



## **Chambres sécurisées**

### **Centre hospitalier universitaire de Montpellier**

**(Hérault)**

Le 9 septembre 2015

**Contrôleurs :**

- Catherine BERNARD, chef de mission ;
- Anne LECOURBE.

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 à l'hôpital Lapeyronie du centre hospitalier universitaire de Montpellier (Hérault) le 9 septembre 2015.

**1 LES CONDITIONS DE LA VISITE**

Les contrôleurs se sont rendus au centre hospitalier universitaire (CHU), 371 avenue du Doyen Giraud à Montpellier, le mercredi 9 septembre de 9h à 14h, afin de visiter les chambres sécurisées.

Une réunion de début de visite a eu lieu avec le directeur général du CHU et la directrice déléguée des pôles urgences, psychiatrie et cœur-poumon et à ce titre chargée du dispositif de soins applicable aux personnes détenues.

Les contrôleurs ont rencontré l'adjointe du chef de pôle urgences, praticienne hospitalière responsable des urgences et des chambres sécurisées.

Des contacts téléphoniques et des échanges de courriels sont intervenus avec l'hôtel de police et en particulier avec une commandante de l'état-major.

Aucun patient détenu n'était hospitalisé, le jour de la visite, dans les chambres sécurisées ni dans un autre service hospitalier de l'hôpital Lapeyronie et aucun n'est venu en consultation au CHU ce jour-là, les extractions pour consultation se faisant, sauf situation d'urgence, les lundi mardi, jeudi et vendredi.

Cette visite s'est faite au décours de celle du centre pénitentiaire de Villeneuve-lès-Maguelone qui s'est déroulée entre le 31 août et le 10 septembre 2015.

Cette mission a fait l'objet d'un projet de rapport qui a été adressé au directeur général du CHU de Montpellier, le 31 décembre 2015. Par courrier en date du 10 février 2015, celui-ci a fait part de ses observations et propositions en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients-détenus. Il y précise les modalités de prise en compte de chacune des observations formulées dans ce présent rapport.

**2 LA PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT****2.1 Implantation du centre hospitalier**

Le centre hospitalier Lapeyronie (établissement de 600 lits environ) est situé 371 avenue du Doyen-Gaston-Giraud au Nord de la ville de Montpellier, à une quinzaine de kilomètres de la maison d'arrêt de Villeneuve-lès-Maguelone, elle-même située au Sud de la ville de Montpellier ; il en est accessible en moins de trente minutes en voiture. Il est à six kilomètres de l'hôtel de police situé au cœur de la ville, soit quinze minutes en voiture en l'absence de

circulation<sup>1</sup>.

Il est un des établissements du CHU (2 030 lits et 585 places avec 10 485 personnes rémunérées) qui comporte plusieurs autres sites hospitaliers, notamment Arnaud de Villeneuve (mère-enfant, cœur-poumon), Gui de Chauliac (neurologie), Saint Eloi (médecine, infectiologie, digestif) et La Colombière (psychiatrie).

## 2.2 Historique de la construction des locaux affectés aux personnes détenues

Comme indiqué *supra*, le centre hospitalier de Montpellier accueille des personnes détenues à la maison d'arrêt de Villeneuve-lès-Maguelone ; pour une capacité théorique de 593 places dont 20 pour les mineurs, celle-ci accueillait, au moment du contrôle, 838 personnes détenues, le quartier de semi-liberté sis à Montpellier étant, pour mémoire, d'une capacité de 24 places dont 3 places pour les femmes.

Le CHU de Montpellier a la responsabilité de la prise en charge de la santé des personnes détenues à la maison d'arrêt depuis 2001 et dispose de deux chambres sécurisées.

Celles-ci ont été aménagées en application de la circulaire de la direction de l'administration pénitentiaire en date du 13 mars 2006<sup>2</sup> et relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées et du nouveau cahier des charges national. Les chambres sécurisées ont été mises en service en 2009. Pour ce faire, l'hôpital a reçu du ministère de la justice, conformément à la circulaire précitée, une subvention de 15 245 euros par chambre.

