mesure de préciser si les patients étaient menottés à leur lit.

Le registre de main courante examiné par les contrôleurs indique que le patient hospitalisé en cardiologie était « entravé à son lit par la cheville droite ».

Ce même registre précise que la patiente, transférée ensuite dans le service de maternité, n'était pas entravée. Aucune mention ne figure pour les autres personnes.

Les agents de sécurité ne participent pas à la surveillance des personnes captives. Ils pourraient être mis à contribution en cas de visite intempestive d'une famille.

Il n'existe pas de caméra de vidéosurveillance.

### 4.3 L'organisation des soins.

Les soins sont prodigués par le médecin spécialiste concerné par la pathologie du patient. Ce praticien se déplace dans le service de médecine interne pour la consultation, la prescription éventuelle d'examens complémentaires et du traitement.

Selon les informations recueillies, il a été indiqué aux contrôleurs qu'il était parfois difficile d'obtenir des spécialistes qu'ils se déplacent dans le service de médecine interne. Les infirmières sont parfois contraintes de solliciter le praticien à plusieurs reprises. Toutefois ce constat n'est pas relatif aux seuls patients occupants les chambres sécurisées mais de manière générale à l'organisation du temps des spécialistes.

Ensuite le patient est conduit, le cas échéant, par un brancardier avec les deux policiers dans le secteur où se déroule les examens d'imagerie ou au bloc opératoire. Il y est transporté, selon son état clinique, en fauteuil roulant ou en brancard. Les policiers attendent à la porte du bloc opératoire ou devant la pièce où se passe l'examen radiologique.

#### **4.4 Les séjours hors des chambres sécurisées.**

Du fait de l'aménagement particulier des chambres lié aux exigences de sécurité, il existe encore des cas où l'état du patient implique qu'il ne soit pas admis dans la chambre sécurisée :

- soins en réanimation ;
- maternité ;
- exigence du spécialiste par rapport à une pathologie spécifique qui exige une surveillance médicale. Ce cas s'est produit pour l'admission d'un patient en cardiologie le 8 juin 2011.

#### **4.5 Le secret médical.**

Le secret médical n'est nullement garanti :

- le procès-verbal d'installation mentionne les motifs médicaux ayant entraîné l'hospitalisation ;
- les contrôleurs ont expérimenté que, pour ne pas être entendus par les personnes se trouvant dans le sas, il fallait que les conversations soient tenues à voix basse ;
- les policiers ont une vision totale sur les chambres, sauf s'ils abaissent les stores prévus à cet effet ; ils n'ont pas de vision sur le local sanitaire ;
- il a été rapporté aux contrôleurs que certains médecins exigeaient la présence de policiers durant les examens.

#### **4.6 Les incidents.**

Aucun incident n'a été rapporté depuis la mise en œuvre des chambres sécurisées.

Le registre de main courante indique que dans la chambre de la maternité où avait été transférée une femme le 19 mai, « une odeur de tabac est relevée dans la salle de bains ainsi que de la fumée dans la chambre ».

Selon les informations recueillies, une personne détenue s'est évadée du CHU en 2007.

## **5 LA GESTION DE LA VIE QUOTIDIENNE.**

### **5.1 Le maintien des liens familiaux.**

L'équipe médicale n'a pas l'autorisation de prévenir les familles de la présence d'un patient-détenu dans une des deux chambres sécurisées du CHU, même si son état de santé le justifierait. Dans ce cas, il doit prendre contact avec la direction de la maison d'arrêt de Nîmes qui déciderait de la conduite à tenir vis-à-vis de la famille du patient. Le cas ne s'est pas présenté depuis la mise en service des chambres sécurisées.

### **5.1.1 L'information des familles.**

### **5.1.2 Les visites.**

Aucune demande de visite n'a été formulée depuis la mise en service des chambres sécurisées.

En l'absence de protocole définissant les modalités de fonctionnement entre les trois partenaires (santé, justice et police), le commissaire de police a indiqué que pour sa part, il pensait qu'il devrait prendre des directives auprès du juge d'instruction, pour une personne prévenue et dans tous les cas auprès du préfet.

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

Seul le cas d'un parloir qui aurait dû avoir lieu le jour de l'hospitalisation pourrait donner lieu à une éventuelle information de la famille.

Les agents de sécurité ont indiqué aux contrôleurs qu'« ils ne souhaitaient pas que dans ce cas, la personne se rende du parloir vers le CHU, par crainte d'un incident qu'ils auraient à gérer ». Ils ont en mémoire une hospitalisation d'une personne (non détenue) qui a donné lieu à la venue de quatre-vingt-dix personnes d'une même famille.

### **5.1.3 Le téléphone.**

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

### **5.1.4 Le courrier.**

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

## **5.2 Les règles de vie.**

### **5.2.1 La possibilité de fumer.**

Le tabac est strictement interdit au sein de la chambre sécurisée. Aucune dérogation n'est accordée. L'équipe médicale ne propose pas de substitut nicotinique. Selon les informations recueillies, « il conviendrait que l'UCSA de la maison d'arrêt de Nîmes délivre ces substituts aux patients fumeurs en difficulté avec le sevrage imposé ».