## 3 LA DESCRIPTION DES CHAMBRES SECURISEES

### 3.1 Implantation

Les chambres sécurisées sont localisées au niveau 0 de l'hôpital, au-dessus du service des urgences et de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) implantée au niveau -1.

Ce service des urgences<sup>3</sup>a fait l'objet de travaux de réorganisation ces dernières années et si les chambres sécurisées étaient auparavant voisines de l'unité de chirurgie maxillo-faciale, maintenant située dans un autre établissement, et d'une partie des lits de l'UHCD, implantées au niveau 0, elles sont maintenant relativement isolées, dans un espace en travaux, et ce même si une unité d'hospitalisation pour des soins psychiatriques de courte durée est située au bout du couloir à une trentaine de mètres.

A terme le renforcement du secteur « urgence et post urgence de psychiatrie » occupera les locaux laissés vacants par le déplacement de l'activité chirurgicale et de l'UHCD. Ceci permettra de garantir une unité de lieux pour les urgences somatiques et psychiatriques avec les deux chambres sécurisées.

L'accès aux chambres sécurisées se fait principalement par l'entrée du service des

---

<sup>1</sup> Informations fournies par le site « Google maps »

<sup>2</sup>NOR : JUSKO640033C.

<sup>3</sup> L'activité du service des urgences adultes en 2014 a été de 48 763 passages

urgences située au niveau -1, à proximité de laquelle se trouvent l'ascenseur et l'escalier qui desservent le niveau 0. Depuis trois ans, les locaux des urgences ont fait l'objet d'une sécurisation et cette entrée du service est le seul accès libre pour les patients comme pour les professionnels de l'hôpital travaillant dans d'autres secteurs d'activité. Les autres accès au service des urgences ne sont accessibles qu'aux personnels du service porteur d'une carte magnétique spécifique.

L'accès peut également se faire par une entrée piétonne, cet accès permet de ne pas croiser d'autres usagers de l'hôpital mais n'est jamais utilisée pour des admissions en urgence.

### 3.2 Les chambres sécurisées

L'accès aux chambres sécurisées se fait par le sas qui est également le local occupé par les fonctionnaires de police quand l'une au moins des chambres est occupée. La porte donnant sur le couloir est munie d'un fenestron et un interphone permet de communiquer avec les fonctionnaires présents dans le sas.



*La porte d'accès au sas des deux chambres sécurisées et l'entrée des chambres vue du sas*

Les deux chambres sécurisées utilisées pour les personnes détenues hospitalisées ne font pas l'objet d'une signalétique particulière. Elles sont identiques dans leur disposition, leur surface (10 m<sup>2</sup>) et leur équipement.

Chacune comporte un lit médicalisé sur roulettes, à côté duquel sont installés une rampe lumineuse, des vannes d'accès aux fluides (oxygène et vide), mais aucune possibilité de monitoring, et trois prises de courant, une table de lit mobile. Une fenêtre - dont le vantail au vitrage anti-effraction est verrouillé en cas d'occupation de la chambre - apporte largement la lumière naturelle ; elle n'est ni barreaudée ni voilée et permet une vision claire de l'extérieur ; ses volets roulants sont actionnés depuis le sas. Les murs sont peints en marron jusqu'à 1 m de hauteur et en couleur crème au-dessus. La porte d'accès est pleine ; elle ne peut être ouverte de l'intérieur. Aucun dispositif d'appel des soignants n'est installé.

Chaque chambre comporte une salle d'eau comprenant une douche à l'italienne à proximité de laquelle est installé un siège en plastique, un WC et un lavabo en inox surmonté d'un miroir ; un robinet actionné par un bouton presseur distribue de l'eau tiède de fait ni vraiment chaude ni vraiment froide et un écoulement relativement bref pour chaque pression.

Les éclairages électriques sont commandés par un détecteur de présence.



*Les deux chambres sécurisées avec prise d'oxygène et fenêtre non barreaudée*



*Les sanitaires d'une des chambres*

Un fenestron de 0,30 m de haut sur 0,80 m de large et placé à 1 m de hauteur, percé dans le mur séparant le sas de la chambre à côté de sa porte, donne une vision sur la totalité de la pièce ; un autre fenestron identique percé dans le mur séparant le sas de la salle d'eau donne une vision sur l'ensemble de celle-ci, ne permettant aucune intimité à son occupant. Ces quatre fenestrons peuvent être occultés par des stores vénitiens actionnés depuis le sas.



*Vues depuis le sas sur le lit et sur la salle de bain (un contrôleur s'est placé sous la douche)*

### 3.2.1 Le sas - local destiné aux fonctionnaires de police

Le sas est meublé de deux fauteuils, deux repose-pieds, un meuble bas, une table, une banque sur laquelle sont disposés différents documents dont des revues anciennes ; au-dessus de celle-ci sont installés un téléphone mural, les commandes électriques des volets et stores et des éclairages des chambres et sanitaires. Il n'est éclairé que par une lumière artificielle et ventilé par VMC. Il dispose d'un système d'appel des soignants.



*Deux vues du sas*

### 3.3 Les locaux de l'unité d'hospitalisation de courte durée pour adulte

Cette unité d'hospitalisation de courte durée pour adulte (UHCD) est implantée au niveau -1 depuis octobre 2014, à proximité immédiate des locaux d'accueil des urgences. Elle comporte sept chambres individuelles, deux chambres doubles et une chambre avec quatre brancards.

L'hospitalisation des personnes détenues y est relativement fréquente quand leur état de santé nécessite des soins ou une surveillance soignante rapprochée incompatible avec l'hébergement en chambre sécurisée.

### 3.4 Le personnel de santé

L'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Villeneuve-lès-Maguelone est rattachée au pôle urgences qui gère également les chambres sécurisées.

Aucun personnel spécifique n'est attaché à ces chambres. La surveillance soignante des patients détenus qui y sont hospitalisés est assurée par un infirmier de l'équipe soignante de l'UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée pour adultes) qui monte régulièrement pour assurer cette surveillance. Comme indiqué ci-dessous, ne sont hébergés dans ces chambres que des patients ne relevant pas de soins spécialisés ou d'une surveillance intensive. Cette organisation incombe, au cas par cas, au cadre de santé du service sous la responsabilité médicale du médecin senior présent aux urgences ou à l'UHCD qui assure le suivi médical du patient.

Le suivi médical peut être complété par le suivi d'un médecin spécialisé, le cas échéant, dans le cas d'une hospitalisation programmée de courte durée ne nécessitant pas une hospitalisation dans le service spécialisé concerné. Toutefois si un suivi spécialisé est requis le patient est hospitalisé dans le service correspondant à la filière de soins.

### 3.5 Les fonctionnaires de police

Les gardes statiques des personnes détenues, pendant leur hospitalisation dans une chambre sécurisée ou dans un autre service du CHRU, sont le plus souvent assurées par deux fonctionnaires de police affectés au service de sécurité de proximité/police secours.

Un registre nominatif des personnes gardées est complété avec les informations sur le lieu de la garde à chaque hospitalisation.

D'après les données d'activité fournies par un officier du commissariat de Montpellier, en 2014, le nombre de patients pour lesquels une garde statique a été organisée est de soixante-quatre, sans que soit explicitement précisé le nombre de ceux hospitalisés en chambre sécurisée. Ceci confirme ainsi l'information selon laquelle les prises en charge se font de façon principale dans les unités d'hospitalisation des filières de soins spécialisées puisque les données hospitalières indiquent vingt-quatre hospitalisations dans les chambres sécurisées sur la même période). La durée moyenne de la garde statique est de 32 heures ce qui est conforme au protocole prévoyant que ne soient réalisées que des hospitalisations de moins de 48 heures.

Au total le nombre de jours/fonctionnaires pour assurer les gardes statiques a été de 509 jours en 2014 et de 327 jours pour le premier semestre 2015.