### **5.2.2 La restauration.**

Les patients prennent les repas proposés par le centre hospitalier. Il est toutefois demandé aux patients-détenus s'ils ont un régime particulier.

Les repas sont servis sur plateau avec une table adaptable au lit qui est retirée après le repas. Des couverts normaux sont fournis, mais gobelets et carafe sont en plastique.

### **5.2.3 La discipline.**

Ce sont les policiers qui décident de ce qui est autorisé ou non. Par exemple, le patient-détenu qui souhaite accéder aux douches situées au bout du couloir peut se voir menotté selon que les policiers l'estiment ou non nécessaire.

## **5.3 Les activités.**

### **5.3.1 La promenade.**

Aucune possibilité de promenade n'est offerte durant le séjour dans les chambres sécurisées

### **5.3.2 La bibliothèque.**

La bibliothèque du CHU n'est pas accessible aux patients détenus. Avec l'accord des policiers, les infirmiers proposent aux patients des journaux apportés par eux-mêmes ou se trouvant dans la salle de jour située dans le couloir.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur de l'établissement de santé précise que « il n'existe pas de bibliothèque pour les patients, qu'ils soient détenus ou non. Elle est seulement accessible aux personnels ».

### **5.3.3 Les autres activités.**

Il n'existe pas de poste de télévision dans les chambres. Aucune activité n'est proposée.

## **5.4 L'accès aux droits.**

### **5.4.1 Les avocats.**

Les avocats ne viennent pas rencontrer leurs clients lorsqu'ils sont soignés dans la chambre sécurisée. Ils n'ont pas l'information de leur hospitalisation.

### **5.4.2 Les visiteurs de prison.**

Les visiteurs de prison ne sont pas informés de l'hospitalisation des personnes détenues qu'ils rencontrent à la maison d'arrêt.

### **5.4.3 Le droit à l'accès à un culte.**

L'accès au culte est possible si un patient-détenu en fait la demande.

## **6 LA SORTIE DE LA CHAMBRE SÉCURISÉE.**

### **6.1 Du point de vue médical.**

Lorsque les soins sont terminés, le médecin référent rédige, le cas échéant, une ordonnance. Il informe le cadre de santé que le patient peut retourner à la maison d'arrêt. Celui-ci prend contact avec les infirmiers de l'UCSA. Le dossier médical scellé est remis aux surveillants de la maison d'arrêt.

## **6.2 Du point de vue pénitentiaire.**

Lorsque la sortie est décidée par le médecin référent, les policiers prennent contact avec la direction de la maison d'arrêt afin que la personne détenue soit prise en charge par le fourgon pénitentiaire. Comme l'établissement ne dispose que d'un seul fourgon, il n'est pas rare que celui-ci soit indisponible.

## **6.3 Du point de vue des forces de police**

A la fin de la garde, les clés de la chambre sont restituées au PC de sécurité. Le nom de l'agent à qui elles sont remises figure sur le registre de main courante.

Sur le registre de main courante, les contrôleurs ont noté que dans deux cas sur douze, ce sont les policiers qui ont effectué le transfèrement vers l'établissement pénitentiaire : un à 17h25 le 4 mai et le second à 12h45 le 8 juin. En effet, lorsque l'indisponibilité des surveillants laisse prévoir des délais d'attente, les policiers préfèrent ramener la personne détenue à la maison d'arrêt, sans attendre l'arrivée du personnel pénitentiaire.

## **7 LES RELATIONS ENTRE PERSONNELS ET PATIENTS DÉTENUS.**

Les contrôleurs n'ont pas rencontré de patient hospitalisé au centre hospitalier.

Selon les personnels soignants, aucune plainte n'avait été formulée depuis la mise en service récente des chambres sécurisées.

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

La cadre de santé est affectée à la fois en médecine interne, au CRA et à l'UCSA. Elle peut faire le lien entre les trois structures et connaît la situation des patients avant leur hospitalisation au CHU.