D'après les informations recueillies les modalités de la garde peuvent être adaptées en fonction des caractéristiques des personnes hospitalisées (en particulier l'état de santé, le profil pénal et le comportement au sein de la détention). Ainsi comme le prévoit le protocole quadripartite (cf. § 5), une dizaine de gardes dynamiques ont pu être mises en place c'est-à-dire un passage régulier de l'équipage de police-secours avec prise de contact avec le corps médical (passage horaire ou moins fréquent en fonction des situations). Cette pratique permet, en adaptant les modalités de surveillance à la réalité de la situation de la personne, de réduire les contraintes qui pèsent sur celle-ci en matière de surveillance et naturellement une moindre mobilisation des forces de l'ordre sur cette mission. Elle témoigne d'une réelle capacité de s'adapter aux différentes situations.

## 4 LES CONDITIONS D'ADMISSION ET D'ACCUEIL DES PATIENTS DETENUS

Différents documents ont été établis en vue de préciser les modalités de prise en charge des personnes détenues au CHU de Montpellier :

- un protocole d'accord quadripartite relatif aux gardes des personnes détenues hospitalisées entre la préfecture de l'Hérault, la police nationale, l'administration pénitentiaire et le CHRU, a été signé le 12/07/2007. Sa révision est en cours et le nouveau protocole est, au moment du contrôle, en cours de signature ;
- une procédure datée de décembre 2011 : « Prise en charge des patients détenus AU CHU DE MONTPELLIER dans LES LITS SECURISES AU NIVEAU 0 » ;
- une procédure spécifique, interne au service des urgences « La prise en charge des détenus de Villeneuve-lès-Maguelone », daté de 2008, en cours de révision ;

En pratique, toute hospitalisation est décidée par le médecin de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt après concertation avec le médecin du service d'accueil, même en situation d'urgence, la permanence des soins étant assurée par l'équipe médicale de cette unité.

En cas d'hospitalisation programmée, celle-ci sera organisée par l'unité sanitaire de la prison avec le département de la spécialité concernée au regard de la pathologie du patient et réalisée dans les locaux du service correspondant et non dans les chambres sécurisées. Les services de police ont l'information quelques jours en amont de l'hospitalisation (sur la base d'une programmation de quinze jours) et gèrent l'organisation de la garde. Seule la situation particulière où trois gardes statiques seraient déjà mobilisées, pourrait conduire à reprogrammer l'hospitalisation.

N'est donc hospitalisé dans une chambre sécurisée qu'un patient admis en urgence, suite à un passage au service des urgences, sous réserve qu'il ne présente pas de traumatisme sévère et que son état de santé ne nécessite pas une surveillance clinique rapprochée (état hémodynamique et respiratoire stable). Dans le cas contraire il sera hospitalisé au sein même de l'UHCD.

Si la pathologie qu'il présente s'avère relever d'un service d'urgence spécialisée (cardiologie ou tête et cou), il sera pris en charge dans le service correspondant, l'orientation pouvant se décider avant même le départ de la maison d'arrêt après une concertation entre le médecin de l'unité sanitaire et le médecin du service d'accueil, voire les deux cadres de santé concernés.

Peuvent également être hospitalisées en chambres sécurisées les personnes détenues relevant d'une prise en charge programmée ambulatoire mais dont l'état de santé nécessite une prolongation de la surveillance ou des soins, ou si la discipline est présente sur le site de Lapeyronie.

Toute hospitalisation programmée de plus de 48 heures sera faite à l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) du CHU de Toulouse (Haute-Garonne). De même si une hospitalisation débutée au CHU de Montpellier doit se prolonger de façon notable, le transfert de la personne détenue à l'UHSI sera envisagé.

#### **4.1 L'accueil aux urgences**

En principe, lorsqu'un patient détenu arrive aux urgences, le service a été prévenu à l'avance de son arrivée par le médecin prescripteur de l'unité sanitaire ce qui permet le plus souvent de réserver un local adapté au motif de prise en charge pour l'accueillir dès son arrivée.

La personne détenue est accompagnée de l'escorte des agents pénitentiaires et arrive directement au niveau -1 à l'entrée du service des urgences avec un véhicule qui s'arrête sur l'emplacement réservé aux ambulances que ce soit, selon les circonstances, un véhicule pénitentiaire, une ambulance privée ou un véhicule SMUR.

La procédure interne au service des urgences prévoit que toute personne détenue qui arrive dans l'enceinte de la structure est « priorisée » par l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) dans la filière de soins adaptée à sa pathologie.

Ainsi, le patient et l'escorte seront orientés soit dans un box des urgences, soit directement à l'UHCD si une surveillance ou des gestes de réanimation sont nécessaires, soit dans la salle des familles s'il s'agit d'une pathologie traumatique simple et/ou de médecine ambulatoire simple. L'accès à l'imagerie médicale sera également « priorisé », afin d'éviter toute attente dans un couloir ou une salle d'attente et de réduire les délais de prise en charge.

Les contrôleurs n'ont pas assisté à l'arrivée d'un détenu ; des informations recueillies, il apparaît que les détenus sont le plus souvent menottés mais non entravés ; les agents d'escorte

sortent systématiquement du local pendant les temps d'examen du patient.

En cas d'attente au décours de la prise en charge au service des urgences, l'attente est réalisée en salle d'accueil des familles qui est une pièce fermée si le patient relève d'une filière courte ou, le cas échéant, dans la salle des transferts si elle est libre, ou la salle des brancards. Si des investigations complémentaires sont nécessaires ou si une surveillance du patient doit être prolongée sans que son état de santé soit instable, le patient sera hébergé dans une des chambres sécurisées.

Si à l'issue des premières investigations et soins aux urgences, la prise en charge relève d'une filière spécialisée, le patient sera transféré dans le service correspondant à la filière de soins adaptée.

Ainsi, les modalités d'organisation de la circulation de la personne détenue, si elles ne permettent pas de supprimer toute possibilité d'être vu par un autre patient ou un visiteur fréquentant les mêmes locaux, témoignent d'une attention à les minimiser au maximum au sein des urgences, et ce en prenant en compte la disponibilité des espaces en fonction de l'activité au moment concerné.

## **4.2 La gestion de l'identité**

Une gestion spécifique a été mise en place au sein du CHU pour garantir la confidentialité des soins dans certaines situations comme une demande spécifique d'une personne ayant une notoriété locale, par exemple.

Les personnes détenues bénéficient systématiquement de cette procédure spécifique sans que le choix leur soit laissé d'être enregistrées selon les modalités classiques.

Tout patient détenu arrive aux urgences avec son numéro d'écrou et se voit doté d'étiquettes « anonymes » avec un numéro spécifique IPP<sup>4</sup> généré au vu des informations qui lui sont propres. Ceci offre toute garantie en termes d'identitovigilance.

A la clôture du dossier administratif, les informations sont basculées dans le dossier patient nominatif, permettant d'assurer la continuité des soins.

Aucune information n'est donnée à des tiers et en particulier aux familles pendant le temps d'hospitalisation sauf au cas par cas en lien avec l'administration pénitentiaire.

---

<sup>4</sup>Identifiant permanent du patient : système qui attribue un numéro à une identité de patient lors de sa première venue à l'hôpital. Ce numéro reste valide lors des hospitalisations successives.

## 4.3 L'hospitalisation

### 4.3.1 L'accueil en chambre sécurisée

Le service de sécurité du CHU est systématiquement informé de la présence d'une personne hospitalisée dans une chambre sécurisée.

La procédure d'accueil des détenus dans les chambres sécurisées du CHU précise les conditions d'admission dans celles-ci. Le cadre de santé des urgences (ou en son absence le cadre de garde aux urgences) ouvre les locaux et doit s'assurer que la procédure de prise en charge de la personne est bien appliquée.

Aucun livret d'accueil avec des informations adaptées à ses conditions d'hospitalisation n'est remis au patient.

Les forces de l'ordre (surveillants pénitentiaires ou policiers) prennent leur disposition auprès de leur autorité compétente et transfèrent le patient-détenu jusqu'à la chambre où il est accueilli par un infirmier. Le cas échéant, les personnels pénitentiaires sont relayés par les policiers. Les policiers sont présents pendant toute la durée de l'hospitalisation dans le sas de la chambre sécurisée.