## CONCLUSION

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

1. Il est regrettable d'avoir implanté les deux chambres sécurisées dans un service où aucune chambre ne dispose de douche (Cf. § 2.1).
2. L'intimité des patients n'est pas respectée du fait des oculous permettant une vision complète des deux chambres, même si des stores peuvent être tirés (§2.2.1).
3. Il n'est pas acceptable que l'accès à la douche dépende du bon vouloir des fonctionnaires de police (Cf. § 2.2.3).
4. Il serait nécessaire que le médecin du service où sont implantées les chambres accepte de prendre la responsabilité de leur fonctionnement au quotidien (Cf. § 2.2.3).
5. Pour éviter d'avoir des données divergentes entre la direction des finances du CHU et l'hôtel de police, il serait utile de tenir un registre de l'occupation des chambres sécurisées (cf. § 2.4).
6. Afin d'éviter des incidents préjudiciables aux patients et à l'environnement des services, la définition de la mission et du type de prise en charge des patients en chambre sécurisée devrait faire l'objet de réunions entre la communauté médicale et les responsables de la police (§ 2.4).
7. Il serait utile de programmer les admissions avant 18h pour faciliter l'organisation de la garde par les fonctionnaires de police (Cf. § 3.1.2).
8. Les policiers ne doivent pas connaître les motifs médicaux de l'hospitalisation des personnes détenues contrairement à ce que prévoit une note de service en date du 26 avril 2011. Le secret médical n'est pas non plus garanti par l'aménagement des chambres du fait de l'absence de confidentialité des entretiens (§ 3.4.1 et 4.5).
9. Le secret médical doit s'appliquer dans les chambres sécurisées (§3.4.1)
10. Un protocole doit être rédigé sur le fonctionnement et le rôle de chaque acteur de santé dans la prise en charge des personnes séjournant dans les chambres sécurisées (§ 4.1).
11. En l'absence de protocole, les droits fondamentaux des personnes détenues en matière de visites ou de téléphone ne sont pas respectés (§ 5.1.1).
12. Du fait de l'interdiction de fumer dans les lieux de soins, il conviendrait de déterminer le médecin prescripteur éventuel de substituts nicotiques (§5.2.1).
13. Il conviendrait de proposer des activités aux personnes hospitalisées (§5.3).



14. Afin d'écourter le séjour des patients-détenus, les policiers acceptent de réaliser leur transfèrement de retour vers l'établissement pénitentiaire. (§6.3).
15. Le cadre de santé est compétent à la fois pour le service de médecine interne où sont implantées les chambres sécurisées, pour l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) de la maison d'arrêt de Nîmes et pour le centre de rétention, ce qui facilite les liens entre toutes les structures (§8).

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Les conditions de la visite.</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Présentation de l'établissement.</b>	<b>3</b>
<b>2.1</b>	<b>Implantation.</b>	<b>3</b>
<b>2.2</b>	<b>Description.</b>	<b>4</b>
<b>2.3</b>	<b>Le personnel.</b>	<b>6</b>
2.3.1	Le personnel de garde.	6
2.3.2	Le personnel de santé.	6
<b>2.4</b>	<b>Les patients.</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>L'admission et l'accueil.</b>	<b>8</b>
<b>3.1</b>	<b>L'admission.</b>	<b>8</b>
3.1.1	Admission d'urgence.	8
3.1.2	Admission programmée.	8
3.1.3	La procédure pénitentiaire.	9
3.1.4	La prise en charge par les forces de police.	9
3.1.5	La prise en charge des mineurs.	9
<b>3.2</b>	<b>L'information du patient.</b>	<b>9</b>
<b>3.3</b>	<b>Les refus d'hospitalisations.</b>	<b>10</b>
<b>3.4</b>	<b>L'accueil.</b>	<b>10</b>
3.4.1	L'accueil par les services de police.	10
3.4.2	L'accueil médical.	10
<b>4</b>	<b>La prise en charge des patients</b>	<b>11</b>
<b>4.1</b>	<b>La responsabilité médicale.</b>	<b>11</b>
<b>4.2</b>	<b>La surveillance.</b>	<b>11</b>
<b>4.3</b>	<b>L'organisation des soins.</b>	<b>11</b>
<b>4.4</b>	<b>Les séjours hors des chambres sécurisées.</b>	<b>12</b>
<b>4.5</b>	<b>Le secret médical.</b>	<b>12</b>
<b>4.6</b>	<b>Les incidents.</b>	<b>12</b>
<b>5</b>	<b>La gestion de la vie quotidienne.</b>	<b>12</b>
<b>5.1</b>	<b>Le maintien des liens familiaux.</b>	<b>12</b>
5.1.1	L'information des familles.	13
5.1.2	Les visites.	13
5.1.3	Le téléphone.	13

5.1.4	Le courrier.....	13
<b>5.2</b>	<b>Les règles de vie.....</b>	<b>13</b>
5.2.1	La possibilité de fumer.....	13
5.2.2	La restauration.....	13
5.2.3	La discipline.....	14
<b>5.3</b>	<b>Les activités.....</b>	<b>14</b>
5.3.1	La promenade.....	14
5.3.2	La bibliothèque.....	14
5.3.3	Les autres activités.....	14
<b>5.4</b>	<b>L'accès aux droits.....</b>	<b>14</b>
5.4.1	Les avocats.....	14
5.4.2	Les visiteurs de prison.....	14
5.4.3	Le droit à l'accès à un culte.....	14
<b>6</b>	<b>La sortie de la chambre sécurisée.....</b>	<b>14</b>
<b>6.1</b>	<b>Du point de vue médical.....</b>	<b>14</b>
<b>6.2</b>	<b>Du point de vue pénitentiaire.....</b>	<b>15</b>
<b>7</b>	<b>Les relations entre personnels et patients détenus.....</b>	<b>15</b>
<b>8</b>	<b>Les relations entre le centre hospitalier et l'ucsa.....</b>	<b>15</b>