Les menottes ne sont jamais utilisées dans la chambre sécurisée. Lors des déplacements en dehors de la chambre sécurisée, les moyens de contrainte utilisés sont adaptés en fonction de la situation sanitaire et pénale de la personne mais il a été rapporté aux contrôleurs que le plus souvent celle-ci est menottée lors de ses déplacements. Les fonctionnaires de police vont systématiquement en garde statique avec le registre et la chaîne de conduite mais aucune mention de l'utilisation des entraves ne figure parmi les informations inscrites sur le registre qui ont pu être consultées par les contrôleurs.

Le protocole prévoit les différentes démarches à faire au moment de la sortie de la chambre sécurisée qui peut intervenir dans des contextes variés : la levée d'écrou du patient, une mutation vers un autre service du CHU, au regard des besoins de prise en charge, ou vers l'UHSI de Toulouse, une sortie contre-avis médical ou le plus souvent une fin de l'hospitalisation sur décision médicale.

**Au total**, pour l'année 2014, vingt-quatre hospitalisations ont été réalisées dans ces chambres sécurisées ; les deux chambres n'ont été occupées qu'une seule fois de façon concomitante. Ces hospitalisations n'ont concerné que quatre détenus, les vingt autres patients étant des personnes en garde à vue.

Globalement sur cette année 2014, vingt-huit extractions pour hospitalisation au CHU de Montpellier ont été réalisées depuis la maison d'arrêt de Villeneuve-lès-Maguelone ; seize l'ont été pour une hospitalisation de jour et douze pour une hospitalisation complète parmi lesquelles seulement quatre ont donné lieu à une hospitalisation dans une des chambres sécurisées.

### 4.3.2 Hospitalisation à l'unité d'hospitalisation de courte durée pour adulte

Dans l'hypothèse où son état de santé nécessite une surveillance soignante rapprochée, sans pour autant relever d'une filière spécialisée, la personne sera hospitalisée dans l'unité d'hospitalisation de courte durée pour adulte. Dans ce cas le patient est hospitalisé dans une des deux chambres individuelles.

### 4.3.3 Hospitalisation dans une unité de soins d'une filière spécialisée

Comme mentionné ci-dessus, cette modalité d'hospitalisation est fréquente, en particulier pour les hospitalisations programmées, mais toujours pour des durées très brèves inférieures à 48 heures. Elle se déroule principalement dans les autres établissements du CHU.

Aucun détenu n'étant hospitalisé le jour du contrôle, les contrôleurs n'ont pas pu constater *de visu* les modalités réelles de prise en charge et de surveillance des personnes détenues.

Des informations recueillies, le plus souvent une garde statique est mise en place qui se tient dans le couloir et la fenêtre de la chambre est fermée.

Les relations entre les personnels hospitaliers et les forces de l'ordre semblent globalement bonnes et aucun incident notable lors des hospitalisations notamment en chambre sécurisée n'a été signalé.

## 4.4 Les consultations

Les personnes dont l'état de santé requiert le recours à une consultation de spécialiste ou à un plateau technique particulier non disponible à l'unité sanitaire, sont conduites en consultation au CHU de Montpellier sous escorte pénitentiaire dans un véhicule mis à disposition et conduite par un chauffeur du concessionnaire privé.

L'organisation de la consultation est assurée par le personnel de l'unité sanitaire en respectant un calendrier qui prend en compte la règle de deux extractions au maximum par jour, les lundi, mardi jeudi et vendredi, soit huit par semaine. Si une consultation est nécessaire en urgence, elle peut soit se substituer à une consultation existante, soit à titre exceptionnel être organisée au-delà de cette limite de deux. Le rendez-vous est pris au début de la plage horaire de consultation pour limiter l'attente et faire rentrer directement la personne détenue dans le local de consultation, ce qui évite tout contact avec le public.

Le rendez-vous est pris de façon anonyme avec le numéro d'écrou et le patient détenu n'est informé de la date du rendez-vous qu'au moment de quitter l'établissement pénitentiaire sous escorte.

L'unité sanitaire remet à l'escorte le courrier médical sous pli confidentiel destiné au médecin consultant ainsi que les documents internes nécessaires à la consultation à l'hôpital ce qui permet d'éviter le passage à l'accueil administratif des consultations, l'enregistrement étant assuré depuis l'unité sanitaire.

Le protocole exclut la présence des forces de police pour la garde des personnes détenues en consultation. Celles-ci sont escortées par les personnels pénitentiaires selon des modalités fixées par le directeur de la maison d'arrêt. Des informations recueillies, il apparaît que le plus souvent les personnes sont menottées, voire entravées et que l'escorte reste présente pendant l'entretien infirmier et la consultation médicale sauf demande expresse du médecin, ce qui ne permet pas de respecter le droit à l'intimité et au secret médical.

## 4.5 Les situations de prise en charge particulière d'un patient détenu à l'hôpital

Le protocole quadripartite précise que le préfet prescrit les mesures utiles à l'organisation et la surveillance de parloirs au vu des permis de visite délivrés, qui doivent être transmis à l'autorité préfectorale (et validés par elle s'agissant de ceux des condamnés). En pratique et en règle générale, les contacts avec l'extérieur ne sont pas autorisés pendant la durée de

l'hospitalisation sauf situation particulière et en liaison étroite avec l'administration pénitentiaire.

Le protocole prévoit des modalités spécifiques avec une absence de garde pour les femmes détenues (sauf cas exceptionnel). Ceci concerne l'hypothèse d'un transfert d'une femme de la maison d'arrêt de Nîmes (Gard). Cette situation ne s'est pas encore produite.

## 5 CONCLUSION

Il est apparu que l'accueil des patients détenus aux urgences comme en consultation au centre hospitalier universitaire de Montpellier était pensé de façon à offrir des soins de même qualité que pour tout autre patient en veillant à réduire les temps d'attente et à privilégier des circuits permettant de limiter les contacts avec les autres usagers de l'hôpital.

Les chambres sécurisées sont relativement peu utilisées, les patients relevant d'une filière de soins spécialisés étant principalement hospitalisés dans les services correspondants (24 hospitalisations en chambre sécurisée en 2014 pour 64 patients pour lesquels a été mise en place une garde postée). Les moyens de contrainte ne sont jamais utilisés dans la chambre mais le sont souvent à l'extérieur de celle-ci.

L'architecture de celles-ci a été conçue pour permettre une surveillance visuelle des personnes hospitalisées y compris dans les sanitaires dans des conditions qui ne permettent pas de garantir leur intimité, sauf à ce que les membres de l'escorte de l'ordre ferment le store de façon systématique.

Aucune personne détenue n'a été rencontrée par les contrôleurs en l'absence de consultation ou d'hospitalisation le jour du contrôle. Toutefois, des propos recueillis, il apparaît que les personnes détenues venant en consultation sont systématiquement menottées et que l'escorte pénitentiaire reste présente pendant le temps des examens complémentaires ou pendant les consultations ; les agents pénitentiaires assistent donc à ceux-ci - sauf si le médecin leur demande expressément de se retirer - alors même que l'évaluation de la situation du détenu ne justifierait pas d'un tel niveau de surveillance. Cette pratique résulte, en partie, d'une approche de sécurité maximale de l'administration pénitentiaire; la tenue des agents pénitentiaires (port du gilet pare-balles, armement, menottes, entraves) induit implicitement, auprès du personnel de santé, une conviction de dangerosité du patient à laquelle les professionnels hospitaliers, inconsciemment confortés dans la représentation collective de l'image d'un détenu, n'opposent aucune analyse rationnelle ; ils se sentent ainsi, à tort, dispenser d'exiger des conditions de consultation respectueuses de la préservation du secret médical et de l'intimité du patient.

Une bonne pratique, la garde dynamique, est à relever ; elle est prévue au protocole et mise en œuvre une dizaine de fois dans l'année, pour des patients hospitalisés dans les autres unités en fonction de l'état sanitaire (plutôt lourd) et du dossier pénal (plutôt léger); elle consiste en un passage régulier de l'équipage de police-secours avec prise de contact avec le corps médical (passage horaire ou moins fréquent en fonction des situations). Cette pratique permet, en adaptant les modalités de surveillance à la réalité de la situation de la personne, de réduire les contraintes qui pèsent sur elle en matière de surveillance et naturellement de diminuer la mobilisation des forces de l'ordre sur cette mission. Elle témoigne d'une réelle capacité de s'adapter aux différentes situations.

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

*Observation n° 1 :* Il conviendrait de formaliser les consignes ou d'installer un dispositif garantissant véritablement l'intimité au sein des chambres sécurisées (cf. § 3.2).

*Observation n° 2 :* Il conviendrait de mettre en place un registre permettant de retracer les mouvements et activités au sein des chambres sécurisées.

*Observation n° 3 :* Le livret d'accueil de l'établissement devrait être remis aux patients détenus, enrichi d'une notice regroupant les informations spécifiques à leur situation (chambres sécurisées ou autres services d'hospitalisation) et informations sur un éventuel transfert à l'UHSI (cf. § 5.3.1)

*Observation n° 4 :* Une réflexion doit être conduite conjointement par les acteurs hospitaliers, les acteurs pénitentiaires de la prison de Villeneuve-lès-Maguelone et les forces de l'ordre pour adapter les mesures de contrainte (utilisation des entraves et des menottes) à la situation de chaque personne détenue, lors des situations d'extractions médicales ou de mouvement au cours de leur hospitalisation (cf. § 5.3 et 5.4) ; sauf situation exceptionnelle, l'escorte ne doit être ni à portée de vue ni à portée d'oreille pendant les temps de consultation et/ou d'examen afin de garantir le secret médical et l'intimité des personnes (cf. § 6).

*Observation n° 5 :* L'utilisation des moyens de contraintes lors des mouvements d'une personne détenue au sein de l'établissement devrait être tracée (cf. § 5.3.1).

*Observation n° 6 :* La pratique des gardes dynamiques qui, en adaptant les modalités de surveillance à la réalité de la situation (sanitaire et pénale) de la personne détenue, permet de réduire les contraintes qui pèsent tant sur celle-ci que sur les personnels de santé et les forces de l'ordre apparaît comme une bonne pratique qui pourrait être valorisée dans d'autres établissements (cf. § 4.2)

*Observation n° 7 :* La procédure de gestion de l'identité permet de garantir la confidentialité de l'état civil des personnes détenues lors des consultations ou des hospitalisations. Il conviendrait que la personne soit informée de cette procédure et qu'elle puisse avoir le choix d'être enregistrée selon les modalités classiques (cf. § 5.2).

## Table des matières

<b>1</b>	<b>LES CONDITIONS DE LA VISITE .....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>LA PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT .....</b>	<b>2</b>
<b>2.1</b>	<b>Implantation du centre hospitalier .....</b>	<b>2</b>
<b>2.2</b>	<b>Historique de la construction des locaux affectés aux personnes détenues .....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>LA DESCRIPTION DES CHAMBRES SECURISEES .....</b>	<b>3</b>
<b>3.1</b>	<b>Implantation .....</b>	<b>3</b>
<b>3.2</b>	<b>Les chambres sécurisées .....</b>	<b>4</b>
3.2.1	Le sas - local destiné aux fonctionnaires de police .....	6
<b>3.3</b>	<b>Les locaux de l'unité d'hospitalisation de courte durée pour adulte .....</b>	<b>6</b>
<b>3.4</b>	<b>Le personnel de santé .....</b>	<b>6</b>
<b>3.5</b>	<b>Les fonctionnaires de police .....</b>	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>LES CONDITIONS D'ADMISSION ET D'ACCUEIL DES PATIENTS DETENUS .....</b>	<b>7</b>
<b>4.1</b>	<b>L'accueil aux urgences .....</b>	<b>8</b>
<b>4.2</b>	<b>La gestion de l'identité .....</b>	<b>9</b>
<b>4.3</b>	<b>L'hospitalisation .....</b>	<b>10</b>
4.3.1	L'accueil en chambre sécurisée .....	10
4.3.2	Hospitalisation à l'unité d'hospitalisation de courte durée pour adulte .....	10
4.3.3	Hospitalisation dans une unité de soins d'une filière spécialisée .....	11
<b>4.4</b>	<b>Les consultations .....</b>	<b>11</b>
<b>4.5</b>	<b>Les situations de prise en charge particulière d'un patient détenu à l'hôpital .....</b>	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>13</b>